

Suisse

La santé publique comme laboratoire du néolibéralisme

Peter STRECKEISEN *

En 2009, l'économiste américain Paul Krugman publie une tribune dans le *New York Times* portant le titre ironique « La menace suisse ¹ ». Dans ce texte, qui fait référence aux débats sur les projets du Président Obama en matière d'assurance maladie, Krugman explique que le *Obamacare* ne va conduire les États-Unis ni au socialisme, ni à l'étatisation du système de santé, mais vers le modèle suisse de santé publique. Il illustre son argumentation à l'aide d'une typologie selon laquelle trois types de systèmes de santé existent dans le monde occidental. Dans le premier modèle, représenté par le National Health Service britannique, l'État gère lui-même les établissements de santé et emploie les médecins individuels. Dans le deuxième cas, comme au Canada et en France, l'État délègue souvent la prestation de services à des fournisseurs privés mais paie les factures. Dans le troisième type de pays, représen-

té par la Suisse, le système de régulations et de subventions étatiques permet à toute la population d'être assurée, mais l'État ne prend en charge qu'une partie limitée des frais : les assurés paient une bonne partie des factures eux-mêmes. Pour cette raison, en Suisse, les versements directs pour les soins de santé représentent une part élevée dans la consommation finale des ménages (tableau 1).

La tribune de Krugman est intéressante parce qu'elle met le doigt sur cette caractéristique fondamentale de l'assurance maladie helvétique qui apparaît comme un grand paradoxe au premier abord : toute la population est assurée ², car l'assurance est obligatoire depuis le milieu des années 1990, mais les assurés portent eux-mêmes la plus grande partie des coûts. Or, cet article défend l'idée que le paradoxe n'est qu'apparent. En effet, s'il considère le système de santé comme un laboratoire du néolibéralisme, la

* Sociologue, Université de Bâle.

1. Paul Krugman, « The Swiss Menace », *The New York Times*, August 17th 2009, http://www.nytimes.com/2009/08/17/opinion/17krugman.html?_r=0.

2. Pourtant, ces dernières années, l'existence de personnes non assurées fait périodiquement surface dans les médias et la question est posée si les médecins et les hôpitaux sont obligés de les soigner. Il s'agit dans la grande majorité des cas de personnes qui disent ne pas être en mesure de payer les primes d'assurance, ces dernières ayant fortement augmenté depuis l'introduction de l'assurance obligatoire.

Tableau 1. Dépenses de santé en comparaison internationale

	Suisse	France	Allemagne	Royaume-Uni	États-Unis
En pourcentage du PIB (2009)	11,4 %	11,8 %	11,6 %	9,8 %	17,4 %
Croissance annuelle (1999-2009)	2,0 %	2,2 %	2,2 %	4,9 %	3,4 %
Par personne (francs suisses, 2010)	7 993	6 027	6 580	5 207	12 481
Part des versements directs pour les soins de santé dans la consommation finale des ménages	6,2 %	1,8 %	2,0 %	1,2 %	3,0 %

Sources : Examens de l'OCDE des systèmes de santé, Suisse (2006, 2011) ; Statistique de poche de l'assurance maladie et accidents, OFSP (2012).

coexistence d'une assurance obligatoire et d'une participation étatique faible au financement s'explique aisément. Cette contribution retracera donc l'histoire de l'assurance maladie helvétique et la genèse d'un « État social privé », à savoir d'un régime de politique publique reposant de manière décisive sur l'activité et les intérêts d'acteurs privés. Elle analysera ensuite comment ce régime, d'une part, amène l'individu à gérer ses propres risques en matière de santé, et d'autre part, contribue à créer un marché de la santé. Enfin, le rôle que pourront à l'avenir tenir les caisses maladie dans la santé publique suisse sera soumis à réflexion.

