

place au  
**dialogue**



## Un pour tous, tous pour un?

En ligne de mire: le principe de solidarité

Conférence suisse des directrices et  
directeurs cantonaux de la santé (CDS)

# Mission suicide

«L'introduction de la notion de  
faute dans la LAMal constituerait  
un changement de paradigme  
aux conséquences imprévisibles.»

Prise de position sur l'avant-projet de la  
CSS-N concernant l'iv. pa. Bortoluzzi, 15.7.2014

Pascal Couchepin, ancien conseiller fédéral, \*1942

# Une question d'équilibre

«La solidarité et la responsabilité  
individuelle doivent, comme je  
l'ai dit, garder un juste équilibre.»

Discours prononcé sur  
l'île Saint-Pierre, 2006

Silvia Bär, secrétaire générale suppléante UDC

# Un tonneau sans fond

«La responsabilité individuelle est de plus en plus reléguée à l'arrière-  
plan, jusqu'à ce que le système ne puisse plus être financé.»

20 minutes en ligne, le 5 novembre 2014

Groupe CSS

# Pas de solidarité sans responsabilité individuelle

«Le Groupe CSS est partisan  
d'une solidarité basée sur l'enga-  
gement volontaire et la subsi-  
diarité. L'action responsable de  
chacun constitue la base d'une  
véritable solidarité.»

Principes de la philosophie d'entreprise

Antoine de Saint Exupéry

# Homo responsable

«Être homme, c'est précisément  
être responsable.»

Pilote et écrivain français (1900-1944)



Jodok Wyer est président du conseil d'administration de la CSS

# Où sont les limites?

## Sommaire

- 4 **Principe de solidarité**  
Éliminer les effets pervers au lieu d'opposer les gens
- 7 **Point de vue**  
Petit levier, gros effet
- 8 **Contexte**  
La responsabilité individuelle mise en doute
- 10 **Pratique**  
Pour que tout le monde y gagne
- 11 **Un autre regard**  
Fraternitas et libertas
- 12 **On en parle**  
«Sans responsabilité individuelle, pas de solidarité»
- 16 **Personnel**  
Nous ne pouvons pas nous passer de la solidarité
- 18 **Santé!**  
Le système de santé est malade
- 19 **Science**  
Jusqu'à quel point les primes unitaires sont-elles homogènes?

Selon les principes directeurs de la CSS, la solidarité repose sur l'engagement volontaire et la subsidiarité sur le plan économique. La nouvelle législation sur l'assurance sociale a toutefois entraîné une solidarité forcée, parallèlement à la diminution de la responsabilité individuelle.

Contrairement à l'AVS, où les prestations versées sont clairement définies, le principe de solidarité atteint ses limites pour l'assurance-maladie. Dans une large tranche de la population, il génère une posture d'attente accentuée et dangereuse, selon le credo: «Je paie des primes, ergo je touche des prestations». Au final, l'idée de solidarité passe de plus en plus à l'arrière-plan, et la notion de système est utilisée à outrance. Je suis persuadé que cette solidarité sans limites nuira à moyen terme à l'acceptation de notre système, car elle est contraire à l'idée de base d'une assurance sociale.

Nous devons essayer de déclencher de nouveaux mécanismes. Ceux-ci doivent faire valoir l'exigence morale de la solidarité, de telle sorte que les parties prenantes se comportent de façon à préserver le système, dans leur propre intérêt, et que chacun puisse reconnaître clairement les avantages de son investissement dans la solidarité. De tels mécanismes s'appuient en priorité sur le renforcement de la responsabilité individuelle, avec des franchises et des participations aux coûts plus élevées ou le durcissement du catalogue de prestations, par exemple par l'exclusion des bagatelles. Si nous parvenons à faire évoluer le système dans cette direction, nous éviterons que les dépenses de santé – aujourd'hui de près de 70 milliards de francs par année – et avec elles les primes, n'augmentent sans limites.

## Mentions légales

Paraît trois fois l'an en allemand et en français. Editeur: CSS Assurance, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Lucerne, e-mail: [dialog@css.ch](mailto:dialog@css.ch), internet: [www.css.ch](http://www.css.ch), rédacteurs en chef: Riccarda Schaller et Roland Hügi; collaboration rédactionnelle, production et graphisme: Infel Corporate Media, Claudia Sebald (texte) et Franziska Neugebauer (art direction) | Crédit photos: mäd, Archives sociales suisses Zurich, Keystone Peter Klaunzer, Br Adrian Mueller, Zeljko Gataric, eBalance, Grafilu, depositphotos Valentyn Vokov, Daniel Martinek | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Impression: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg.  
Cette publication est entièrement financée avec des fonds provenant des affaires d'assurance complémentaire (LCA).



MIXTE  
Papier issu de  
sources responsables  
FSC® C008110

Des interventions politiques demandent que certaines dépenses soient répercutées sur ceux les ayant causées. Une mesure superficielle sans effet durable. Les incitations dans le système de santé doivent fondamentalement être modifiées au profit de la responsabilité individuelle et l'action solidaire.

Par Josef Barmettler

# Éliminer les effets pervers au lieu d'opposer les gens

**A**ux personnes en cause de payer leurs soins médicaux!» «Complications après une intervention de chirurgie esthétique: pas de prise en charge obligatoire!».

De telles revendications politiques reflètent l'inquiétude manifestement justifiée par rapport au fait que dans l'assurance-maladie sociale, l'on abuse du principe de solidarité. Rien de nouveau: depuis que l'on sait que la consommation excessive de fumée, d'alcool ou de drogue nuit gravement à la santé, on se demande si la collectivité doit supporter les coûts de tels comportements à risque.

Attribuer la responsabilité à la personne en cause implique d'abord que l'individu doit subvenir lui-même, entièrement ou en partie, aux dépenses de santé occasionnées par son comportement en dehors de la norme. Deuxièmement, une instance reconnue au niveau social doit définir quels comportements sont contraires à la norme. Enfin, il faut que la

société définisse comment elle entend traiter les personnes qui s'écartent de cette norme.

Les interventions politiques sur ce thème renvoient résolument au principe de l'esprit de solidarité. D'où l'utilité de se pencher sur la notion importante de solidarité, mais souvent galvaudée.

## La solidarité: le thème original de la CSS

La CSS est née il y a plus de 100 ans en tant qu'organisation d'entraide et constituait sous sa forme une communauté solidaire fonctionnant selon les principes originaux. Avec l'introduction de

l'assurance-maladie obligatoire en 1994, l'assurance-maladie sociale a été radicalement transformée, avec de profondes réformes de fond et structurelles. A la CSS à l'époque, un combat d'idées a eu lieu au sujet de la manière d'intégrer les fondements originels de la CSS dans le nouvel environnement. A la fin 2005, le conseil des sociétaires<sup>1</sup> a arrêté ce qui suit:

«Le Groupe CSS est partisan d'une solidarité basée sur l'engagement volontaire et la subsidiarité. L'action responsable de chacun constitue la base d'une véritable solidarité.» On trouve ensuite le commentaire suivant: «Sur le plan économique, la solidarité repose sur l'engagement volontaire et sur la subsidiarité. L'assistance comprise suivant le principe de subsidiarité s'exerce dans le sens d'un complément apporté à la responsabilité. La nouvelle législation sur l'assurance sociale cependant a entraîné l'avènement d'une solidarité forcée alliée à une diminution de la responsabilité individuelle.»

## Du discours d'un scientifique

Dans ce contexte, le discours du professeur Erwin Murer, docteur en droit, intitulé «Des droits sans les obligations»<sup>2</sup> nous éclaire. Il aboutit à la conclusion que notre système d'assurance sociale peut, grâce à son régime obligatoire, offrir un haut niveau de protection à la population et contribuer durablement à la paix sociale, mais que la tendance de la sécurité sociale à la démesure pose problème. Pour préserver les acquis sociaux à l'avenir, il faut identifier et écarter les mauvaises évolutions patentes, dont la hausse constante des dépenses de santé. Supérieure à la croissance économique, celle-ci ne peut manifestement pas être maîtrisée par des mesures bureaucratiques. Pour la plupart des intéressés, les faiblesses du système ne sont pas particulièrement frappantes, car la hausse des coûts est répartie en de très nombreuses primes individuelles. L'analyse du Prof. E. Murer devrait enfin susciter le réveil des politiques et de l'opinion publique. Dans l'AVS et la prévoyance professionnelle en effet, la simple évolution démographique montre avec

## En bref

- Diverses interventions politiques dénoncent le mauvais usage du principe de solidarité.
- La hausse constante des coûts nous force à agir et à renforcer la responsabilité individuelle dans le système.
- La consolidation de modèles intégrés avec communautés solidaires au fonctionnement efficace est au cœur de la réforme du système.



18-25



→

## Transfert vers l'assurance de base (AOS)

La solidarité est un principal central dans l'assurance de base obligatoire. Elle ne se manifeste pas uniquement entre les personnes en bonne santé et malades, selon le thème évoqué dans l'article principal, mais aussi dans la redistribution entre les différentes générations et couches de revenus.

