

Bonne conscience... de classe et de caisse

L'enjeu de la votation sur l'initiative pour une «caisse unique et sociale» dépasse de loin l'objet soumis au vote le 11 mars. Un regard sur ceux qui combattent l'initiative, à coups de centaines de millions, l'indique.

L'influent quotidien zurichois – porte-parole des banques, des assurances, de l'industrie – la *Neue Zürcher Zeitung* alimente la campagne de bourrage de crâne des opposants. Les annonces pour le Non inondent la presse. Vous y reconnaîtrez les visages de ceux et celles qui organisent et votent au parlement fédéral toutes les mesures de régression sociale.

Pascal Couchepin – conseiller fédéral si proche du conquérant Groupe Mutuel, sis à Martigny – se «bat à mort», selon sa formule, contre l'initiative. L'ex-roitelet de Martigny veut aussi: massacrer l'AI (assurance invalidité); placer à 67 ans l'âge légal donnant droit à la retraite; supprimer l'impôt fédéral direct (IFD) pour le remplacer par l'impôt antisocial: la TVA (taxe sur la valeur ajoutée); restreindre encore les droits de chômeuses et chômeurs; porter atteinte aux allocations pour perte de gain. Tout cela sera mené de concert avec ses complices du Conseil fédéral: le radical Hans-Rudolf Merz, l'UDC Christoph Blocher, la démocrate-chrétienne Doris Leuthard et le silence «collégial et obligé» des autres membres.

Couchepin est au «service du pays»: soit les barons de l'économie qui le dirigent. Il est donc autorisé à tromper «le peuple». Ainsi avant la votation du 11 mars, il clame: «En 2007, la hausse moyenne [des primes] est de 2,2%. Et je peux quasiment [admirez cet adjectif!] garantir que l'année prochaine, pour la majorité des caisses, la hausse sera du même ordre de grandeur, et l'année suivante, aussi!» (*Tribune de Genève*, 15.1.2007). L'économétriste de la santé Alberto Holly (Unil-Lausanne) est contraint de dire: «Il me paraît difficile de garantir que la hausse moyenne des primes pour 2008 et 2009 ne sera que de 2,2%. Je peux encore accepter que l'on fasse de telles prévisions sur l'année en cours, mais pas au-delà» (*Le Temps*, 17.1.2007). A Genève, en dix ans, la hausse des primes, pour une famille avec deux enfants, a atteint 5000 francs par an.

Les patrons des banques, des assurances et des firmes pharmaceutiques, en sous-main, appuient le Non. Ils n'ont pas de problème d'accès aux soins de qualité. Daniel Vasella de Novartis a gagné 44 millions de francs en 2006. Il économise 3,5 millions sur ses impôts en choisissant la bonne commune (*SonntagsBlick*, 21.1.2007). Franz Humer de Roche a encaissé 15 millions en 2006 (*SonntagsZeitung*, 24.12.2006).

Les dirigeants des caisses – qui vivent «sur le dos» des primes d'assurance maladie que nous payons – se portent bien. L'acolyte de Couchepin, Pierre-Marcel Revaz du Groupe Mutuel, touche environ 1 million de francs. Personne ne sait exactement. Son porte-parole, Yves Seydoux «rappelle que son groupe ne publie aucun chiffre» (*Le Matin dimanche*, 21.1.2007). Le directeur d'Helsana, Manfred Manser, gagne 580'000 francs. Les 10 membres du conseil d'administration (CA) d'Helsana se distribuent un total 1,8 million de francs par an (*SonntagsBlick*, 4.2.2007). Le CA se réunit 10 fois par année. Le stress! Roland Schaer de la KPT-CPT – cette caisse se réorganise avec Concordia – reçoit 500'000 francs (*Cash*, 11.2.2006).

Or, c'est en pompant nos primes que cette sorte d'arnaqueurs – officialisés par la LAMal (Loi sur l'assurance-maladie) – financent leur campagne contre «leurs» assuré-e-s!

En réalité, ils défendent leurs intérêts de classe et de caisse. Leur but: faire du «secteur de la santé» un business profitable. Autrement dit un système de soins socialement sélectifs et non pas un système de santé pour tous et toutes, le plus égalitaire possible.

Le marché contre l'éthique médicale et la santé



En arrière-fond du débat sur la «caisse unique et sociale» s'affrontent potentiellement deux orientations (voir *Cahier La brèche* N° 1: «Le marché contre la santé»).

Un publi-reportage de 12 pages vantant les cliniques privées – inséré dans l'hebdomadaire *Cash* – éclaire cet affrontement. Les cliniques anticipent l'évolution liée à la politique des autorités et des caisses. Alors: «Le fossé entre la «santé pour tous» et une «médecine-top dans des hôtels de la santé» sera plus grand.» Conclusion: nous disposerons d'un marché plus large, lucratif, pour personnes aux revenus honorables.

• La première s'en remet au marché. Le résultat final: un service minimum, avec des gens ayant «droit» à des prestations de base minimales pour des pathologies graves ou des personnes démunies financièrement et donc «assistées», avec la culpabilité qui leur sera

injectée – quitte à péjorer leur état de santé.

Les malades potentiels ou réels ayant des revenus suffisants (ou prêts à de réels sacrifices) seront de bons clients pour les caisses (complémentaires diverses).