La variante suisse du néolibéralisme

« Le néolibéralisme » est une notion politique et polémique. Les usages de cette expression ne servent pas toujours au mieux l'intention critique de ceux qui l'utilisent. Le plus souvent, le néolibéralisme est associé au retrait de l'État de la sphère économique et au démantèlement social. Cette manière de voir les choses présente le désavantage de prendre des manifestations concrètes pour la ratio-

nalité de base d'un programme politique pour lequel privatisations ou coupes budgétaires ne sont que des mesures parmi d'autres, qu'il s'agit de choisir en fonction de la situation chaque fois spécifique à laquelle fait face un gouvernement. Si je parle ici de néolibéralisme, je me réfère à la façon dont Foucault a traité du problème dans son cours au Collège de France de 1978 et 1979 (Foucault, 2004). En se demandant ce qui est nouveau (« néo- ») en comparaison avec la tradition du libéralisme politique occidental, il insiste sur deux aspects. D'une part, les pères fondateurs du néolibéralisme abandonnent l'idée d'un naturalisme du marché : ils laissent tomber le fameux principe du « laissez faire » et propagent la nécessité de créer un cadre institutionnel dans lequel la concurrence peut s'épanouir. D'autre part, le programme néolibéral vise à favoriser l'existence de sujets « à l'esprit d'entrepreneur », c'est-à-dire à stimuler des processus de « subjectivation » en fonction desquels les acteurs individuels et collectifs se perçoivent eux-mêmes comme des entreprises qui investissent dans l'augmentation de leur capital, en premier lieu de leur « capital humain ». Tout cela présuppose que l'État

se fasse le garant d'une « liberté d'entreprise » liée à la menace permanente de perdre ce que l'on a gagné « sur le marché ».

L'analyse de Foucault se consacre surtout à déchiffrer les variantes allemande et américaine du néolibéralisme. En Suisse, le néolibéralisme allemand (« l'ordolibéralisme ») exerce depuis longtemps une grande influence sur les élites politiques et économiques¹. Le néolibéralisme américain y a gagné du terrain plus récemment avec l'internationalisation des directions des grands groupes économiques et la « Nouvelle Gestion Publique » (New Public Management) dans les administrations étatiques. Mais les observations de ce genre restent abstraites aussi longtemps que l'histoire politique d'un pays et les configurations spécifiques de « son État » ne sont pas prises en considération. Il semble qu'un pays comme la Suisse, avec une longue tradition libérale en matière de politiques économique et sociale et un fédéralisme marqué, a toutes les chances de voir se développer une variante du néolibéralisme qui correspond très peu à l'image de sens commun évoquée plus haut. La santé publique, par exemple, est un secteur dans lequel un programme néolibéral ne conduit pas au retrait de l'État, mais à une régulation étatique plus étendue et plus systématique.

Dans un pays à l'État social « très privé » depuis toujours, ce n'est pas forcément la privatisation des institutions publiques ni la réduction des dépenses sociales qui se trouve au centre de la

politique néolibérale. De ce point de vue, le présent article se situe dans une tout autre perspective que la plupart des politologues helvétiques. Par exemple, d'après Moser (2008), la Suisse fait exception durant le dernier quart du XX^e siècle en restant à l'abri de l'hégémonie néolibérale et en se muant tardivement en État social. L'introduction d'une assurance maladie obligatoire au milieu des années 1990 figure comme élément principal de l'expansion de l'État social. Mais à y regarder de plus près, l'opposition entre « expansion » et « démantèlement social » laisse apparaître une grille de lecture qui ne permet pas de saisir ce qui s'est passé durant cette période². En effet, la question se pose : quelle est la signification politique de la mise en place d'une assurance obligatoire dans un secteur dans lequel plus de 99 % de la population est déjà assurée³ ?

Histoire de l'assurance maladie : la genèse d'un État social privé

Nous devons à Leimgruber (2008) un excellent livre sur l'histoire des caisses de pension et de la prévoyance vieillesse privée en Suisse. En revanche, une histoire critique des caisses maladie reste à écrire. En l'absence d'un tel travail, nous pouvons néanmoins partir de l'hypothèse que les deux histoires présentent une analogie. Dans le cas de la prévoyance vieillesse comme de l'assurance maladie, le développement des acteurs privés ne précède pas seulement l'intervention éta-

1. Il suffit de lire de temps à autre la *Neue Zürcher Zeitung*, le principal quotidien de la bourgeoisie suisse alémanique, pour s'en apercevoir.

2. Cela vaut aussi pour les autres secteurs mentionnés. Pour une discussion concernant la prévoyance vieillesse, voir Streckeisen (2008) ; sur le chômage, voir Streckeisen (2009).