### Le graphique tient compte de genres suivants de paiements de transfert:

1. Paiements de transfert entre les générations via les primes (p. ex.: parents paient primes pour leurs enfants)
2. Paiements de transfert via compensation des risques (CR)
3. Paiements de transfert via réduction des primes (RIP, recettes fiscales)
4. Paiements de transfert via cantons pour prestations stationnaires (recettes fiscales)

Les montants à gauche correspondent aux primes effectivement payées par la génération correspondante, les montants tout à droite aux coûts effectivement occasionnés par génération. Les montants dans le graphique sont exprimés en millions de francs suisses, en l'absence d'une déclaration contraire.

\* Le pourcentage dans le cercle correspond à la proportion de représentants d'une classe d'âge par rapport à la population globale (source: statistique sur la compensation des risques).

11

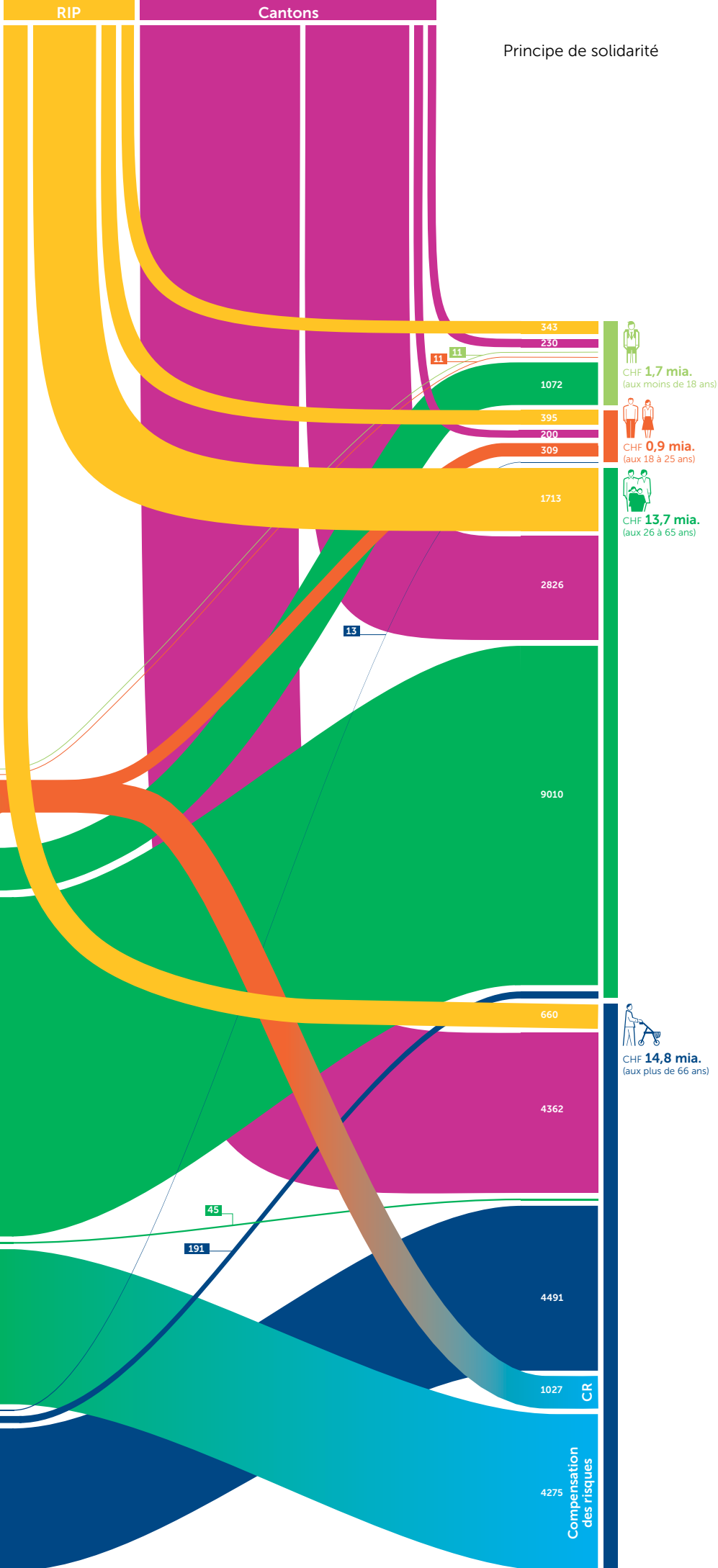
679

15 070

4695

### Exemple de lecture:

Les personnes âgées de 26 à 65 représentent 57% de la population globale et paient des primes pour un montant global de 15 070 millions de francs. Elles supportent directement une partie des primes des 18 à 25 ans (CHF 668 mio., dont une partie est utilisée pour la CR), des moins de 18 ans (CHF 1072 mio.) et des plus de 66 ans (CHF 45 mio.). 9010 millions de francs sont utilisés pour les propres coûts des prestations. Le coût global de cette génération se monte à 13,7 mia. de francs et est financé par les primes, la RIP (CHF 1711 mio.) et les contributions cantonales (CHF 2826 mio.).



Source: extrapolations de l'Institut CSS de recherche empirique en économie de la santé des chiffres par tête de Beck et al. (2014), «Brennpunkt Solidarität», tableaux 4.1. et 4.2. Les calculs de Beck et al. ont été multipliés par le nombre d'assurés de Suisse (source: statistique sur la compensation des risques). Tous les calculs reposent sur des estimations. D'autres imprécisions sont possibles du fait d'erreurs d'arrondissement.



Les prestations nettes ont quasiment **doublé** depuis 1996 et atteignent aujourd'hui près de **CHF 3000.–** par personne.

Il n'existe pas de catalogue des prestations en tant que tel.

**Toutes les prestations** sont prises en charge dès lors qu'elles ne sont pas explicitement exclues.



→ évidence qu'en ce qui concerne la retraite, nous nous prélassons aujourd'hui sous un duvet moelleux à la charge des générations futures. Il en va de même pour le système de santé, où le rapport entre croissance économique et hausse des coûts présente depuis des années un déséquilibre criant. Incontestablement donc, les générations futures ne pourront plus s'offrir notre système de santé.

### De nouveaux jalons sont indispensables

Dans mon «article de combat»<sup>3</sup> déjà, écrit en 2007 après la première votation sur la caisse unique, dans lequel je proposais de restituer la responsabilité au citoyen, j'avais identifié ces évolutions indésirables: dilution des responsabilités et compétences décisionnelles, tarifs fixés d'après le volume de prestations fournies, obligation de contracter, acteurs préoccupés par leurs propres intérêts, absence de fonctionnement en réseau des thérapeutes, incitations insuffisantes pour une gestion économique des ressources et manque de transparence dans la qualité des traitements.

Dans ce système de santé tel un magasin self-service sans caisse à la sortie, le citoyen ne peut que se sentir bien. Ma conclusion de l'époque conserve toute sa validité: de nouveaux jalons doivent être posés dans la politique de santé. Ils doivent s'attaquer systématiquement aux effets pervers et aux mauvaises évolutions du système actuel et conférer à nouveau une plus grande responsabilité individuelle aux citoyens, qui somme toute sont majeurs.

### Les réseaux comme base de la solidarité et de la responsabilité individuelle

Pour remédier aux évolutions indésirables, les principaux éléments sont sur la table: l'assurance obligatoire des soins ne doit plus être proposée que dans des réseaux responsables de toute la chaîne thérapeutique, ambulatoire et stationnaire, pour l'ensemble de la population. Le réseau doit garantir un traitement adéquat au patient. L'Etat fixe les règles correspondantes. Les fournisseurs de prestations et les assureurs

ont de nouveaux rôles: les fournisseurs de prestations se regroupent pour assurer le traitement de la population au sein de réseaux. Ils ne sont plus rémunérés en fonction de la quantité de prestations fournies, mais selon des forfaits par tête adaptés au risque. Les assureurs-maladie quant à eux ne sont plus cantonnés à la fonction sensible de prélever les primes et allouer des prestations. Leur tâche consiste à développer des offres de réseaux pour leurs clients et/ou à servir d'intermédiaires à ce niveau. Les réseaux enfin naissent à l'initiative des fournisseurs de prestations ou en collaboration avec les assureurs-maladie, la liberté de contracter dans le domaine ambulatoire et stationnaire tenant lieu de condition.

Toute la chaîne thérapeutique est financée par le système de primes. Les pouvoirs publics participent au financement des dépenses globales, mais sans incidence sur les coûts. Pour que le client puisse sélectionner le réseau qu'il trouve adéquat, toute la transparence est faite au sujet de la qualité de la chaîne de soins médicaux selon des critères dont les partenaires tarifaires conviennent mutuellement. L'Etat édicte les conditions cadre correspondantes. La compensation des risques équilibrée garantit à la population la liberté de choisir l'un des réseaux proposés par les assureurs. La réduction des primes étatique en faveur des catégories modestes de la population est mesurée de façon à permettre des soins médicaux adaptés aux besoins de base.