Celles et ceux qui voient leur revenu disponible (ce qui reste après déduction des impôts, des cotisations aux assurances, des primes d'assurance maladie et, de fait, aussi du loyer) diminuer chaque année seront des «clients» de seconde ou troisième classe.

Le personnel soignant, directement ou indirectement, sera soumis au pouvoir abusif des médecins conseil ou des médecins d'assurance. Le personnel soignant des hôpitaux sera soumis toujours plus à un travail à la va-vite. Des «machines à soigner» exténuées. Le professeur Henri Bounameaux des HUG (Hôpitaux universitaires de Genève) raconte: en mettant huit patients dans une chambre pré-

vue pour cinq, «vous imaginez les problèmes de promiscuité et de sécurité que cela pose... Chacun doit travailler plus vite et plus vite, avec les risques que cela comporte.» Selon cette approche, l'hôpital «pour tous» est assimilé à une entreprise produisant des «biens».

• La seconde: chaque personne doit être soignée quels que soient ses revenus, quel que soit le coût de ses soins, pourvu qu'ils soient médicalement justifiés. La santé est «un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie» (Constitution de la France, 1948). Donc la couverture maladie doit être intégrée à un système d'ensemble, non bureaucratique, qui relève d'une véritable sécurité sociale.

Cela implique: un contrôle public; une liaison entre spécialisation médicale et paramédicale; une relation interactive entre médecine de ville (libé-

rale) et hospitalière. Se «centrer sur le malade» – selon une formule galvaudée – implique assez de personnel ayant du temps pour s'en occuper et assurer sa prise en charge globale. Une politique de prévention globale est nécessaire. Les patient-e-s doivent être considérés-e-s comme des partenaires des soignants; les usagers doivent avoir leur droit dans la conception d'une assurance maladie sociale.

Un système de santé fondé sur une logique commerciale ne peut qu'aboutir à violer l'éthique médicale. Les ressources matérielles existent en Suisse pour un système de santé pour tous et toutes et respectueux des patient-e-s comme du personnel soignant. ■

OUI à la caisse unique et sociale le 11 mars

Les « réformes » mijotées : les maux qu'ils taisent

Le volet de la révision de la LAMal qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006 est révélateur de ce qui nous attend. En effet, depuis cette date, les assurances maladie ont le droit de suspendre le paiement des prestations pour les assurés qui ont été mis en poursuite pour non-paiement de leurs primes ou de leur participation aux frais. Or, l'aide sociale n'intervient qu'une fois que l'insolvabilité est avérée.

Les conséquences de cette mesure sont si graves que la presse a dû en rendre compte. Depuis quelques mois des milliers de patients sont tout simplement exclus des soins. Le professeur Hans Wolff, médecin adjoint de la polyclinique médicale des hôpitaux de Genève, et son collègue, le docteur Christophe Marti, ont consacré un article de la *Revue médicale suisse* aux drames qu'ils rencontrent sur leur lieu de travail. Pour ce qui est de la couche sociale frappée, leur jugement est net. Dans leur écrasante majorité sont victimes de ce système des personnes de conditions dites modestes et qui souffrent la plupart du temps de maladies chroniques.

Ce volet de la révision de la LAMal a aussi réduit de moitié la prime pour enfants appartenant à des ménages qui jouissent d'un revenu moyen ou bas. Depuis le début 2006, le solde est pris en charge par les collectivités publiques au titre de réduction des primes. C'est une fausse avancée. Car, si l'initiative pour une caisse unique était acceptée le 11 mars prochain, la prime pour enfants serait tout simplement abolie. En effet, cette initiative stipule que les primes sont fixées en fonction de la capacité économique des assurés.

En cas de Non le 11 mars : les pilules fédérales amères

Mais la révision en cours de la LAMal réservera, à brève échéance, aux usagers une série d'autres surprises désagréables.

Le 26 mai 2004, le Conseil fédéral avait proposé d'augmenter la participation des assurés aux frais qui dépassent la franchise, de 10% à 20% pour les personnes adultes. Le montant maximum de cette participation serait maintenu à 700 francs. L'acceptation de cette mesure représenterait une forte augmentation de charges pour les usagers en cas de maladie. En effet, avec une quote-part (participation aux frais) de 20%, le maximum serait déjà atteint avec des dépenses annuelles de santé de 3800 francs. Or, aujourd'hui, il faut avoir dépensé 7300 francs pour atteindre ce plafond. La commission du Conseil national a décidé, en septembre 2004 déjà, de renvoyer ce projet à plus tard. Nous sommes persuadés qu'il sera rapidement ressorti des tiroirs, si l'initiative pour une caisse unique était rejetée le 11 mars prochain.

La situation se présente dans les mêmes termes s'agissant du financement des soins en EMS (établissements médico-sociaux) et à domicile. Le Conseil fédéral propose que les patients-e-s au bénéfice de ce type de soins prennent en charge une partie (environ 20%) du coût des soins de base visant à satisfaire les besoins humains fondamentaux (s'habiller, se laver, se nourrir).

Etant donné que ce changement est tout simplement insupportable pour les assurés de conditions modestes, le Conseil fédéral a proposé que les presta-

tions complémentaires AVS/AI soient sollicitées pour aider ces personnes à assumer cette nouvelle charge.