3. La part des personnes assurées contre les risques de maladie est passée de 94 % de la population en 1975 à 99,3 % en 1988 (Frei, Hill, 1990:69).

tique, mais en trace le chemin de façon déterminante. Leimgruber insiste sur le fait que l'histoire de la prévoyance vieillesse ne commence pas en 1948, quand l'assurance publique (AVS) voit le jour, mais bien avant, avec la création des assurances privées et la naissance des caisses de pension. Il montre que l'AVS est « taillée sur mesure » par et pour les institutions privées de prévoyance : il ne s'agit pas de les remplacer, mais d'installer un partage de travail entre assurance publique et acteurs privés et de diffuser un « sens de l'assurance » dans la population, c'est-à-dire une conscience de la nécessité de s'assurer contre les risques liés à l'âge. Pour répondre à ces objectifs, l'assurance publique ne doit offrir que des rentes modestes qui ne garantissent pas, à elles seules, un niveau de vie respectable. Mais dans le domaine de l'assurance maladie, une institution étatique comme l'AVS n'a même pas vu le jour. Lorsque le gouvernement décide au milieu des années 1990 de rendre obligatoire l'assurance maladie, il fait reposer cette « nouvelle assurance sociale » sur un système de caisses maladie subventionnées par l'État qui existe depuis des décennies. Certes, la nouvelle loi apporte des modifications comme l'interdiction aux caisses de fixer des primes d'assurance différenciées selon le sexe et l'âge (sauf pour les enfants). Mais, en réalité, il s'agit d'ajuster un régime de politique publique préexistant au lieu de créer une « nouvelle assurance sociale ». Et l'instauration de cette assurance obligatoire ne fait pas augmenter la contribution relative de l'État au financement des coûts de santé : entre 1988 et 2010, la part étatique recule même légèrement en passant de 33 % à 31,8 % (Frei, Hill, 1990:81 ; Office fédéral de la statistique, 2012:92).

Le débat sur une assurance maladie obligatoire a connu une longue histoire en

Suisse. Elle est racontée, du point de vue des caisses maladie, par Schurtenberger (1991) dans un livre publié à l'occasion du centenaire du Concordat des Caisses maladie suisses. Inspiré par les premières assurances sociales en Allemagne et en Autriche, le gouvernement propose à la fin du XIX^e siècle une assurance maladie et accidents obligatoire pour tous les salariés qui gagnent moins de 5000 francs par an ; comme dans les pays voisins, l'assurance est donc conçue avant tout pour les ouvriers. Cette loi, appelée « Lex Forrer » (du nom du Conseiller fédéral responsable de son élaboration), est rejetée en 1900 en votation populaire. Le Concordat des Caisses maladie ne l'avait soutenue que du bout des lèvres, car la loi aurait accordé trop d'importance à des caisses publiques au lieu de « construire sur la base de ce qui avait grandi historiquement [notre traduction] », à savoir les caisses maladie privées (Schurtenberger, 1991:18). Déjà à la fin du XIX^e siècle, les caisses maladies précèdent et influencent donc l'intervention étatique. Suite à l'échec de la « Lex Forrer », le gouvernement élabore un projet d'assurance accidents obligatoire (avec la création d'une institution publique d'assurance, la Suva) et d'assurance maladie facultative. Cette loi entre en vigueur à la fin de la Première Guerre mondiale et l'État commence à subventionner les caisses maladie. L'Office fédéral des Assurances sociales est créé afin de surveiller les nouveaux régimes d'assurance.

Au cours du XX^e siècle, plusieurs tentatives d'introduire une assurance maladie obligatoire échouent. Ce n'est qu'au milieu des années 1990 que cet objectif est atteint, alors que presque toute la population est déjà assurée. Si un jour une histoire critique des caisses maladie voit le jour, elle devra répondre aux questions suivantes. Comment cette couverture

d'assurance a pu être atteinte sans obligation d'assurance ? Quel rôle les caisses maladie ont-elles joué par rapport aux projets échoués ? Et comment les caisses se sont transformées initialement d'institutions à caractère d'entraide et de solidarité en entreprises orientées vers le profit ? Car au XIX^e siècle, les caisses étaient créées par des associations d'artisans, des organisations du mouvement ouvrier ou des associations religieuses ; en plus de cela, il existait déjà tôt des caisses publiques locales et régionales. Une partie de la réponse à cette question doit être recherchée dans un processus impressionnant de fusions : alors qu'en 1960, on dénombre encore 1088 caisses maladie avec 4,4 millions d'assurés, en 2000 il n'en existe plus que 110 pour 7,6 millions d'assurés (Degen, 2011). Cette transformation des caisses maladie en entreprises doit être considérée comme un élément clé du néolibéralisme.