### Les conséquences du nouveau modèle

Dans ce modèle des soins de santé, la solidarité et la subsidiarité retrouvent un nouveau contexte: au sein des réseaux, les communautés solidaires renaissent, qui pratiquent une forme de solidarité qui reflète le rôle et la responsabilité de chacune des parties impliquées. Les prestataires travaillant au sein du réseau assurent des soins de santé efficaces et efficaces. Leur succès économique est évalué d'après le résultat du traitement. L'intérêt économique du réseau est que ses clients restent en bonne santé. Il développe des mesures visant à renforcer la responsabilité individuelle. La détection précoce et la prévention des comportements qui nuisent à la santé (alimentation, manque d'exercice physique, abus de substances ad-

## Il est évident que les générations futures ne pourront plus s'offrir notre système de santé.

dictives, etc.) sont des prestations essentielles. L'assureur-maladie est lui aussi fortement préoccupé par le bon fonctionnement des réseaux sur le plan économique. Ses opportunités sur le marché dépendent de la qualité et de l'efficacité de son offre de réseaux. Enfin, le réseau entretient des relations étroites avec les instances sociales compétentes, dans les cas où un «problème de santé» (drogue, alcool, isolement social) ne peut pas être résolu par des mesures médicales.

Dans ce système, les citoyennes et citoyens se voient confier des responsabilités qui sont évidentes pour eux dans d'autres domaines de la vie en tant

Les micro-interventions arbitraires dans le catalogue des prestations n'ont pas l'effet escompté. Il est beaucoup plus efficace de renforcer la responsabilité individuelle des patients et de créer de bonnes incitations pour les fournisseurs de prestations.

## Petit levier, gros effet

Si certains postes sont supprimés du catalogue des prestations, tels que les frais résultant du coma éthylique, des interventions cosmétiques ratées ou des avortements, cela n'aura un impact perceptible ni sur l'évolution des coûts ni sur le montant des primes. En revanche, des revendications politiques de ce type auront pour effet de restreindre la solidarité, pourtant fondamentale dans l'assurance-maladie sociale. Si l'on commence à lier le droit aux prestations médicales aux raisons de leur sollicitation, c'est la porte ouverte à l'arbitraire. Quels comportements individuels et leurs coûts consécutifs seront-ils alors tolérés et financés par la collectivité? Et lesquels pas? Qu'en sera-t-il des coûts résultant du tabac, de la pratique de sports à risque, de l'obésité, des dépendances ou des tentatives de suicide?

Un renforcement global de la responsabilité individuelle du côté des bénéficiaires de prestations est plus efficace, ainsi que la définition des bonnes incitations pour les fournisseurs de prestations. Les deux sont possibles en optimisant le

système d'assurance-maladie existant, même sans réorganisation totale.

Le moyen le plus simple d'atteindre le premier but est de relever nettement la participation aux coûts minimale. Pourquoi les assurés ne devraient-ils régler que CHF 300.- de franchise en cas de maladie alors qu'ils auraient les moyens de payer plus? Pour préserver les personnes à revenu modeste des difficultés financières, il faut leur verser des contributions à la participation aux coûts, en plus de la réduction des primes. Pour continuer à garantir la solidarité entre bien portants et malades, on pourrait réduire la participation aux coûts pour les malades chroniques.

Le deuxième but peut être réalisé grâce au développement systématique des soins intégrés: dans leur fonction de gatekeepers, les fournisseurs de prestations assument la responsabilité budgétaire conjointe de la totalité des coûts de leurs patients, ce qui les incite à fournir les prestations de manière avantageuse dans toute la chaîne thérapeutique.

qu'individu ou que communauté familiale: la liberté de choix, la solidarité et la responsabilité individuelle. En fonction de critères de prix et de qualité transparents, les citoyennes et citoyens choisissent eux-mêmes leurs soins de santé parmi différents modèles. Le comportement solidaire dans le réseau se répercute positivement sur son succès économique, et donc directement sur le montant des primes, au bénéfice du budget de l'Etat et des ménages!

### Le grand rôle à jouer des politiques

Il faut que les politiques cessent de croire qu'ils renforceront la responsabilité individuelle dans le système de santé par de simples simulacres de combat. Il est temps de montrer à la population, sans malentendu possible, que sans une réorientation fondamentale, notre système de santé se retrouvera dans une voie sans issue. La tâche des politiques est de développer des stratégies pour qu'un tel système d'avenir l'emporte, contre la volonté des groupes d'intérêt qui profitent du système actuel. Soit nous passons à un système où la solidarité et la responsabilité individuelle fonctionnent à nouveau dans un contexte global, soit nous confions le contrôle des dépenses de santé aux

interventions rigoureuses de l'Etat avec des budgets globaux et des rationnements, avec la conséquence que l'accès au système de santé soit commandé par l'Etat et que la qualité des soins de santé diminue. Je doute que la majorité de la population ait envie d'un tel système.

**Josef Barmettler**, manager NPO dipl. VMI, secrétaire général du Groupe CSS de 1988 à 2008. Depuis qu'il est à la retraite, il s'engage à titre bénévole dans des projets sociaux et dans le domaine des organisations sans but lucratif.

<sup>1</sup> Le conseil des sociétaires est l'organe suprême de la CSS Association qui, en tant que responsable du Groupe CSS, définit entre autres les principes de la philosophie d'entreprise, de l'orientation et de l'attitude fondamentale sociale de la CSS.

<sup>2</sup> Dernier cours du 11.05.2012 d'Erwin Murer, prof. en droit du travail et de l'assurance sociale, à l'Université de Fribourg (CH).

<sup>3</sup> Actualisé d'après la situation jusqu'en 2012.



**Bernhard Keller** est responsable du service Statistique de la CSS.  
✉ [bernhard.keller@css.ch](mailto:bernhard.keller@css.ch)

L'assurance-maladie suisse incarne un modèle solidaire qui accorde une grande importance à la responsabilité individuelle des assurés. Un coup d'œil sur l'histoire de l'Etat social permet d'en comprendre les raisons.

Par Martin Lengwiler, professeur

# La responsabilité individuelle mise en doute

**L**e principe de solidarité de l'assurance-maladie se manifeste sur deux plans: le système des primes et l'éventail des prestations. Dans les deux domaines, la Suisse s'est à maintes reprises prononcée par le passé en faveur d'un modèle libéral avec une faible compensation de solidarité. Son système de primes caractéristique en est une illustration. Contrairement aux autres Etats sociaux européens, les primes n'y sont pas indexées sur le revenu. De telles «primes par tête» sont jugées peu solidaires, parce que les assurés qui gagnent bien leur vie versent un pourcentage de leur revenu inférieur par rapport aux personnes dans le besoin. Quand ils ont introduit la sécurité sociale, de nombreux Etats sont passés au calcul des primes d'après le revenu. La Suisse n'a jamais changé de système. Même la revendication relative à un régime national d'assurance obligatoire a eu du mal à être acceptée. Depuis 1900, diverses tentatives ont échoué à cause de réserves anticentralisatrices et de politique financière. L'assurance-maladie obligatoire s'est plutôt développée par l'arrière-porte du fédéralisme. Avec l'aide de subventions fédérales, les cantons et communes ont commencé dès 1912 à introduire des régimes obligatoires limités. En 1950, plus de la moitié de la population avait déjà une assurance, un pourcentage qui a augmenté à près de 100% en 1994 avec l'introduction du régime obligatoire au niveau national.

**L'assurance obligatoire des soins s'est développée par l'arrière-porte du fédéralisme.**

## Les autorités contre la médecine d'Etat

Comme l'assurance-maladie s'est généralisée par petites étapes, le modèle de primes est demeuré intact. Diverses réformes de principe planifiées ont échoué. Ainsi, vers la fin de la Deuxième Guerre mondiale, les dirigeants politiques ont discuté du «Beveridge-Plan», qui a entraîné l'intégration des assurances sociales et l'étatisation du système de santé en Grande-Bretagne. Dans le modèle britannique, l'Etat a investi des recettes fiscales importantes dans le système de santé. Comme les impôts sont en général progressifs, la compensation de solidarité y était élevée. En Suisse, les autorités ont estimé qu'un tel système était incompatible avec les traditions libérales de notre Etat social.