Or, en septembre 2006, le Conseil des Etats a décidé d'étendre la participation des assurés à l'ensemble des soins. Il en résultera une augmentation des charges assumées par les patient-e-s, très âgés pour l'essentiel. Eux-mêmes et leurs enfants devront payer tant qu'ils en ont les moyens. Le Conseil national se prononcera sur ce changement dans les mois à venir.

«Maîtriser les coûts» et libérer les profits des caisses

Les autres volets de la révision de la LAMal s'attaquent aux fondements du système de santé suisse. Le but affiché est

la maîtrise des coûts. Les conséquences en sont : l'abandon du contrôle public sur l'évolution du secteur, l'attribution d'un pouvoir prédominant aux assurances au détriment de la qualité des soins de base. Cela doit pousser une part croissante des usagers à s'affilier aux assurances complémentaires, celles sur lesquelles les assureurs peuvent faire, légalement, leurs bénéfices.

En outre, le Conseil fédéral veut inciter les usagers à s'affilier à des réseaux de soins dont les affiliés acceptent de confier leur santé à un nombre restreint de prestataires de services en échange de primes abaissées. Jusqu'à présent, ces réseaux n'ont pas eu un grand succès en Suisse. Les mesures que les Chambres fédérales ont adoptées en décembre 2006 n'auront guère d'effet sur ce comportement. Mais il est certain que les protagonistes de la marchandisation du domaine de la santé reviendront à la charge.

Les hôpitaux gendarmés par les assurances

La réforme du financement des hôpitaux est prévue par le Conseil fédéral en deux étapes. 1^o A court terme, il est prévu de traiter tous les hôpitaux qui fournissent les prestations de base sur pied d'égalité, peu

importe qu'ils soient publics, subventionnés ou privés.

Les collectivités publiques abandonneront la responsabilité pour les investissements des hôpitaux publics et parapublics. Leur rôle se limitera à la planification hospitalière cantonale et au financement des hôpitaux à parts égales avec les assurances.

Pour les soins de base, tous les hôpitaux seront régis par des contrats de prestations qui instaurent un financement non plus en fonction des coûts effectifs mais d'un tarif normé par maladie.

En Allemagne où ce système est en place à grande échelle depuis quelques années déjà, il a soumis les établissements à une mise en concurrence féroce. Un nombre important d'entre eux a disparu. Au sein des survivants, la qualité des prestations et les conditions de travail du personnel se sont péjorées. Personne n'a demandé aux citoyennes et citoyens s'ils avaient envie d'être opérés à vif de la sorte. 2^o Au cours d'une deuxième étape, le Conseil fédéral veut attribuer la responsabilité pour le financement des hôpitaux aux seules assurances maladie. C'est ce qui se cache derrière le terme barbare de «financement moniste». Sous ce régime, les critères économiques acquerront inévitablement un poids prépondérant dans la gestion des soins hospitaliers de base. La santé «hospitalière» ne sera plus qu'un domaine particulier du marché de la santé.

L'adoption des mesures de la première étape par les Chambres fédérales est prévue dans les mois faisant suite à la votation du 11 mars. Mais le Conseil fédéral s'est déjà engagé à présenter au parlement, au plus tard trois ans après cette décision, un projet de loi qui balise la voie qui mène à un financement «moniste» (autre-

ment dit contrôlé par les assureurs) des soins hospitaliers de base.

«La liberté» du renard dans le poulailler

Dans le secteur ambulatoire aussi, le but du Conseil fédéral est de soumettre les prestataires au diktat des assurances. Pour y parvenir, il veut abolir «l'obligation de contracter» en vigueur au profit de la «liberté de contracter». Concrètement il s'agit de ce qui suit. Aujourd'hui, une assurance doit payer toute facture établie par tout médecin reconnu qui a fourni des prestations conformes au catalogue des soins de base. Après l'instauration de la liberté de contracter, cette obligation se limitera aux médecins et autres prestataires de services avec lesquels l'assureur a conclu un contrat.

Pour les assurés, la «liberté de contracter» (des assureurs) revient à la perte de la liberté de choix du médecin. Le but avoué de cette innovation est de réduire le nombre de médecins et autres prestataires de services dans les régions où celui-ci est considéré comme trop important, où en d'autres termes, dans toutes les villes et agglomérations ou presque. Dans ces régions, seuls les prestataires de services qui acceptent les conditions des assureurs pourront encore exercer (voir les deux encadrés ci-contre).

Cette proposition est capitale pour la révision de la LAMal voulue par le Conseil fédéral. Son sort n'est pas connu. Les délibérations parlementaires ont été renvoyées à après la votation du 11 mars 2007...

Liberté pour un nouveau marché

Sur quels critères se fera la suppression de l'obligation de contracter? Sur ceux convenant aux assurances. Donc, un patient qui a payé durant des années ces primes à l'assurance peut se voir empêcher de consulter son médecin, à moins d'être hyperriche ou d'y laisser ses économies.

On se demande comment, au plan du droit, il est possible de justifier la suppression de «l'obligation de contracter» et maintenir «l'obligation de s'assurer»?