Financement de l'assurance et responsabilisation de l'individu

Malgré l'instauration d'une assurance obligatoire, les ménages privés prennent en charge plus de 60 % des coûts de santé, par des paiements directs et les primes d'assurance. Le tableau 2 montre qu'en Suisse la part des versements directs des

ménages est deux fois plus élevée qu'en Allemagne et aux États-Unis, et trois fois plus élevée qu'en France. Le rôle de l'État comme source de financement tient au fait que les hôpitaux sont à moitié financés directement par les cantons. Derrière la notion de « Sécurité sociale » (ou « assurance sociale » selon la terminologie helvétique) se cache un financement peu solidaire : les primes d'assurance sont forfaitaires, sans rapport avec le revenu des assurés. Elles varient de manière importante entre les régions d'assurance (fédéralisme oblige) et les caisses. Les primes ont fortement augmenté ces dernières années et beaucoup de ménages sont en difficulté pour les payer (tableau 3). Dans ce cas, et en démontrant leur « besoin », les ménages peuvent toucher des subsides ; à peu près 30 % des assurés reçoivent une aide étatique à la réduction des primes actuellement.

En décrivant le financement de l'assurance maladie obligatoire, on a l'impression d'être en présence d'un protocole expérimental visant à découvrir comment les êtres humains se comportent s'ils sont appelés à s'assurer selon des règles qui laissent une certaine « liberté de choix » faisant reposer la responsabilité des conséquences du choix sur l'individu. La part des paiements directs des assurés est très élevée pour trois raisons. En premier

Tableau 2. Dépenses de santé par source de financement (2010)

En %

	Suisse	France	Allemagne	États-Unis
État	18,9	3,9	6,7	5,8
Sécurité sociale	46,3	73,7	70,5	43,3
Assurance privée	8,6	14,2	9,6	34,7
Versements directs des ménages	25,1	7,6	12,4	12,3

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

lieu, il existe une participation générale aux frais de 10 % pour la plupart des dépenses directes « causées » par les assurés. Ensuite, le régime prévoit une franchise annuelle, c'est-à-dire un montant de dépenses qui doit être atteint avant que la caisse maladie ne prenne en charge des frais. Les assurés choisissent un montant entre 300 et 2 500 francs¹ par an ; si la franchise est élevée, la prime est réduite (et vice versa). Enfin, comme l'assurance de base obligatoire exclut certaines dépenses – par exemple pour les soins dentaires ou les lunettes –, les assurés sont appelés à décider s'ils veulent conclure des assurances complémentaires (elles sont offertes par les mêmes caisses).

Participation aux frais, franchise à choix et assurance complémentaire : ce sont les paramètres appelant les assurés à éviter les dépenses « superflues » et à optimiser leur rapport individuel entre dépenses d'assurance et risques de santé anticipés. Dans ce cadre, il arrive assez souvent qu'un assuré soit confronté à des dépenses importantes et que la caisse en question ne prenne rien en charge parce qu'il avait choisi une franchise élevée et/ou ne disposait pas d'une assurance complémentaire. En même temps, fran-

chise et assurance complémentaire sont des instruments permettant aux caisses d'élaborer des offres différenciées pour s'imposer dans les divers segments de marché, notamment en poursuivant une « chasse aux bon risques », c'est-à-dire en essayant de gagner des assurés jeunes et en bonne santé. Il est certain, mais difficile à prouver avec les données disponibles, que ce régime reproduit de mille manières les inégalités sociales devant la santé – en premier lieu entre les assurés qui peuvent se permettre le risque de devoir payer eux-mêmes des dépenses assez élevées, au cas où ils auraient mal anticipé leurs risques de santé, et les autres. Ou prenons les inégalités entre les sexes : alors que les caisses maladie n'ont plus le droit de différencier les primes selon le sexe, les femmes ont une participation aux frais plus élevée, parce qu'elles « causent » davantage de coûts, et choisissent moins souvent des franchises élevées (Office fédéral de la santé publique, 2009:88, 207), ce qui fait qu'elles ont tout de même en moyenne des primes plus élevées à payer.