## Réformes bloquées depuis 40 ans

A la fin des années 1960, l'assurance-maladie a encore été au cœur d'un débat de principe. Au cours des deux décennies précédentes, les dépenses de santé avaient considérablement augmenté. Toutefois, pour des raisons de politique sociale, les caisses n'ont pas pu augmenter les primes du régime obligatoire de façon illimitée. Les déficits qui en ont résulté ont finalement dû être financés par la Confédération et les cantons. En 1974, deux variantes de réforme ont été soumises au peuple. Une initiative du Parti socialiste inspirée de l'Allemagne de l'Ouest réclamait un régime d'assurance obligatoire financé par des contributions liées au salaire. La contre-proposition des partis bourgeois renonçait à un régime obligatoire, mais proposait également une contribution salariale pour sécuriser financièrement le système de santé. Les deux modèles, qui auraient nettement renforcé l'esprit de solidarité par rapport au système de primes, ont toutefois été clairement rejetés, surtout par peur des dépenses qu'ils auraient entraîné pour le contribuable.

Depuis lors, les acteurs se renvoient la balle. Tous se plaignent de la hausse des dépenses, mais sont en désaccord sur les instruments efficaces pour la juguler. Dans ces conditions, le modèle des primes par tête s'est enraciné au cours de ces dernières décennies et les formes de financement solidaires ont tendu à s'amenuiser. Ainsi, l'Etat a réduit sa contribution financière au système de santé de 40% des coûts globaux au début des années 1970 à environ 25% aujourd'hui. En revanche, la part des assureurs-maladie est passée de 25% à 40%. Les participations aux coûts directs des assurés ont augmenté elles aussi, sous la forme de quotes-parts, franchises ou prestations surobligatoires payées à titre privé. Aujourd'hui, la compensation de solidarité se fait surtout par le biais des réductions de primes. Le système s'inspire de l'aide sociale. Les personnes dont le revenu est inférieur à une certaine limite bénéficient de primes réduites. Des sommes importantes sont en jeu: 30% des assurés y ont droit. Additionnées, ces réductions représentent CHF 4 milliards, soit un sixième du volume de primes total.

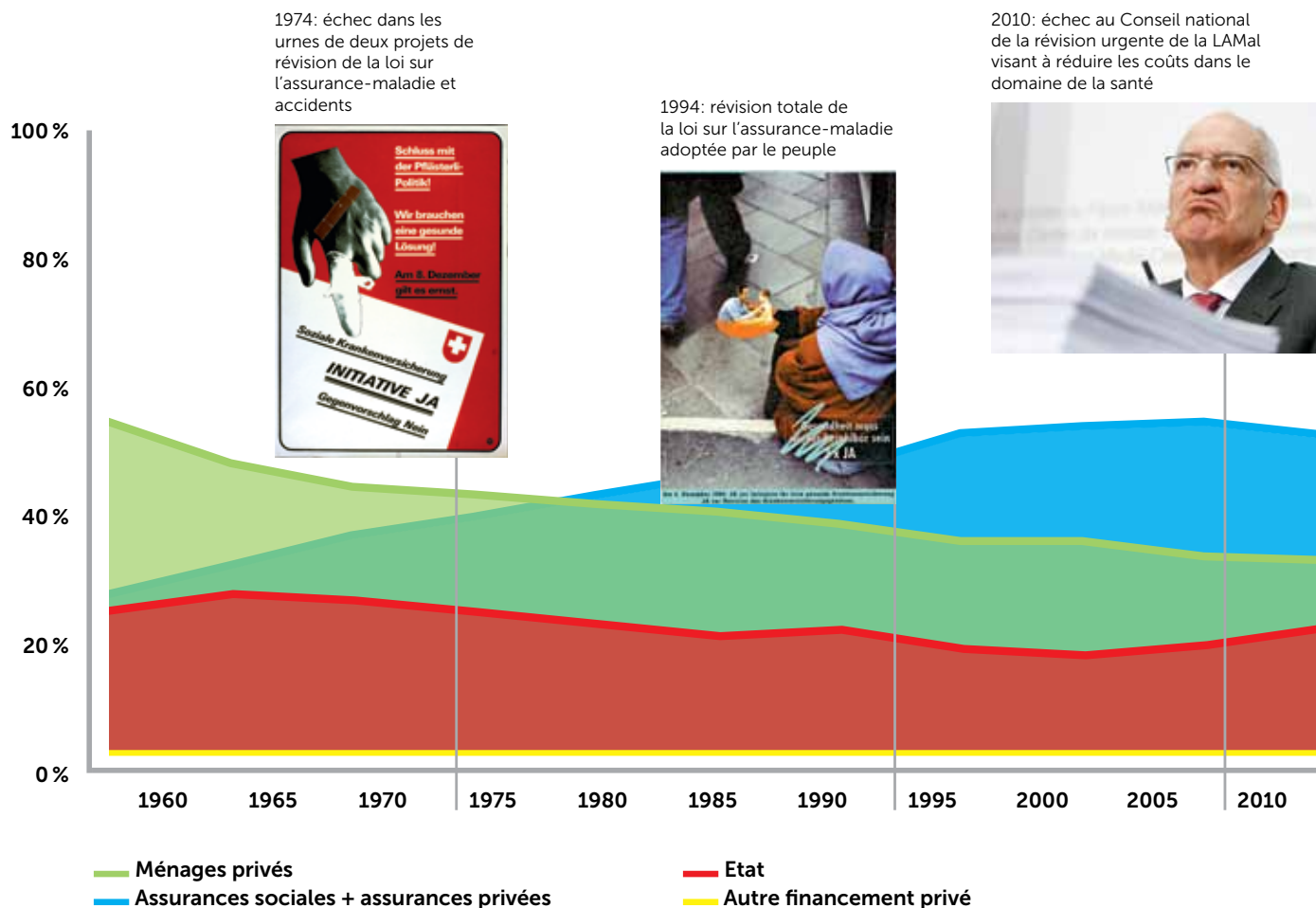
## Prestations élargies au compte-gouttes

En Suisse, l'éventail de prestations de l'assurance-maladie a souvent été un sujet de controverse sur le plan



## Financement du système de santé par régime de 1960 à 2010

Source: propre représentation sur la base de l'Office fédéral de la statistique (OFS)



de la politique sociale. Jusqu'au début du XX<sup>e</sup> siècle, de nombreuses caisses-maladie ont exclu de la couverture des domaines coûteux tels que la grossesse et l'accouchement ou des frais de traitement onéreux tels que les hospitalisations, ou facturé des primes plus élevées aux groupes concernés tels que les femmes ou les malades chroniques. Certains systèmes de prestations plus généreux ont également existé, pour quelque temps du moins. Dans l'entre-deux-guerres, la mairie socialiste de Zurich a lancé un modèle d'assurance progressiste. Ce régime introduit en 1928 prenait en charge les frais de soins dentaires, de sages-femmes et de cure. Les caisses-maladie n'ont pas tardé à afficher des déficits structurels et la ville a été contrainte par la suite de rayer les prestations supplémentaires du régime obligatoire.

Depuis les années 1950, le catalogue des prestations n'a été élargi que de manière hésitante. La discrimination des femmes liée au genre a perduré jusqu'après les années 1960 dans l'assurance-maladie obligatoire. Dans d'autres domaines aussi, l'assurance-mala-

die de l'après-guerre s'est caractérisée par des lacunes de couverture importantes. Dans les années 1970 encore, des prestations coûteuses, telles que les longs séjours hospitaliers ou les coûts des soins, n'étaient couvertes ni par l'assurance-maladie obligatoire ni par celle privée. Jusqu'à ce jour, il n'existe pas d'assurance complète des soins. Depuis les années 1980, l'impératif d'économie s'est encore accentué dans l'assurance-maladie. Depuis lors, les revendications relatives à une extension de l'assurance-maladie peinent à s'imposer.

### En bref

- Le principe de solidarité est marqué par le système des primes et l'éventail des prestations.
- Le système de santé suisse se situe dans la tradition libérale de l'Etat social helvétique.
- Les primes par tête, qui se sont imposées contre un système basé sur les primes liées au revenu, en sont l'expression.

**Martin Lengwiler**, D<sup>r</sup> ès lettres, est professeur ordinaire en histoire générale contemporaine à l'Université de Bâle.

Avec les projets de Gestion de la santé en entreprise, les sociétés investissent dans la responsabilité individuelle de leurs collaborateurs. Une mesure judicieuse qui végète dans l'ombre à cause de la difficulté de mesurer le retour sur investissement.

Par Patrick Weibel

# Pour que tout le monde y gagne

**L**a solidarité? Il apparaît toujours plus fréquemment que ce principe de base de l'assurance est menacé. En effet, qui serait assez «bête» pour payer plus que ce qui est subjectivement considéré comme nécessaire? Dans le domaine de l'assurance aussi, l'avarice devient manifestement convenable. Dans ce contexte, il devient difficile, dans les assurances d'entreprise précisément, de créer des incitations pertinentes et d'encourager le comportement souhaité. Depuis au moins dix ans, la CSS propose, outre les produits d'assurance classiques d'indemnités journalières en cas de maladie (LCA) et accidents (LAA), des prestations de services de Gestion de la santé en entreprise (GSE). Elle aide les entreprises à mettre en place des structures pour détecter les cas de maladie à un stade précoce, et si possible les empêcher.