Les assureurs avec cette menace, relayée par Couchepin, cherchent à faire plier les médecins. Et, en même temps, les assurances s'ouvrent un nouveau marché. Ainsi, avec la suppression du remboursement, en juillet 2005, de certaines «médecines douces», le Groupe Mutuel a proposé un complément de prime pour maintenir dans son catalogue les prestations supprimées.

Soyons certains que, moyennant une prime plus haute pour l'assurance complémentaire, des usagers pourront consulter un «mouton noir» rayé de la liste des médecins avec lesquels une assurance n'a plus «l'obligation de contracter». Un marché rentable. ■

Une liste noire «des mauvais payeurs»

Le 5 janvier 2007, le quotidien gratuit 20 minutes titre : «Danger de mort pour des primes maladies impayées». Le Dr Hans Wolff des Hôpitaux universitaires genevois (HUG) affirme : «Nous avons vu arriver un greffé rénal. S'il interrompait son traitement pendant un mois, cela met sa vie en danger et tout le traitement est rendu inutile!»

Jusqu'en novembre 2006, «la polyclinique a reçu 260 personnes touchées par une suspension [de couverture de l'assurance], pour un total de 426 passages. Beaucoup sont des malades chroniques, et en général des défavorisés. Dans 40% des cas, une interruption de leur traitement peut avoir des

conséquences graves, voir fatales.»

Le Tages-Anzeiger, en date du 7 février 2007, annonce : «Ils sont 150'000 en Suisse sans protection d'une caisse maladie.» Dans le seul canton de Zurich, ils sont 17'000; 10'000 en Argovie. «Pas de caisse, pas de médecins; cela touche avant tout les malades chroniques.»

Or, les directions d'Helsana et la mal nommée CSS (Caisse chrétienne sociale) veulent établir une liste noire centralisée des «mauvais payeurs». Car cela va «peut-être améliorer le moral des payeurs», ose déclarer un directeur de la CSS (SonntagsBlick, 11.2. 2007). ■



L'explosion des coûts de la santé: pour qui?

Le système de financement le plus injuste socialement de toute l'Europe

Tous les jours, les autorités cantonales et fédérales, les caisses maladie et, y compris, une partie des milieux médicaux reprennent la rengaine: «Les coûts de la santé explosent; c'est une charge insupportable.»

Examinons la réalité de ce rabâchage. Le graphique 1 ci-dessous permet de visualiser l'éventail des «coûts du système de santé», selon les fournisseurs de biens et de services.

Le total de 51,6 milliards de francs pour 2004 se répartit ainsi:

- le système hospitalier: 18,2 milliards;
- les établissements médico-sociaux (personnes âgées, handicapés, toxicomanes, etc.): 9,3 milliards;
- les services ambulatoires: 15,5 milliards, dont 8,8 pour les médecins;
- le commerce de détail (pharmacies, etc.): 4,9 milliards, dont 3,5 pour les pharmacies;
- les dépenses de l'Etat (administration, prévention) et des assurances (administration, amortissements): 3,2 milliards.

Sous la forme d'un constat, il est dit et redit que ces dépenses correspondent à 11,5% du produit intérieur brut (PIB), pour l'année 2004.

C'est le chiffre magique qui sert à classer les dépenses de santé en Suisse au second rang mondial, en pour-cent du

PIB, derrière les Etats-Unis. C'est celui qui justifie toutes les mesures antisociales prises au nom «de la sauvegarde de la compétitivité de la Suisse» (voir en page 2 les mesures en préparation).

Comparaisons biaisées

La comparaison entre les dépenses de santé s'effectue à partir de réalités différentes. Voilà l'origine de nombreux biais. Prenons un exemple.

En Suisse, les dépenses de soins de longue durée pour les personnes âgées et pour les malades chroniques sont incluses dans les comptes du système de santé. Dans les pays nordiques, ce n'est pas le cas. Les dépenses de santé, en pourcentage du PIB, représentent 8,9% au Danemark, 9,1% en Suède, 9,7% en Norvège.

Or, en Suisse, en 2004 (année de référence pour tous les pays cités), les dépenses de soins de longue durée se sont élevées à 6,4 milliards, soit l'équivalent de 1,4% du PIB.

En tenant compte de ce seul chiffre, le fossé entre les dépenses de santé en Suisse et celles de la Norvège ou de la Suède se réduit considérablement. Les comparaisons internationales (très souvent biaisées) impressionnent et paralysent la réflexion critique. Les classes dominantes de chaque pays en font un usage systématique.

Un oubli trompeur

Les dépenses pour les loyers (locataires) sont nettement supérieures en Suisse à la moyenne européenne. Les banques, les assurances, les agences immobilières, les propriétaires et tous les parasites de la rente foncière ne mènent pourtant pas une campagne, journalière, contre l'explosion du coût des loyers pour la majorité de la population. Ils ne réclament pas leur réduction. En effet, le fardeau des loyers repose quasi exclusivement sur les épaules des familles. Un objectif que s'assignent la droite, les assurances et le patronat pour la santé.