Sur la base de l'analyse proposée, il est possible de reconsidérer la signification politique du discours sur

Tableau 3. Charge moyenne des primes d'assurance maladie *

En %

	1998	2002	2007
Retraité vivant seul	5,7	7,8	9,1
Ménage monoparental à faible revenu ayant deux jeunes enfants	3,5	5,9	7,0
Famille avec quatre enfants		7,7	8,5
Famille appartenant à la classe moyenne ayant deux enfants	7,6	8,2	9,8
Famille avec un jeune adulte et un enfant			10,7

* Prime effective en pourcentage du revenu disponible, après versement des aides à la réduction des primes, pour cinq types de ménages.

Source : Examens de l'OCDE des systèmes de santé, Suisse (2011).

1. Soit entre 243 et 2 025 euros.

« l'explosion des coûts » : plus de 30 ans après la première « Conférence nationale pour faire des économies dans le système de santé » en 1982, l'image prévaut que toutes les mesures auraient échoué. Mais peut-être ce discours – accompagné de campagnes incitant la population à faire du sport, à manger des produits bons pour la santé, à arrêter de fumer, etc. – vise-t-il avant tout à éduquer les assurés dans l'esprit du néolibéralisme : il s'agit de produire des sujets qui investissent dans leur « capital de santé » et font preuve de « sens de l'assurance », en sachant assumer leur responsabilité individuelle en matière de santé sans oublier leurs proches qui, en cas de « mauvais calcul », seraient appelés à en porter des conséquences. Car l'insistance avec laquelle les acteurs politiques dramatisent en permanence « l'explosion des coûts » alors que l'État ne prend en charge même pas un tiers des coûts de santé en Suisse ne s'explique pas uniquement par des raisons financières.

La création du marché : hôpitaux et médecins

Selon l'article bien connu de Robbins (1932), la science économique se définit comme une science qui étudie le comportement rationnel des individus agissant dans une situation de rareté et d'usages alternatifs possibles des ressources. Si le néolibéralisme vise à soumettre tous les secteurs de l'activité étatique et privée aux instruments de la science écono-

mique, l'économie de la santé doit créer des situations de rareté de ce type. C'est ce que l'on peut appeler la création du marché. Dans le cas de la santé publique suisse, il est instructif de comparer deux domaines dans lesquels « créer un marché » ne signifie pas la même chose : les hôpitaux et les médecins.

Le secteur hospitalier

Dans le secteur hospitalier, notamment des soins de base, se trouve la plus forte concentration d'institutions étatiques du système de santé suisse. Même si le nombre de cliniques privées est considérable, les plus grands établissements sont publics¹. Dans ce secteur, la création du marché depuis les années 1990 a procédé en trois étapes. D'abord, les gouvernements des cantons étaient chargés d'établir des listes hospitalières afin de définir les besoins médicaux et les établissements reconnus sur leur territoire. Ce processus avait notamment deux objectifs : il s'agissait de mettre sur un pied d'égalité les établissements publics et privés (alors que jusqu'ici les cantons étaient en droit de traiter de manière privilégiée leurs propres hôpitaux) et d'éliminer les établissements et les prestations dites « superflues ». Entre 1998 et 2011, le nombre d'hôpitaux a donc diminué (de 378 à 300), tout comme le nombre de lits d'hôpital (de 45 959 à 38 533), alors que les « cas » traités étaient en augmentation (de 1 250 555 à 1 349 419) et la durée moyenne de séjour à l'hôpital en recul (de 13,7 à 9,5 jours)². Il s'agit donc d'une forte augmentation de la « productivité » des hôpitaux.

1. Il s'agit des hôpitaux universitaires de Zurich, Berne, Genève, Bâle et Lausanne et des centres hospitaliers des cantons de St-Gall, Lucerne, Tessin, Soleure et Valais. Sur 283 établissements recensés en 2011, 29 % étaient des hôpitaux publics de soins de base, 33 % des cliniques privées spécialisées, 25 % des cliniques publiques spécialisées et 13 % des hôpitaux privés de soins de base (Office fédérale de la statistique, 2013:2).