Inscrire sa réflexion et son action dans le long terme, c'est se réserver des atouts économiques. Néanmoins, si l'on y regarde de plus près, le retour sur investissement concret, notamment dans le rôle de prestataire, peut difficilement être mesuré solidement. C'est pourquoi la CSS formule avec les entreprises des objectifs de projet concrets, à l'aide desquels les mesures GSE peuvent être évaluées quant à leur effet. Dans ce contexte, la satisfaction subjective des clients doit tout autant servir de point de repère que la réalisation effective des objectifs.

Un exemple concret illustre cette approche: pour un gros employeur de plus de 6000 employés, la CSS n'est pas seulement l'assureur des indemnités journalières en cas de maladie, mais aussi le prestataire GSE,

avec des incentives qui atteignent dans ce contexte une somme à six chiffres (environ 3% de la prime brute dans l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie). Après trois ans, le bilan est dressé, explicitement aussi compte tenu de la rentabilité du contrat d'assurance. Si la CSS gagne de l'argent, l'entreprise continue à bénéficier d'avantages financiers, dans des proportions à redéfinir. Dans le cas contraire, le contrat doit être assaini et les incitations facultatives réévaluées dans le contexte global. L'objectif de la CSS est d'établir des relations d'affaires solides et durables. Le partenariat doit être profitable pour les deux parties.

## Localiser le potentiel et l'exploiter

Avec *vivit*, son Centre de compétence pour la santé et la prévention, la CSS tente de faire ce grand écart, pas toujours simple sur le plan opérationnel. Elle prend le risque financier tout en concevant et en mettant en œuvre une GSE systématique avec les responsables RH de ses clients. Dans ce contexte, une démarche structurée est essentielle. Il faut mettre en garde les deux parties contre le risque de tomber dans l'actionnisme et de miser unilatéralement sur le niveau comportemental («promotion de la santé»). La GSE cible la gestion, pas seulement au niveau sémantique. Elle se focalise explicitement sur les cadres dirigeants et les responsables de l'entreprise assurée. On sait de manière presque certaine que le principal facteur de risque par rapport à la santé au travail est le chef. Dans le même temps, il n'en demeure pas moins la ressource essentielle. La GSE doit systématiquement exploiter un tel potentiel et conforter l'employeur dans sa démarche d'action responsable. Selon cette conception, les projets de GSE contribuent concrètement à l'amélioration des structures d'entreprise en elles-mêmes imparfaites et viennent en renfort, avec du savoir-faire, ainsi que des ressources humaines et financières ciblées, dans des conditions concurrentielles réelles. Il en résulte une situation gagnant-gagnant où chaque partie y trouve son avantage.



En 2014, la CSS a traité  
**55 projets GSE**  
d'une valeur  
d'environ **CHF 600 000.-**.

**Patrick Weibel** est chef Prestations  
Affaires d'entreprises de la CSS Assurance.  
✉ [patrick.weibel@css.ch](mailto:patrick.weibel@css.ch)  
Pour plus d'infos: [www.vivit.ch](http://www.vivit.ch)

Qui appartient à la communauté solidaire? Au fil du temps, les sociétés ont apporté des réponses différentes à cette question. Cela montre la difficulté de définir clairement cette notion.

Par Niklaus Kuster

## Fraternitas et libertas



**E**n pleine crise économique mondiale, le refrain du chant de la solidarité en appelait à l'union de tous, pour traverser les bons et les mauvais moments. Dans les temps reculés au sein des tribus, et par les peuples primitifs en leur giron, les nations naissantes de l'Europe annonçaient le bien commun pour tous les membres de leur société. La Révolution française a élargi l'horizon et donné le nom de «fraternité» aux liens unissant tous les hommes. Sur le plan politique, la liberté et l'égalité n'étaient accordées qu'aux hommes: nos «sœurs», qui revendiquaient les mêmes droits, ont fini sur l'échafaud et la liberté révolutionnaire a été prescrite par la force des armes à d'autres nations. Le socialisme a radicalisé la «fraternité et sororité» citoyenne en solidarité internationale de la classe des travailleurs, qui doit s'unir pour gagner de haute lutte une société sans classes. L'éthique sociale des Eglises doute qu'un monde plus juste puisse être gagné par la violence.

La Bible illustre en des termes prophétiques ce qui justifie la solidarité et la met en danger. Pour qu'il réussisse sa vie dans le pays de Canaan, Israël reçoit du Dieu de l'alliance la consigne de ne pas uniquement penser au bien de son clan: ceux qui sont menacés socialement – les veuves, les orphelins et les étrangers – doivent bénéficier de la pensée solidaire, de la même manière qu'Israël, opprimé en Egypte, l'a lui-même expérimenté de Dieu. Les prophètes élargissent l'horizon au-delà du propre peuple: si les hommes se rendent compte qu'ils marchent vers la même destination finale, à savoir la fête de Dieu pour tous les hommes, tous les peuples feront «de leurs épées des charrues et de leurs lances des faucilles».

Jésus donne une note familière à ces liens: «Vous êtes des frères et

sœurs, les fils et les filles d'un même Père qui est au Ciel.» Ce message doit atteindre «les confins de la Terre.» 600 ans avant la Révolution française, saint François d'Assise s'adressait déjà fraternellement «à tous les hommes de la Terre». Si les religions de la Terre se réunissent aujourd'hui dans sa ville natale pour prier ensemble pour la paix entre toutes les nations, ce n'est pas un hasard. Le pape François touche et émeut le monde entier en s'érigeant en défenseur de la «fraternitas et libertas» de tous les hommes: pas sur un ton bourgeois néolibéral ou de lutte des classes, mais dans une approche profondément biblique, où le mystique et le politique sont indissociables: personne ne peut trouver Dieu en étant indifférent à la souffrance de ses frères et sœurs, qu'ils soient ses amis ou des étrangers. Les Eglises et les religions de la Terre et du monde ont communiqué ce message œcuménique à Assise en 2011: aucune religion ni aucune nation n'a

**«En avant et n'oublions rien de ce qui fait notre force! Qu'on mange ou qu'on ait faim. En avant et n'oublions jamais: la solidarité.»**

Bertolt Brecht, 1929

l'apanage de la paix et de la vérité: nous sommes tous des pèlerins en marche vers une solidarité et une révélation plus profondes.

### En bref

- Autrefois, la solidarité ne s'appliquait qu'à une partie de la société.
- La solidarité biblique englobe toutes les personnes dans le besoin.
- Aucune religion ni aucune nation n'a l'apanage de la paix et de la vérité.

**Niklaus Kuster** (52 ans) est un frère franciscain qui vit au couvent des capucins à Olten. Il a étudié l'histoire et la théologie, a travaillé avec le pasteur Ernst Sieber sur la scène de la drogue à Zurich, et fait un doctorat en spiritualité. Il enseigne aujourd'hui à l'Université de Lucerne et dans les hautes écoles d'ordres religieux de Münster et Madrid.



La responsabilité individuelle doit-elle être imposée de façon plus marquée dans le système de santé suisse pour qu'il puisse encore être financé? Toni Bortoluzzi, conseiller national UDC, et Christian Hess, médecin de l'«Akademie Menschenmedizin», débattent de cette question.

Interview réalisée par Patrick Rohr

## «Sans responsabilité individuelle, pas de solidarité»



**Toni Bortoluzzi** (au centre) siège au Conseil national depuis 1991 pour l'UDC du canton de Zurich. Il fait partie de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national. Jusqu'en 2012, il exploitait une scierie à Affoltern a. A.

**Christian Hess** (à droite) a été médecin chef du service de médecine interne de l'hôpital d'Affoltern a.A. de 1988 à 2012. Il fait partie du comité de l'Académie de médecine humaine ([www.menschenmedizin.ch](http://www.menschenmedizin.ch)) et est entre autres l'auteur de «Menschenmedizin – für eine kluge Heilkunst».

**Monsieur Bortoluzzi, vous plaidez en faveur d'une responsabilité individuelle accrue dans le système de santé. Vous avez déposé une initiative parlementaire pour que les personnes en cause paient les frais liés au traitement de leur coma éthylique. Comment voyez-vous les choses?**

*Toni Bortoluzzi (TB):* Dans le système de santé, nous constatons une augmentation massive du volume des prestations. Du sirop contre la toux à l'opération de chirurgie esthétique, tout est financé au nom de l'esprit de solidarité. Il y a bien le seuil de la franchise et de la quote-part, mais sur le principe, l'accès est trop facile. Tel est le point de départ. Idéalement, j'irais beaucoup plus loin. Par exemple, il serait juste selon moi de devoir payer tous les traitements ambulatoires de manière responsable et de n'être assuré à titre obligatoire que pour les traitements stationnaires. Mon initiative parlementaire est bien évidemment une contribution modeste, mais qui vise à changer le système.

**Donc, vous ne pensez pas que le problème sera résolu en faisant payer les personnes ayant une consommation excessive?**

*TB:* Sur le plan financier, il s'agit bien sûr d'une très petite somme. Toutefois, il ne faut pas sous-estimer l'effet qu'elle produirait: réfléchir avant de solliciter le système de santé.