Les opposants politiques à la caisse unique et les adversaires économiques de l'initiative dissertent sans cesse sur l'explosion des coûts. Pourquoi? Parce qu'ils veulent introduire de nouvelles modifications qui, d'une part, accroissent la part des coûts de santé pesant sur les ménages et, d'autre part, élargissent et rentabilisent le secteur des prestations de soins s'adressant à la population solvable; quitte à ce qu'une fraction de celle-ci se sert encore plus la ceinture. C'est en puisant dans ces ressources que les assureurs et leurs alliés (cliniques privées, etc.) tireront une rente plus élevée, à l'instar des propriétaires immobiliers.

Sur qui pèsent les coûts

Si les coûts sont insupportables, ils le sont pour les ménages, c'est-à-dire pour l'essentiel des familles salariées.

La Suisse est en effet dans le peloton de tête des pays où les salarié-e-s financent une part écrasante des dépenses de santé: 67% du total (voir graphique 2 à droite). Et cela pour quatre raisons:

1° Des domaines entiers ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire: par exemple, les soins dentaires. C'est ce qui fait dire à la trésorière de l'Association pour des soins dentaires populaires: «On s'accorde le dentiste lorsque l'indispensable est assuré.»

Les séjours en EMS sont mal couverts. De nombreux médicaments ne font l'objet d'aucun remboursement, alors que leur prix est plus élevé que dans le reste de l'Europe.

En 2004, le total de ces dépenses de santé financées directement par les ménages, non remboursées par les assurances, se monte à 13,6 milliards de francs. On ne parle pas ici d'explosion.

2° A cela, il faut ajouter des franchises et participations aux frais prévues par la LAMal: 2,8 milliards de francs en 2004. Et cela va augmenter.

3° Le système de cotisations par tête (une cotisation par personne, adulte ou enfant, indépendante du revenu) fait que le poids de l'assurance maladie écrase les ménages: 18,9 milliards de francs en 2004, dont 14,4 pour l'assurance de base.

Dans le reste de l'Europe, la couverture maladie est financée en grande partie par des cotisations en pourcentage du revenu payées pour moitié par l'employeur et/ou par l'impôt.

Ici aussi, l'establishment helvétique ne parle pas de charge insupportable. A juste titre, mais strictement pour lui.

De plus, tout est fait pour affaiblir le sentiment d'égalité. Ce sentiment, on pourrait le traduire en deux formules. La première: «Il est normal que l'on paie une cotisation à une assurance obligatoire en proportion de son revenu, ou de la capacité économique du ménage.» La seconde: «Je peux gagner moins que mon directeur ou un conseiller d'Etat, mais je ne veux pas être soigné moins bien qu'eux.»

Toute la campagne d'individualisation des primes, la multiplication de ces dernières (70'000 différentes en Suisse!) et le mythe d'un patient transformé en client capable de trouver la bonne combine, en comparant en permanence les différentes primes des caisses, ont pour fonction de miner des attitudes solidaires, des oppositions déterminées aux marchands de soins.

4° Depuis les années 1970, la part des dépenses de santé financée par l'impôt a été

réduite considérablement: elle est passée de 39,5% en 1971 à 27,3% en 2004. Même l'Office fédéral de statistique (OFS) doit reconnaître que «la part de l'Etat se situe à la fin des années 1990 à un minimum historique». Or, les impôts directs, même s'ils sont progressifs, ne le sont plus pour les très hauts revenus et surtout ne concernent que très peu la fortune.

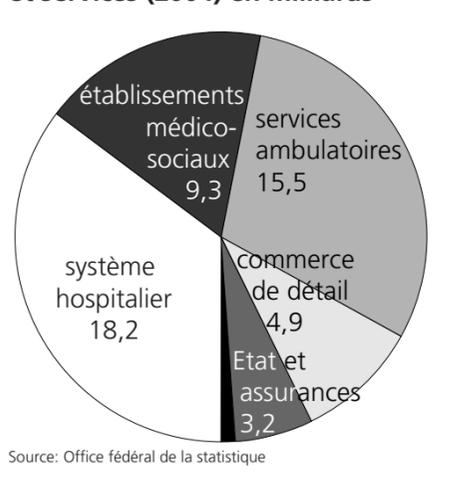
En conclusion: quand les grandes fortunes, les très hauts revenus, le capital, les employeurs ne participent pas ou très peu au financement des dépenses de santé, ces dernières compriment le budget des familles de salariés.

Or, la hausse des primes d'assurance n'est pas prise en compte dans le calcul de l'indice du coût de la vie. Ce qui se répercute sur ladite adaptation des salaires au renchérissement. La seule hausse des primes d'assurance maladie sur l'évolution du revenu dispo-

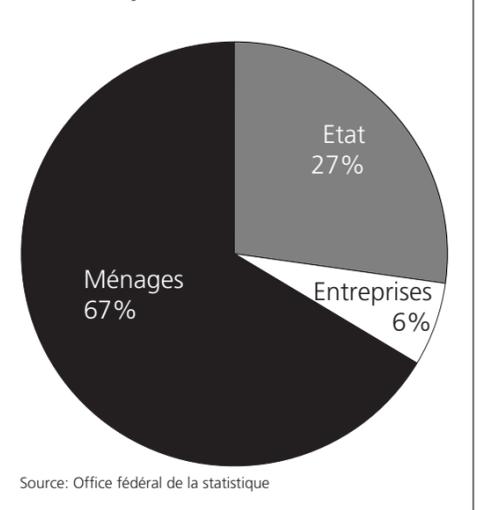
nible (ce qui reste après les dépenses obligatoires) le fait reculer d'année en année: -0,5% en 2002, -0,5% en 2003, -0,4% en 2004, -0,2% en 2005, -0,3% en 2006 (OFS).