2. Toutes les données sont reprises du site de l'Office fédérale de la statistique (statistique des hôpitaux).

Par la suite, les hôpitaux publics ont été détachés des administrations cantonales pour devenir des sujets de droit autonomes, et les principes de la « Nouvelle Gestion Publique » ont été introduits afin de faire fonctionner ces établissements comme des entreprises. Pour finir, le financement des hôpitaux a été modifié : alors que jusqu'ici les établissements publics travaillaient avec des budgets « historiques », le nouveau système de financement aux forfaits par cas (DRG) les a contraints à une planification prospective des nombres et types de cas et a incité les hôpitaux à optimiser le rapport entre coûts et bénéfices. Dans ce cadre, les cantons paient 55 % du financement des établissements et les caisses maladie 45 %. Les cliniques privées sont traitées comme les hôpitaux privés pour autant qu'elles figurent sur une liste hospitalière. Ce régime est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2012 et il est trop tôt pour en mesurer les effets. Mais la clinique « La Providence » (canton de Neuchâtel) est souvent citée à titre d'exemple : l'établissement a été repris par le groupe privé Genolier qui refuse d'appliquer la convention collective de travail (CCT). Le personnel s'est mis en grève, mais sans succès¹.

Les médecins

Les médecins représentent, à côté des caisses maladie, le deuxième acteur privé ayant une grande influence sur l'évolution du système de santé suisse. Les médecins de famille comme les spécialistes exercent leur profession comme « entrepreneurs individuels » et manifestent majoritairement des orientations politiques libérales. De ce point de vue, l'élection d'un membre du Parti socialiste, Jacques de Haller, à la tête de l'association des

médecins suisses FMH, de 2004 à 2012, était aussi l'expression d'un mécontentement à l'égard de la politique de santé publique et notamment de l'influence grandissante des caisses maladie et du primat des considérations économiques. Au printemps 2006, on a même vu défiler 10 000 « blouses blanches » devant le Palais fédéral de Berne – du jamais vu en Suisse ! Selon la logique du laboratoire néolibéral, il y aurait trop de médecins et les assurés iraient trop souvent consulter leur médecin, prétendument parce que l'assurance maladie oblige les caisses à reconnaître tous les médecins établis comme fournisseurs décidant librement des prestations médicales à effectuer. Il faudrait abolir « l'obligation de contracter » entre caisses et médecins, pour que chaque caisse choisisse un nombre limité de médecins dont elle rembourserait les frais. Pour les assurés, cela signifierait la perte du libre choix de leur médecin.

Pour l'heure, les caisses maladie n'ont pas réussi à imposer cet objectif. Mais le gouvernement a limité le nombre de places d'étude dans les facultés de médecine dès 1998 et interdit l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux dès 2002. Ces mesures « antilibérales » ont été prises faute de mieux dans une situation où le fonctionnement du marché était jugé défaillant ; elles s'avèrent inopérantes au moment où les hôpitaux ne fonctionnent plus sans un afflux croissant de médecins étrangers et qu'une pénurie de médecins de famille pointe à l'horizon. Une mesure plus conforme à l'esprit du néolibéralisme était élaborée par la suite, mais sans succès : le « *managed care* », c'est-à-dire la promotion de réseaux de soins intégrés, a été refusé massivement en votation populaire le 17 juin 2012. Ce projet pré-

1. Voir l'article dans *Le Courrier* du 16 février 2013 : « La Providence tombe dans l'escarcelle de Genolier ».

voyait d'inciter les assurés à opter pour un réseau de ce type en introduisant une différenciation du niveau de participation aux frais au détriment des assurés qui resteraient dans le modèle du médecin de famille individuel. L'affiliation à un modèle de « *managed care* » aurait par exemple privé les assurés de la possibilité de s'adresser directement à un médecin spécialiste. Il s'agissait aussi d'inciter les médecins à former des réseaux intégrés avec responsabilité budgétaire, obéissant à une logique de rentabilité financière.

Le rôle des caisses maladie au centre des débats

Depuis l'introduction de l'assurance obligatoire au milieu des années 1990, la santé publique suisse est un chantier permanent. En même temps, le débat politique à l'air de tourner en rond. Quand on lit le rapport final du premier programme de recherche national sur le système de santé, réalisé entre 1980 et 1985 (Sommer, Gutzwiller, 1986), on constate que les questions débattues aujourd'hui étaient déjà à l'ordre du jour il y a 30 ans. Ce programme marque le début de la promotion systématique, par l'État, d'une approche économique du système de santé. Ses protagonistes ont mis en place les paramètres avec lesquels le « laboratoire du néolibéralisme » expérimente encore aujourd'hui. La réorganisation néolibérale du système de santé suisse conduit à accroître le pouvoir des caisses maladie privées. Si les caisses ont déjà joué un rôle politique important il y a plus d'un siècle, lors de la votation sur la « Lex Forrer », le problème est aujourd'hui posé de manière aiguë. Dans le secteur hospitalier, le nouveau régime de financement offre un instrument puissant aux caisses pour exercer leur contrôle ; un conflit virulent