**Il est donc plutôt question de l'effet symbolique?**

*TB:* Oui, car nous enregistrons chaque année des hausses de primes de 3 ou 4% et cela ne peut plus continuer ainsi!

**Monsieur Hess, pensez-vous que l'intervention de Toni Bortoluzzi va dans le bon sens?**

*Christian Hess (CH):* Sur la question de principe selon laquelle le financement doit

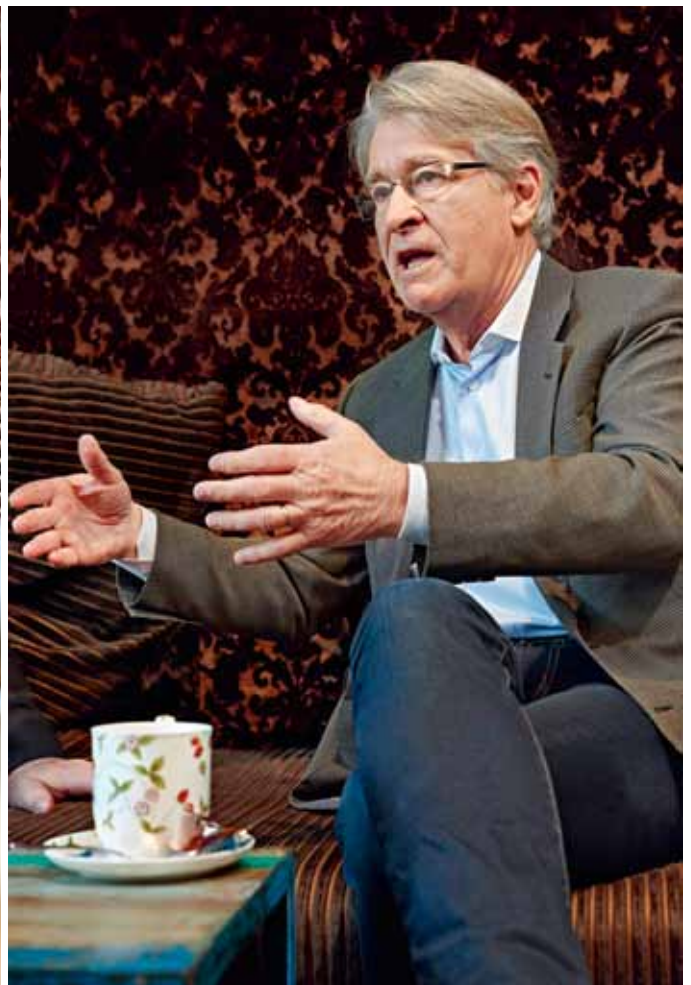
être repensé, nous sommes d'accord. Je le dis systématiquement: financer, et pas coûter. Car pour les gens, le financement est lourd et les primes de caisse-maladie font mal. Au cours de ces dernières années, elles ont augmenté massivement, parce que le système de santé devient de plus en plus onéreux, mais aussi parce que beaucoup de nouvelles charges ont été intégrées dans les primes.

**Par exemple?**

*CH:* Désormais, à cause des forfaits de coûts par cas, les primes doivent couvrir une partie des investissements. Autrefois, c'était différent: les dépenses étaient financées par les impôts, et donc en fonction du revenu, et pas par le biais des primes par tête. Le deuxième exemple est que l'on croyait que la concurrence contribuerait à améliorer les conditions du système de santé. L'idée simpliste que la concurrence augmente la qualité et réduit les coûts. En réalité, elle fait surtout augmenter le volume des prestations, ce qui est logique, car sans cette augmentation, aucun prix ne baisse.

**Mais la concurrence renforce la responsabilité individuelle!**

*CH:* C'est précisément l'erreur de raisonnement qui est commise. Toute la concurrence, tout le marché sont conçus pour pousser les gens à la consommation. Il ne faut donc pas s'étonner que dans ce système, tout le monde se mette à consommer. Le problème est que dans le système de santé, on combine le concept de la solidarité et l'économie de marché, qui obéissent à des lois tout à fait différentes! La solidarité existe grâce à la responsabilité individuelle, car sans responsabilité individuelle, c'est l'échec de la solidarité. Sur le marché, il n'y a pas de responsabilité individuelle, la crise des banques nous l'a montré il n'y a pas si longtemps. Et dans l'intervention de M. Bortoluzzi, il →



→ est surtout question de l'autofinancement et l'exemple des personnes en coma éthylique n'est pas approprié, car elles ont 14 ans, c'est leur père qui doit payer. Si le but est de renforcer l'autofinancement, un impôt sur le risque serait plus judicieux.

#### **Un impôt sur le risque?**

*CH:* Oui, comme un impôt à la consommation, tel que la TVA. On pourrait le prélever sur l'alcool, la nicotine, les aliments malsains...

**Monsieur Bortoluzzi, ceux qui fument et se nourrissent de façon malsaine devraient prendre leurs responsabilités et passer à la caisse. Ce serait un système juste!**

**«Il faut devoir réfléchir avant de solliciter le système de santé.»**

Toni Bortoluzzi

*TB:* J'ai choisi le coma éthylique parce que la relation de cause à effet est assez facile à prouver. Dans de nombreux autres cas – le médecin le sait mieux que moi – il est compliqué de montrer que le mauvais comportement à lui seul a occasionné l'atteinte à la santé et pèse donc sur le système de santé. Au niveau de la tendance, probablement que oui, mais on ne peut pas affirmer avec une certitude totale que...

#### **... le cancer des poumons du fumeur a été causé par le tabac?**

*TB:* Au niveau de la tendance, probablement que oui.

#### **Ou que l'infarctus du manager est dû à un excès de stress?**

*CH:* Cette tendance ne se confirme pas, mais dans le cas des fumeurs avec un cancer pulmonaire, cela se vérifie à 90%! On peut le calculer très précisément, et les caisses-maladie aussi!

*TB:* Oui, mais il se trouvera toujours quelqu'un...

*CH:* ... oui, oui, qui n'a jamais fumé mais est atteint d'un cancer des poumons!

*TB:* Non, qui a toujours fumé et a malgré tout vécu jusqu'à 90 ans.

*CH:* C'est le syndrome de Churchill.

*TB:* Oui, mais cela montre toute la difficulté de l'évaluation. De plus, le tabac est un produit légal, ce qui complique encore la situation.

**Monsieur Bortoluzzi, dans votre analyse, vous en êtes arrivé au coma éthylique parce qu'il montre clairement la relation de cause à effet. De plus, vous dites vous-même que la répercussion de ces coûts ne rapporterait que très peu. Sur d'autres sujets toutefois, vous affirmez qu'il n'y a pas de lien direct. Ne pourrait-il pas devenir difficile de lancer les débats de principe que vous souhaiteriez initier!**

*TB:* Non, non, il faut simplement orienter la discussion dans une autre direction.

#### **Laquelle?**

*TB:* Pour les accidents, nous fonctionnons par exemple selon le système de la responsabilité individuelle.

*CH:* Avec la possibilité de recours.

*TB:* Tout à fait, même si elle est utilisée avec une grande retenue. Le but n'est pas que les gens se retrouvent ruinés après un recours. Mais le système existe, et je le trouve bon.

CH: Alors, Monsieur Bortoluzzi, vous souffrez sûrement, comme la plupart des gens de notre âge, de quelques douleurs qui entraîneraient un recours. Dans ce cas, nous devrions supporter une grande partie des coûts puisque l'assurance ne la prendrait plus en charge.

TB: Non, on ne peut pas procéder ainsi, naturellement!

CH: C'est bien la preuve que cela ne marche pas!

**Revenons sur votre proposition, Monsieur Hess. Vous avez affirmé que vous vouliez renforcer le principe de la responsabilité individuelle avec un impôt sur le risque.**

CH: Oui, l'argent ainsi encaissé devrait être affecté au système de santé. Mais vraiment au système de santé, et pas à l'AVS, par exemple, comme c'est aujourd'hui le cas pour une partie de l'impôt sur la nicotine.

**Monsieur Bortoluzzi, que pensez-vous d'un tel impôt?**

TB: De nouveaux impôts ne sont pas la solution, l'alcool et la nicotine sont déjà suffisamment imposés. Toutefois, si les impôts prélevés actuellement profitaient effectivement au système de santé, on pourrait en parler. Selon moi, cette voie n'est pas à exclure.

CH: Voici encore une autre proposition banale: si nous prélevions deux francs sur chaque carte journalière d'un domaine skiable? Ce que les skieurs coûtent en fait au système de santé...