L'opposition acharnée contre la caisse unique repose, en grande partie, sur le fait qu'elle remet un peu en question ce système construit contre la justice sociale la plus élémentaire. En effet, l'initiative pour une caisse unique et sociale ouvre la voie à des primes en rapport avec la capacité économique des ménages. Un principe rejeté par celles et ceux qui dirigent vraiment la Suisse.

Coûts du système de santé selon le fournisseur de biens et services (2004) en milliards



Le financement selon les agents économiques (2004)



Les riches... en bonne santé

Le débat sur l'initiative pour une caisse unique et sociale se concentre, afin d'éviter l'essentiel, sur le thème: «les classes moyennes vont-elles payer plus de primes?». Laissons de côté la définition de ce qu'est une «classe moyenne». Un cadre, ou qui se croyait tel, d'une banque ou d'une assurance, licencié à 55 ans, pourrait nous en parler avec plus d'intelligence que de nombreux sociologues, pour ne pas citer des journalistes.

Revenons donc des «classes moyennes» à la vraie classe dominante. C'est-à-dire celle qui détient de très importants capitaux, les place sur les marchés financiers, participe à des holdings servant à contrôler indirectement des réseaux de firmes industrielles ou de services. Il y a quelques décennies, ses membres ne pavanaient pas sur l'avant-scène. Aujourd'hui, ils le font à Davos ou lors des soirées cocktail haut de gamme de Zurich, Bâle ou Genève.

Un reflet de cette réalité sociale, économique et de pouvoir nous est fourni par le traditionnel mensuel *Bilan*, doré, du mois de décembre. Les 300 personnes les plus riches résidant en Suisse, en 2006, cumulent une fortune de 450 milliards de francs. De 2005 à 2006, cette fortune a augmenté de 55 milliards, soit autant que le total des frais de santé. Sur ces 300, 118 milliardaires se partagent l'essentiel du gâteau. Il serait préférable de débattre de cela que de noircir du papier à propos de la tarte à la crème

des primes comparées que paieront les classes moyennes, alors que le véritable modèle de primes pour une caisse unique n'existe pas.

L'Administration fédérale des contributions (AFC) vient de publier sa statistique pour 2003. Le résultat est aveuglant: 68,35% des contribuables (de 0 à 100'000 francs de fortune) détenaient le 5,57% de la fortune totale. Par contre, le 0,14% des contribuables disposant d'une fortune (déclarée!) de plus de 10 millions accaparent 19,73% de l'ensemble de la fortune. Le 3,73% des contribuables ayant une fortune de 1 million et plus concentre dans ses mains 54,11% du total de la fortune (déclarée!) en Suisse. Or, ici, la statistique ne tient pas compte de la valeur vénale (les prix du marché ont explosé ces dernières années) des immeubles, mais de leur valeur fiscale cantonale, très inférieure.

Lorsque l'on parle du pays le plus riche au monde (la Suisse), il serait logique, pour ne pas dire tout à fait normal, d'établir un lien entre la fortune accumulée – en dernière instance grâce à la richesse produite par le travail de salarié-e-s, à l'échelle nationale et internationale – et le financement de dépenses sociales, au plan national et aussi international, entre autres dans le domaine de la santé. Cela relèverait d'une simple redistribution de la richesse, mesure tout honnêtement réformiste.

Le droit de «coûter cher»

Selon l'histoire personnelle et le métier exercé, à 75 ans, on peut être encore très jeune et être capable de se soigner. Au même âge, on peut être dépendant et avoir besoin d'une kinésithérapeute et d'une pédicure-podologue. Cette dernière «catégorie» de personnes est qualifiée, scandaleusement, comme «coûtant cher». Or, elles ont tout à fait raison de prendre des traitements contre l'hypertension artérielle, des antalgiques pour diminuer la douleur de l'arthrose, etc.

Au grand âge, l'excès thérapeutique peut être condamnable. Mais l'insuffisance thérapeutique peut l'être tout autant. Une grande partie des personnes fort âgées meurt à l'hôpital. Elles ont le droit d'avoir les soins les meilleurs. Pour cela, il faut assez de soignant-e-s, formés, bien rémunérés. Le confort physique et moral des personnes en fin de vie est un droit.

Lesdits économistes de la santé qui envisagent l'hôpital comme une entreprise et le per-

sonnel soignant comme des machines à distribuer des soins de manière plus productive sont des mercenaires des caisses. En fin de vie, la technique s'efface et la relation entre soignants et malades âgés devient encore plus essentielle. Il s'agit d'assurer une fin de vie digne et sans douleur.

Face aux «coûts» de la vieillesse, «la cinquantaine est un moment clé pour prévenir les maladies du grand âge» (Oliver Saint-Jean, responsable de la gériatrie à l'Hôpital Georges-Pompidou, *Libération*, 9.2.2007). Dès lors, trois pratiques sont déterminantes: 1° vivre des interactions sociales riches le plus longtemps possible; 2° pratiquer une activité sportive et physique régulière; 3° avoir une alimentation saine et variée. «Ces trois facteurs expliquent assez bien les inégalités qui opposent la vieillesse des riches et des pauvres.» (O. Saint-Jean).