a éclaté concernant les informations sur les assurés que les hôpitaux sont obligés de transmettre aux caisses. Le pouvoir des caisses risque d'être encore renforcé si le projet se concrétise de passer à un financement « moniste » : les caisses seraient alors seules à financer directement les hôpitaux, les contributions étatiques passant par leur intermédiaire. Concernant les médecins, l'abolition de l'« obligation de contracter » renforcerait la position des caisses, et la promotion des réseaux intégrés pourrait ouvrir la voie à l'émergence de véritables entreprises de la santé intégrées sous leur contrôle.

Dans ce contexte, l'initiative populaire « pour une caisse publique d'assurance maladie » veut remplacer les caisses privées par une seule caisse étatique (« caisse unique ») dans l'assurance de base obligatoire. L'initiative est portée par une alliance autour du Parti socialiste, incluant le Syndicat des services publics, l'Association suisse des infirmières et infirmiers et la Fédération suisse des patients. Un premier projet de « caisse unique » a été rejeté en votation populaire le 11 mars 2007. Contrairement à ce projet, la nouvelle initiative ne demande plus de remplacer les primes forfaitaires par un système de financement solidaire. Le 27 février 2013, le gouvernement a annoncé un contre-projet à cette initiative qui prévoit d'instaurer une réassurance pour les assurés à coûts très élevés et de créer une séparation institutionnelle plus forte entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire au sein des caisses maladie. Alors que l'initiative était en attente de débat parlementaire, un conflit virulent a éclaté parmi les caisses maladie : le 26 avril, deux des trois plus grandes caisses, Helsana et CSS, ont annoncé leur intention de quitter l'association faitière « santésuisse » pour créer leur propre association (« *cura futura* »).

Derrière ce conflit se cachent des divergences d'intérêts économiques liées à la composition démographique des caisses maladie : certaines caisses ont beaucoup de jeunes personnes en bonne santé, d'autres pas, ce qui les conduit notamment à défendre des positions différentes concernant la compensation des risques envisagée par le contre-projet du gouvernement. Si le renforcement du pouvoir des caisses maladie est en quelque sorte « programmé » dans le laboratoire du néolibéralisme, ce processus dépendra aussi de leur capacité d'unir les forces. En plus de cela, le résultat du vote populaire sur le « *managed care* » rappelle qu'il persiste une résistance populaire au programme néolibéral, et que dans un « État social privé » les acteurs privés – dans ce cas, les caisses maladie et les médecins – se neutralisent parfois et contribuent de la sorte au maintien provisoire du *statu quo*.

Sources :

Degen B. (2011), « Caisses maladie », *Dictionnaire historique de la Suisse*, <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F16619.php>.

Foucault M. (2004), *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, Gallimard/Seuil.

Frei A., Hill S. (1990), *Le système suisse de santé : données de base, offre de biens et ser-*

vices, formation des prix, structure des principaux groupements et organisations sanitaires, Bâle, Krebs.

Leimgruber M. (2008), *Solidarity without the State? Business and the Shaping of the Swiss Welfare State 1890-2000*, Oxford, Cambridge University Press.

Moser J. (2008), *Der Schweizerische Wohlfahrtsstaat. Zum Ausbau des sozialen Sicherungssystems 1975-2005*, Frankfurt am Main, Campus Verlag.

Office fédéral de la santé publique (2009), *Statistiques de l'assurance maladie obligatoire 2008*, Berne.

Office fédéral de la statistique (2012), *Statistiques de la santé 2012*, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2013), *Paysage hospitalier suisse 2011*, Neuchâtel.

Robbins L. (1932), *An Essay on the Nature and Significance of Economic Science*, London, Macmillan.

Schurtenberger J. (1991), *100 Jahre Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen*, Soleure, KSK/CCMS.

Sommer J.H., Gutzwiller F. (1986), *Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen. Ergebnisse des NFP 8*, Berne, Huber.

Streckeisen P. (2008), « Suisse : Genèse et crise des trois piliers de la prévoyance vieilllesse », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 114, septembre, p. 3-12.

Streckeisen P. (2009), « Suisse : Montée du chômage et durcissement de la politique de marché du travail », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 120, septembre, p. 38-46.