TB: Je n'y trouverais rien à redire. J'ai bien affirmé que nous devons commencer par les accidents, notamment la charge des accidents non professionnels. Le problème en fait, c'est que la personne sans activité lucrative est couverte par l'assurance-maladie et doit payer une quote-part en cas d'accident, alors qu'un actif assuré auprès de la Suva ou de l'assurance-accidents de son employeur n'a rien à payer pour le même accident. Pas de bol! C'est pourquoi je pense que pour renforcer la responsabilité individuelle, l'actif doit se voir infliger une quote-part, limitée bien sûr, pour éviter de l'asphyxier, mais pour le faire commencer à réfléchir.

**Vous parlez de quote-part, Monsieur Bortoluzzi. Dans l'assurance-maladie, avec la franchise et la quote-part, nous disposons en fait déjà de deux moyens de renforcer la responsabilité individuelle. Sont-ils trop peu adaptés pour que vous vous mettiez à rechercher de nouvelles voies?**

TB: Ils ne vont pas assez loin et sont trop peu perceptibles. De plus, dans certaines assurances, les factures ne passent même plus par le patient, mais sont directement

## «Il ne faut pas opposer solidarité et responsabilité individuelle.»

Christian Hess

envoyées aux assurances qui s'occupent de leur règlement.

CH: Le problème aujourd'hui, c'est que l'on peut choisir une quote-part nulle lors d'une année donnée, puis, comme on a besoin de dix médicaments, en profiter pour se procurer tous les médicaments pour l'année suivante. L'année d'après, comme on a constitué un stock de médicaments, on augmente à nouveau sa quote-part pour faire baisser la prime. L'année d'après, on a besoin de médicaments et l'on fait alors baisser la quote-part. C'est un système absurde.

TB: C'est pareil pour la franchise, qu'il suffit d'augmenter quand on est en bonne santé.

CH: Nous retrouvons précisément le mécanisme de marché!

TB: Nous voulions l'adapter et supprimer la possibilité de modifier la quote-part chaque année. Elle aurait alors été fixée pour trois, voire cinq ans. Mais nous n'avions aucune chance sur le plan politique. De plus, le conseiller fédéral Berset veut même réduire le taux de franchise maximal pour améliorer la solidarité.

CH: La désolidarisation doit bien sûr être évoquée! Si je parviens relativement bien

à apprécier mon état de santé, que je suis en bonne santé et que je m'en sors bien sur le plan financier, il me suffit de relever ma quote-part pour réduire mes primes, et j'échapperai au subventionnement croisé de la solidarité. C'est de la désolidarisation partielle! Si nous voulons de la solidarité, il est tout à fait absurde d'établir un système d'économie de marché qui comporte l'idéologie de la maximisation du gain et dans lequel ceux qui n'exploitent pas le système à leur avantage sont les dindons de la farce.

TB: Non, le problème, c'est que notre système de solidarité se passe pour ainsi dire de la responsabilité individuelle. Chacun doit sentir qu'un certain comportement a des conséquences sur son porte-monnaie.

CH: Non, il ne faut pas opposer solidarité et responsabilité individuelle. La solidarité ne peut fonctionner que si la responsabilité individuelle intervient, que si l'un aide l'autre lorsqu'il est en difficulté, et inversement. Dans l'économie de marché libre, nul ne le fait, chacun ne pense qu'à lui. Et c'est le cœur du problème: nous sommes dans le mauvais système et devons en changer. Ensuite seulement, nous pourrions repenser de responsabilité individuelle dans le système de santé.

**Patrick Rohr** est journaliste, photographe et conseiller en communication. Jusqu'en 2007, il était animateur et rédacteur à la Schweizer Fernsehen (entre autres «Arena», «Quer»).



Les préjugés contre l'obésité ont la vie dure. Certains politiques ne cessent de réclamer une augmentation des primes pour les personnes en excès pondéral. Ils oublient que l'obésité est une maladie qui ne pourra pas être empêchée par la sanction financière.

Par Heinrich von Grünigen

# Nous ne pouvons pas nous passer de la solidarité

**L**es gros qui ne perdent pas de poids sont trop paresseux, ou trop bêtes! Ils devraient simplement manger moins ou bouger plus.» Ceux qui souffrent de la maladie chronique de l'obésité sont toujours confrontés à de tels messages blessants. Des années de travail d'explication et d'information n'ont rien pu y changer. Les préjugés sont profondément enracinés dans les esprits de ceux qui ne sont pas concernés. Et l'armada de réclames négligemment trompeuses pour des cures d'amincissement toujours nouvelles et autres recettes infaillibles fait le jeu de cette idée préconçue: les gros sont eux-mêmes fautifs!

Pourtant, la recherche a depuis longtemps fourni des éléments suffisants montrant que les vraies causes de l'épidémie mondiale d'obésité, qui continue à se répandre, ne sont pas liées à notre comportement, mais sont en priorité d'ordre génétique, et qu'elles sont déclenchées par toute une série de facteurs environnementaux

et liés au milieu, dans lesquels rentrent bien sûr aussi l'alimentation et l'exercice physique. En Suisse, un adulte sur deux présente déjà une surcharge pondérale, et le pourcentage de malades de l'obésité est de 10% de la population. La balance indique un poids trop

élevé pour un enfant sur cinq, pour qui une obésité ultérieure est le plus souvent programmée.

Même au niveau international, aucune stratégie convaincante n'a été trouvée pour mettre le holà à ce phénomène. La première réponse est d'informer et de sensibiliser dès l'enfance, et la

deuxième d'établir des obligations et des dispositions claires en matière de production des aliments transformés, ainsi qu'en ce qui concerne la réclame pour ceux-ci, dans le sens de la prévention dite contextuelle. Enfin, il faut organiser l'environnement de façon à donner envie de bouger. L'obésité est dans une certaine mesure un «dommage collatéral» de notre civilisation, dont les déclencheurs sont l'absence d'activité physique et de repos nocturne (société 24h / 24), le stress, mais aussi l'offre pléthorique et la disponibilité permanente d'aliments caloriques à forte teneur en matière grasse et en sucre.

## La discrimination financière des malades

Ce qui est fâcheux – je l'écris pour en avoir fait plusieurs fois l'expérience –, c'est qu'il est relativement facile de perdre du poids par l'une ou l'autre mesure. En cas de régime draconien, on commence par perdre de l'eau, après quoi la masse musculaire diminue... les réserves adipeuses, que l'organisme a constituées

pour les périodes difficiles, sont jusque-là préservées. Dans le même temps, la dépense énergétique est réduite, car l'organisme se met dans une situation d'urgence générée artificiellement. Lorsque l'on arrête le régime pour revenir à l'apport énergétique normal d'avant, les kilos sont très rapidement repris, et c'est l'effet yoyo tristement célèbre, car l'organisme a maintenant besoin de moins d'énergie qu'auparavant. Ainsi, mes tentatives répétées de perdre du poids m'ont moi aussi entraîné dans le cercle vicieux de la maladie de l'obésité.

Dans ce contexte, j'estime que la revendication récurrente, selon laquelle les «gros» devraient bien subvenir eux-mêmes à leurs frais

**Ceux qui ont passé leur vie à se battre contre une surcharge pondérale ne se complaisent pas dans cette maladie.**

## En bref

- **L'obésité a des causes génétiques et est déclenchée par des facteurs environnementaux, sociaux, et par le style de vie.**
- **Des primes plus élevées pour les personnes concernées seraient donc discriminatoires.**
- **Des mesures préventives telles que l'obligation de déclaration pour les aliments ne peuvent pas encore obtenir la majorité politique.**





de santé, est extrêmement cynique et discriminatoire. Ceux qui ont passé leur vie à se battre contre une surcharge pondérale ne se complaisent pas dans cette maladie et ses suites. Nous, les personnes en surpoids, subissons actuellement déjà un préjudice dans le système de santé. Ainsi, il nous est en général interdit de conclure une assurance complémentaire auprès d'une caisse-maladie lorsque notre indice de masse corporel dépasse une certaine limite. Selon la LAMal, les coûts des interventions chirurgicales ne sont pris en charge que selon des conditions et critères rigoureux et l'opération pour retirer l'excès de peau après une perte de poids importante est refusée dans de nombreux cas, suite à une décision fâcheuse du Tribunal administratif fédéral.

### **Prévenir plutôt que pénaliser**

Pour l'obésité plus que pour toute autre maladie, les politiciens de la santé font l'éloge de la «responsabilité individuelle» en tant que remède universel. Les milieux bourgeois, instrumentalisés par l'Union des arts et métiers, s'opposent au sein du Parlement à toute mesure législative visant à juguler les risques, par exemple concernant l'obligation de déclaration pour les denrées alimentaires ou la limitation de la publicité pour les aliments inappropriés, qui s'adresse aux enfants et aux adolescents. Manifestement, la «liberté

du marché» vaut plus que le bien-être et la santé des groupes à risque, toujours sous le prétexte de la responsabilisation. Ceux qui se mobilisent en faveur de mesures préventives sont décriés et traités de «talibans de la santé». Comme je fais partie d'un groupe de travail qui fait du lobbying politique sur ces questions, j'en fais régulièrement l'expérience.