Oui aux droits démocratiques et sociaux des usagers

Les opposants à l'initiative pour une caisse unique et sociale tirent à boulets noirs contre le droit des soignants et des patients de participer à la gestion tripartite du nouvel organisme. Le patron de droit divin reste une valeur cultivée dans «la plus vieille démocratie du monde», au même titre où l'était le mâle helvétique avant l'acquisition du droit de vote des femmes... en 1971.

En direction d'un pouvoir absolu des caisses

Le bulletin Patrons du Centre patronal (Vaudois) écrit: «La nouvelle caisse comprendrait deux organes: un conseil d'administration et un conseil de surveillance, comprenant chacun un nombre égal de représentants des pouvoirs publics, des fournisseurs de prestations et des organisations de défense des assurés. Cette gestion tripartite menée par des acteurs ayant des intérêts divergents est annonciatrice de difficultés remarquables du point de vue de la direction» (janvier 2007).

Que dire alors du succès de la direction unifiée, réunissant l'élite suisse, qui a mis Swissair à terre? Que dire des princes patrons de l'horlogerie suisse - d'Omega à Tissot en passant par Zénith - qui ont mené à la débâcle cette branche, début des années 1980? Que dire de la direction patricienne bernoise de la Banque Populaire Suisse (BPS) sauvée in extremis par le Credit Suisse?

Que dire de la direction centralisée et militaire du groupe genevois Tavano (machines à coudre Elna et production subventionnée à 100% pour l'armée) qui a mis l'entreprise en faillite? Et on pourrait continuer à égrener les exemples.

Le Centre patronal (Vaudois) ne surprend pas grand monde. Par contre, des lecteurs et lectrices ont pu être étonnés de l'éditorial du *Temps* - «Quotidien suisse édité à Genève» - en date du 12 février 2007. Jean-Jacques Roth, à boulets rouges, tire sur l'initiative: «Son vice principal est plutôt dans son mode de gestion, délégué aux représentants des cantons, des assurés et des médecins. Si c'est ainsi qu'on entend contenir la hausse des coûts de la santé, autant confier la caserne de pompiers à un club de pyromanes!»

Le directeur et rédacteur en chef du *Temps* est certainement au courant du montant des annonces publicitaires des divers opposants à l'initiative caisse unique dans le budget du *Temps*. Mais à coup sûr, il est incapable de décrypter un modèle économétrique visant à établir la liaison entre «l'offre et la demande» dans le domaine de la santé. N'attribuons donc pas cette tâche à un libelliste, à un propagandiste.

Toutefois, Roth possède une certitude: il faut «réduire les coûts»! Et pour cela, laisser la haute main sur les affaires à ceux qui s'y connaissent: les dirigeants des caisses, leurs experts, le département de Couchepin, le lobby de la pharma, les assurances, etc.

J.-J. Roth n'a certainement pas oublié - en termes d'annonces publicitaires - qu'une population vivant plus longtemps va exprimer des besoins de retraites (caisses de pension, 3^e pilier avec ses gérants de fortune) et de soins.

Le patient partenaire et le citoyen et la citoyenne actifs

Les objections au système tripartite méritent au moins quatre réponses.

1° Le corps médical, le personnel soignant, les professions paramédicales savent que la participation active du patient est un élément très important pour sa guérison. Les patients doivent être des partenaires. Cela d'autant plus lors d'affections chroniques où les soignants doivent composer avec les stratégies de chaque patient et le traitement prescrit. C'est ce que Hans Stalder, le patron de la Polyclinique de médecine de Genève, expliquait fort bien dans *Le Temps* du 23 janvier 2007.

2° Cette participation active et ce partenariat doivent pouvoir se prolonger dans l'organisation et le contrôle du système de santé. Cela dans un but prio-

ritaire: permettre aux besoins de santé de toutes et tous de trouver leur expression sous la forme de droits sociaux. C'est le point de départ pour déterminer les ressources nécessaires, leur disponibilité dans la société et leur allocation pour une vraie politique de santé publique.

3° La possibilité pour les patients et les soignants de disposer d'un certain droit de regard et de contrôle relève d'un principe démocratique élémentaire. Encore plus, lorsque l'opacité de la gestion des caisses maladie et du système de santé est largement reconnue.

Le patron du Groupe Mutuel, Pierre-Marcel Revaz, considère que l'exigence de transparence des comptes est «une curiosité mal intentionnée qui viole la sphère privée des assurés» (*Le Temps*, 20.1.2007). Il fait référence à un jugement du Tribunal fédéral des assurances (TFA), datant du 4 décembre 2006. Ce dernier oblige les compagnies affiliées au Groupe Mutuel et l'organe faïtier de ce groupe de «livrer leur comptabilité à la justice, et celle-ci exige aussi les livres de compte de l'organisme qui les fédère» (24 heures, 12.1.2007).

Autrement dit, les juges du TFA considèrent qu'ils sont dans l'incapacité de savoir comment le Groupe Mutuel facture ses prestations et prélève des cotisations aux 14 caisses affiliées. Quel est le montant des frais administratifs? Comment se répartit-il sur les primes? Sont-ils facturés 14 fois? Si tout est géré de la même façon, pourquoi des primes différentes?