La question de savoir si une incitation financière – par exemple dans le sens d'un système de bonus/malus pour l'assurance-maladie – peut constituer une motivation en faveur d'un comportement «plus conscient» en matière d'alimentation et d'exercice physique, a une portée trop limitée. Elle occulte le fait que dans le traitement «conservatoire», c.-à-d. non opératoire, de l'obésité, le taux de rechute à long terme est de 90%. C'est pourquoi nous, les malades de l'obésité, ne pouvons moins que quiconque nous passer du principe de solidarité pour pouvoir vivre avec notre maladie et ses conséquences et les gérer durablement.

---

**Heinrich von Grünigen**, D<sup>r</sup> méd. h. c., est président de la Fondation Suisse de l'Obésité (FOSO). [www.saps.ch](http://www.saps.ch)



## Le système de santé est malade



**Beda M. Stadler**, né en 1950 à Viège (VS), professeur émérite, a dirigé l'Institut d'immunologie à l'Université de Berne. Il est connu pour ses propos virulents sur les thèmes de politique sociale et de la santé.

# Q

uand on est malade, en général, on le sait. Du moins, tant qu'on n'est pas malade, on est en bonne santé. En cas de maladie, nous avons besoin de l'amour du prochain. Le siècle des Lumières a vu naître l'Humanisme, et avec lui la conviction de concrétiser cet amour du prochain. Ainsi, les premières caisses-maladie ont été créées dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle. En 1893, le Parlement a malheureusement créé l'«Office de la santé», l'actuel OFSP, au lieu d'un «Office contre la maladie». Cette dénomination infortunée a été à l'origine de tout. Plus les soins médicaux se sont améliorés, plus les coûts sont devenus problématiques. Comme on n'osait pas réduire les prestations aux malades, l'accent a été mis sur la prévention, et les personnes en bonne santé sont devenues des malades potentiels. Les parcours Vita désertés sont aujourd'hui le mémorial de cette tendance ratée. Certaines caisses-maladie ont même changé de nom pour devenir des «caisses de santé». D'autres ont remboursé le fitness et le wellness, ou ont utilisé des slogans publicitaires tels que: «we feel good – notre engagement pour votre santé». D'ailleurs, l'ancien «Concordat des assureurs-maladie suisses», l'organisation faïtière des assureurs-maladie, s'appelle «santésuisse» depuis 2001.

Pas étonnant que les assurés aient été déstabilisés. L'attente principale par rapport à une caisse de santé est la santé, et pas la solidarité avec les malades. A partir du moment où une caisse propose une médecine alternative dont il est avéré qu'elle est sans effet, du fitness ou du wellness, les primes de caisse-maladie deviennent un bonus à épuiser jusqu'à la fin de l'année. Qui refuserait la santé à un bien portant? Maintenant que les assurés ont été appâtés, il serait faux de chercher la solution au problème du côté des malades. Quand on est trop gros, que l'on a un mode de vie malsain ou que l'on fume, cela peut être pour des raisons génétiques, tout comme le fait d'attraper le cancer. En revanche, solliciter des prestations d'une caisse-maladie quand on est en bonne santé, c'est abuser du système.

Un grand nettoyage s'impose dans les soins de base. Il faut arrêter de rembourser les indispositions et tout ce qui guérit seul. La barre de la maladie doit être relevée. Que ceux qui vont voir le médecin pour les caresses le paient de leur poche. Il est donc temps d'appliquer le fameux «article EAE» de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Pour les scientifiques, ce serait un jeu d'enfant de déterminer ce qui est efficace, adéquat et économique. Comme il s'agit d'une question purement rationnelle, les politiques, les guérisseurs et les juristes ne devraient pas avoir droit au chapitre.

**«Que ceux qui vont voir le médecin pour les caresses le paient de leur poche.»**



[twitter.com/CSSPolitik](https://twitter.com/CSSPolitik)

Dans quelle mesure les systèmes de santé sont-ils solidaires en Allemagne, aux Etats-Unis et en Suisse? Un coup d'œil sur le calcul des primes révèle différents type de solidarité.

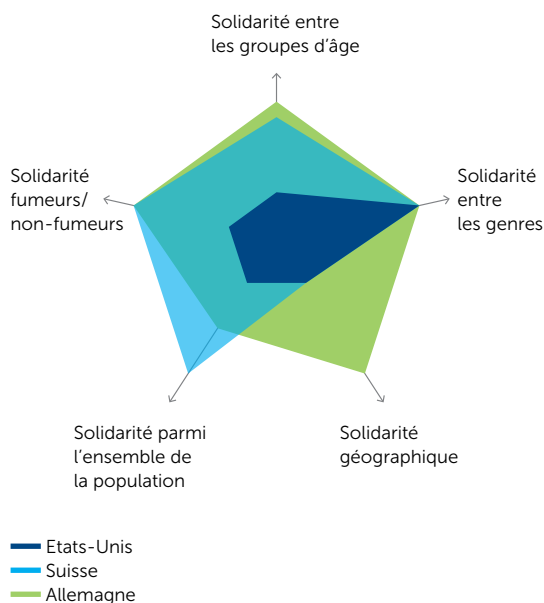
Par Konstantin Beck, professeur

## Jusqu'à quel point les primes unitaires sont-elles homogènes?

**D**ans les primes de l'assurance-maladie sociale, la solidarité se manifeste de manière très concrète. La structure des primes fixe directement quel groupe est aidé financièrement par quel autre, ou pas. Dans les Etats européens notamment, les mêmes primes pour tous sont considérées comme une condition indispensable d'une assurance-maladie précisément «sociale». Toutefois, en y regardant de plus près, on se rend vite compte que: «All (...) are equal but some (...) are more equal.» («Tous sont égaux, mais certains sont plus égaux que d'autres.») Ainsi, dans l'assurance-maladie sociale en vigueur en Allemagne, la prime d'une personne qui vit dans le sud à Constance ne peut être

différente de celle d'un habitant de Flensburg, une ville située tout au nord. Il en va de même pour l'Ouest et l'Est. Autant de solidarité comporte l'effet annexe indésirable que pour les habitants de Hambourg, où la vie est chère, il est beaucoup plus difficile de se payer une couverture d'assurance que pour les Bavarois qui habitent à la campagne. Il en va tout autrement de l'«égalité» en Suisse. Dans la conception fédéraliste du pays, il est évident qu'un Appenzellois ne paie pas la même prime selon qu'il habite dans la partie Rhodes-Intérieures ou Rhodes-Extérieures. Toujours est-il que dans toute la Suisse, les seniors sont traités de la même manière que les assurés de la vingtaine. Et les Américains dans tout cela? L'Obama Care, la grande réforme de l'assurance-maladie du président en fonction, apporte incontestablement une plus grande solidarité dans le système de santé américain, et évite par exemple aux chômeurs et aux sans-abri d'être sans couverture d'assurance. Pour un citoyen américain, il est tout à fait logique qu'une personne de 65 ans doive payer une prime trois fois plus élevée qu'un jeune adulte. Et les fumeurs paient une surprime en principe égale à 50%. Toutes ces «primes unitaires» reflètent la conception culturelle spécifique du pays. Les trois pays se rejoignent sur l'égalité de traitement entre les genres. Aucun d'eux n'établit de différence entre les primes des femmes et des hommes. A ceux qui pensent que le système allemand est de loin le plus solidaire, nous rappellerons ceci: la solidarité allemande en matière de primes n'est valable que pour les personnes ayant un revenu faible à moyen. En Suisse, elle l'est en revanche pour tous les habitants, et aux Etats-Unis, pour tous ceux qui veulent participer. Sur cette question, personne n'a raison ou tort, car pour la comparaison internationale des primes unitaires, la règle est: «One size doesn't fit all.»

### Solidarité des primes en Allemagne, aux Etats-Unis et en Suisse



**Konstantin Beck**, D<sup>f</sup> ès sc. écon., est chef de l'Institut CSS de recherche empirique en économie de la santé et professeur titulaire à l'Université de Zurich en économie de la santé et recherche économique empirique.

✉ konstantin.beck@css-institut.ch

## Toujours les coudées franches

Consommer, c'est génial, surtout quand on a vraiment les coudées franches, comme dans l'assurance-maladie précisément. Quand soudain le principe de solidarité fait naufrage, il n'y a plus qu'une chose à faire: s'habiller chaudement.

### Où est l'issue?

Se camérer jusqu'à s'abîmer le cerveau, boire jusqu'à en perdre connaissance, fumer jusqu'à s'asphyxier les poumons. Et au lieu de la personne en cause, la collectivité paie. Trouverons-nous une issue raisonnable sans mener le système à l'absurde?

### Des réformes dans le vide

Ai-je entendu le mot réforme? Bonne idée, mais simplement: voulons-nous réorganiser tout le système de fond en comble, ou le modifier quelque peu? Quelle que soit la voie empruntée, toutes les propositions de réforme se feront dans le vide si la responsabilité individuelle n'est pas accrue.