Ces seules interrogations démontrent pourquoi Revaz n'aime pas la curiosité des assurés. Et pourquoi le porte-parole du Groupe Mutuel et de Santésuisse (organe fédérateur des caisses), Yves Seydoux, affirme à propos de l'affaire invoquée: «Le secret des affaires reste garanti... En aucun

cas un accès illimité aux comptes n'est assuré.» (24 heures, 12.1.2007)

4° Même l'OCDE dans son rapport de 2006 sur le système de santé en Suisse reconnaît l'opacité des comptes. L'économétriste de l'UNIL, le professeur Alberto Holly, doit de plus concéder: «Les experts [de l'OCDE] insistent sur une autre mal helvétique: l'insuffisance de données statistiques permettant un monitoring adéquat.» (*Le Temps*, 19.10.2006)

A la lumière de tels constats, des déclarations des dirigeants du Groupe Mutuel, du jugement du TFA, il est aisé de comprendre les raisons d'une opposition virulente à un banal organe tripartite. Il est vrai qu'en Suisse, une fois passé le seuil de l'usine, les droits démocratiques disparaissent et que «le secret des affaires» est fait d'un béton moins friable que celui du Réduit national du général Guisan.

Les usagers doivent s'organiser

Une raison de plus pour voter Oui à l'initiative pour une caisse unique et sociale. Et, après le 11 mars 2007, mettre en place un organisme fédérateur des usagers. N'oublions pas que c'est à l'occasion de la première initiative pour le droit au logement, en 1971, que les locataires ont commencé à s'organiser et ont créé l'Asloca (Association suisse des locataires). Ainsi, ils ont pu faire avancer un peu leurs revendications.

Dans la longue bataille pour le droit à un accès égalitaire à des soins de qualité, l'organisation des usagers, en lien avec les soignants, est une pierre angulaire afin de concrétiser des droits sociaux et démocratiques dont la nécessité est largement ressentie.

La mode des réseaux

L'efficacité est aujourd'hui un maître mot. Un peu comme la transparence... opaque. Il faudrait que les caisses maladie constituent des réseaux qui s'étendent du médecin généraliste au centre de réhabilitation, en passant par l'hôpital. En fait se constitueront quelques dizaines de réseaux. Comme l'exemple des Etats-Unis nous le démontre, chacun cherchera à se protéger, défendra son indépendance et jouera la concurrence, toujours afin d'attraper les meilleurs risques et de réduire les coûts dans le but de dégager une marge de rentabilité.

L'examen des coûts suscités par la construction d'infrastructures parallèles, par une politique publicitaire massive et semi-trompeuse, par le manque d'informations mutuelles, par l'absence de toute clarté sur les transferts de charges au sein du réseau et donc sur les primes aboutit à mettre en question cette idée qui séduit à première vue.

Les études indépendantes les plus sérieuses (dans l'International Journal of Health Services) démontrent, en pratique, que ces réseaux ont une efficacité douteuse. Prioritairement, ils réduisent les prestations aux assurés.

CONFÉRENCE-DÉBAT

Avant le vote du 11 mars pour la «Caisse unique et sociale»

Conférence-débat avec Tobias Michel

Délégué du personnel de l'hôpital privé Alfried Krupp à Essen (Rhénanie-du-Nord-Westphalie); membre de la présidence du syndicat VerDi (syndicat allemand des services); et militant d'attac.

«Dommage, mais votre maladie ne vaut pas la peine pour nous!»

«Les hôpitaux et caisses maladie se préoccupent-ils de notre argent ou de notre santé?»

Mercredi 21 février 2007, à 20 heures
Buffet de la gare de Lausanne, Grand Salon, 2^e étage

Organisé par le MPS et le journal *La brèche*

CONTACTS

La brèche

www.labreche.ch • www.alencontre.org
redaction@labreche.ch • abonnement@labreche.ch
case postale, 1000 Lausanne 20 • CCP 17-247469-2
Tél. +41 21 625 70 63 • Fax +41 21 625 70 64

La brèche est éditée par le Mouvement pour le socialisme (MPS). Tous les articles n'expriment pas nécessairement le point de vue du MPS.

Prendre contact avec le MPS:

MPS, CP 209, 1211 Genève 4, mps-ge@bluewin.ch
MPS, CP 120, 1000 Lausanne 20, vaud@mps-bfs.ch
BFS, Pf 2002, 4001 Bâle, bfs-bs@bluewin.ch
BFS, Pf 129, 3000 Berne 23, bfs-be@bluewin.ch
BFS, Pf 8707, 8036 Zurich, info@bfs-zh.ch

PUBLICATIONS

Je suis intéressé·e à m'abonner à:

La brèche La Revue trimestrielle La brèche Les cahiers La brèche

Cochez ce qui convient. Une proposition d'abonnement correspondant à votre choix (soit les 3 publications ensemble, soit *La brèche* + la revue, soit *La brèche* + les cahiers, soit la revue + les cahiers, soit une seule) vous parviendra.

Nom: Prénom:

Rue et numéro:

NPA et localité: Pays:

Tél: Adresse mail: