

**Du lundi au vendredi
19-21 av. Vibert
Carouge**

Permanence
de l'ASSUAS

ASSUAS
LE DROIT DE L'ASSURÉ

Mars 2006 • N° 28 • Journal de l'ASSUAS (Association Suisse des Assurés)

AI « Détection précoce » ou « assureurs sociaux et privés : même combat »

Vous aurez sans doute pris connaissance avec intérêt du texte des exposés des représentants de l'OFAS, de la Conférence des offices AI, du Vice-Président de SANTESUISSE et de l'Association suisse d'assurance concernant la «détection précoce de personnes en incapacité de travail en vue de leur réinsertion rapide».

Ce texte ne peut qu'inspirer au praticien les réflexions suivantes :

1) Jusqu'à la fin des années 1980, il était possible de constater une approche respectivement différente des cas d'incapacité de travail, par les assureurs sociaux, d'une part, et par les assureurs privés, d'autre part.

Ces derniers ont de tout temps mis en œuvre des moyens d'investigation plus agressifs pour tenter de minimiser leurs prestations et il n'était ainsi pas rare que les taux d'invalidité des assureurs sociaux soient contestés par les assureurs privés (assurance perte de gain privée, assurance d'indemnités journalières, assureur responsabilité civile, notamment).

Dès le début des années 90, il a été possible de constater un réel durcissement de la part des assureurs sociaux, lesquels ont commencé à collaborer davantage avec les assureurs privés.

Le fait que les assureurs privés aient pu entrer dans la LAA (assurance accidents obligatoire) n'est certainement pas étranger à cette

évolution, dans la mesure où, au sein des compagnies privées, les mêmes gestionnaires s'occupaient de dossiers LAA et de dossiers relevant de l'assurance privée et avaient ainsi tendance à fonctionner selon le principe qu'il convenait de défendre au mieux les intérêts de la compagnie, en réduisant ou en supprimant si possible les prestations, ce qui ne devrait pas être l'attitude d'un assureur social qui sert ses prestations conformément à la loi et qui se doit, au nom du principe de l'égalité de traitement, de verser à chaque assuré ce qui lui revient de droit.

Le nombre croissant de cas d'invalidité, notamment pour des problèmes psychiques, n'est certainement pas étranger, lui non plus, à ce durcissement dans la gestion des dossiers par les assureurs sociaux.

2) Ce que la 5^e révision de l'AI propose par la «détection précoce» n'est autre que l'institutionnalisation et le durcissement d'une pratique de collaboration dont les assurés font malheureusement les frais depuis des années.

Si l'intention de détecter les cas qui pourraient bénéficier d'une réinsertion professionnelle le plus rapidement possible est louable, les moyens qui vont être utilisés risquent bien d'engendrer des dommages irréparables et pousser davantage d'invalides, rejetés par l'AI, vers les prestations d'assistance sociale.

3) Ainsi, dès 4 semaines d'incapacité de travail, quiconque pourra informer l'AI du cas, et les assureurs perte de gain maladie et accident ne s'en priveront pas.

Très rapidement, une personne incapable de travailler recevra donc la visite d'un enquêteur qui l'interrogera non seulement sur sa situation médicale, mais sur le contexte social, sa situation professionnelle, ainsi que tous les autres facteurs personnels et financiers.

Il s'agira en réalité d'une enquête policière, à laquelle la personne incapable de travailler ne pourra pas se soustraire.

Le patient qui refusera de signer une levée du secret médical ne pourra pas pour autant préserver sa sphère privée, puisque le médecin de l'AI pourra directement prendre contact avec le médecin traitant et obtenir tous les éléments nécessaires (ce qui ne change pas de la situation actuelle, si ce n'est que cette intervention sera bien plus rapide).

En d'autres termes, l'AI deviendra le bras armé des assureurs privés et notamment des assureurs perte de gain maladie (puisque nous dit que 80 % des rentes AI sont allouées pour cause de maladie), assureurs qui ont pourtant reçu des primes de la part de l'employeur et de ses employés, pour couvrir la perte de gain durant deux ans !

Ces assureurs, pour ainsi «optimiser» leur bénéfice, amèneront l'AI

à envoyer les personnes incapables de travailler aux services médicaux régionaux (SMR), dont on connaît, dans la pratique, la tendance à nier, chaque fois que l'atteinte n'est pas objectivable médicalement, l'existence d'une incapacité de travail.

Ainsi, il n'est pas besoin d'être devin pour prédire que les personnes incapables de travailler vont, très rapidement, être soumises à un véritable harcèlement psychologique qui aboutira, dans la grande majorité des cas (économies obligent), à des injonctions à reprendre le travail et, à défaut, à subir une suppression immédiate des indemnités journalières de l'assureur LAA ou de l'assureur perte de gain maladie.

- 4) L'AI annonce d'ailleurs la couleur: «A cette date (lorsque le service de détection précoce estime que des mesures doivent être prises pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail), au plus tard, la personne doit être consciente de ses responsabilités et prendre les mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, ou en tout cas déposer une demande auprès de l'AI. Si elle ne le fait pas, elle doit savoir que le fait de ne pas donner suite à l'injonction de déposer une demande peut, le cas échéant, entraîner une réduction, voire une suppression de prestations». Quels sont les médecins traitants qui auront le courage et le poids de s'opposer aux avis des services médicaux rémunérés par l'AI qui, devenant des antennes des assureurs privés, ordonneront à des personnes incapables de travailler de reprendre le travail ?

Nul doute que l'AI va faire des bénéfices, et les assureurs perte de gain maladie et LAA aussi. Il n'en demeure pas moins qu'une personne incapable de travailler, reconnue ou non, ne peut pas reprendre son travail et se trouvera immanquablement à charge de la collectivité. Où est le bénéfice pour la société ?

- 5) Le fait que SANTÉSUISSE intervienne dans ce processus mérite d'être remarqué.

En effet, SANTESUISSE est l'organe de représentation des assureurs intervenant dans le cadre de la LAMal.

Or, la LAMal ne traite qu'à titre facultatif les indemnités journalières pour incapacité de travail et l'on sait qu'en pratique aucun assureur n'intervient plus sur la base des règles de la LAMal, puisqu'il a la possibilité d'intervenir selon la loi sur le contrat d'assurance qui lui permet une plus grande marge de manœuvre.

C'est donc dire que SANTÉSUISSE n'a aucune légitimité pour intervenir dans ce domaine à moins que l'on considère que cet organisme, sous le couvert des assureurs intervenant dans la LAMal, défend en réalité les intérêts des assureurs privés travaillant selon la loi sur le contrat d'assurance. Vous savez bien sûr ce qu'en pense l'ASSUAS.

Sachant que SANTÉSUISSE travaille avec l'argent prélevé sur les primes LAMal, nous pouvons en déduire que nos primes d'assurance sont utilisées pour mettre en place des systèmes qui limitent encore davantage les droits des assurés.

- 6) Enfin, les modifications proposées ne vont pas sans porter atteinte à la sphère privée du patient puisque de manière très «précoce» tous ceux qui ont un intérêt lié à l'incapacité de travail du travailleur assuré peuvent échanger des informations.

Le texte de l'OFAS précise même que le service de détection précoce de l'AI peut indiquer à l'employeur «les causes, les effets et les conséquences possibles de l'incapacité de travail en relation avec l'emploi existant».

Lorsque l'on sait que les conditions de travail sont l'une des

causes principales des invalidités accordées pour des affections psychiques, il est pour le moins surprenant de voir reconnaître à l'employeur le droit d'informer l'AI du cas puis d'obtenir des renseignements quant aux causes de l'incapacité de travail.

En conclusion, l'assuré en incapacité de travail voit ses droits réduits et son rôle se limite désormais à celui d'un simple objet pour lequel d'autres vont très vite décider ce qui est bon pour lui et ce sera, bien évidemment, de retourner au plus vite au travail au nom de la «sainte alliance financière» des assureurs sociaux et des assureurs privés.

Mauro POGGIA

Tous les membres sont conviés à
**l'Assemblée générale de
l'ASSUAS**

**Le jeudi 30 mars 2006 à 20 h 00
Aula de l'Ecole des Promenades
Bd des Promenades 24 à Carouge**

ORDRE DU JOUR

- 1) Approbation du procès-verbal de l'AG du 21 avril 2005
- 2) Rapport du président
- 3) Rapport du trésorier
- 4) Rapport des vérificateurs aux comptes
- 5) Discussion et approbation des rapports
- 6) Election du comité
- 7) Election des vérificateurs aux comptes
- 8) Modification des statuts
- 9) Horizon 2006 et actions en cours
- 10) Divers

Fin de la soirée : 22 h 00

Les « bonnes nouvelles » de Monsieur COUCHEPIN

Les citoyens-assurés-contribuables ont pris connaissance avec stupéfaction de la décision de Monsieur le Conseiller fédéral Pascal COUCHEPIN, d'inviter l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à exiger des Compagnies d'assurances exerçant leur activité dans l'assurance maladie obligatoire qu'elles rétablissent d'ici 2012 une situation équitable au niveau des réserves entre les différents cantons.

Ainsi, alors que la LAMal a fêté son dixième anniversaire, les autorités fédérales auraient subitement constaté que les réserves accumulées pour les assurés de certains cantons, dont notamment Genève, Vaud, et Zurich seraient notablement supérieures à ce qu'elles devraient être légalement, et cela afin de maintenir des primes basses dans certains autres cantons dont, notamment, Berne, Appenzell, Glaris ou Neuchâtel.

En d'autres termes, les assureurs maladie, sans aucun contrôle de l'OFSP, ont pu jouer avec le montant des réserves, sachant que celui-ci est fixé au niveau national, pour aboutir à une moyenne légalement acceptable alors que la situation par canton ne l'était pas.

Cette information doit amener à deux constats :

1) L'Office fédéral de la santé publique et, avant lui, l'Office fédéral des assurances sociales n'ont pas joué leur rôle de contrôle, ce que l'ASSUAS ne cesse de clamer depuis des années, malgré les dénégations de Madame RUTH Dreifuss, d'abord, et de Monsieur Pascal COUCHEPIN, ensuite.

Ainsi, année après année, les assureurs maladie ont pu surestimer les coûts dans certains cantons et obtenir ainsi des hausses

de primes surfaites et donc injustifiées, le surplus étant attribué aux réserves. Cela prouve que l'OFSP et, avant lui, OFAS n'ont jamais vérifié rétrospectivement si les coûts projetés pour justifier des hausses correspondaient rétroactivement à la réalité.

2) Les assureurs n'ont cessé de pointer du doigt les cantons de Genève et Vaud dans lesquels les assurés seraient, par leurs abus, à l'origine de la hausse constante de leurs primes d'assurances maladie. En fait, nous apprenons que les assurés de ces cantons ont payé durant des années les primes d'autres cantons qui faisaient figure de bons élèves, selon les assureurs. Ceux-ci en avaient conclu que, dans les cantons urbains, la demande était la conséquence d'une offre excessive, d'où la nécessité de contrôler le nombre des prestataires de soins par le biais de la suppression de l'obligation de contracter.

Une fois encore les assurés mais également les autorités ont été manipulés par les assureurs dont le seul but est d'obtenir la maîtrise globale du système de santé suisse.

Lorsqu'on lit dans les colonnes du journal Le Temps du 22 novembre 2005 que Monsieur Yves SEYDOUX, ancien porte parole de Santéuisse (engagé depuis lors par le Groupe Mutuel, avant de devenir sans doute porte-parole de M. Couchepin) est incapable de donner une explication à cette situation (« Sans doute ont-elles le sentiment que leurs charges à venir sont beaucoup plus aléatoires dans ces cantons, où les prix augmentent fortement »), on ne peut que s'inquiéter et se demander qui détient réellement le pouvoir aujourd'hui.

En tout état de cause, cette information ne peut qu'amener l'ASSUAS à encourager les assurés genevois et vaudois à contester intégralement les hausses de primes 2006, si cela leur est encore possible, dans la mesure où ces hausses, pour autant qu'elles

se justifient par des hausses des coûts, pourraient être entièrement compensées par des réserves accumulées de manière inadmissible.

Il est insoutenable de laisser jusqu'à 2012 aux assureurs pour rétablir la situation, ce qui implique que les assurés, de Genève et de Vaud notamment, devraient continuer à payer des primes supérieures à ce qui est justifié afin que le « saut » ne soit pas trop lourd pour les assurés de certains cantons qui ont payé jusqu'ici des primes inférieures à ce qu'elles devaient être, faisant figure d'exemples et de premiers de classe.

Au contraire, le fait de placer certains cantons suisses alémaniques devant leurs responsabilités les rendrait plus sensibles à la problématique des primes de l'assurance maladie et plus critiques à l'égard de la politique de Pascal COUCHEPIN. C'est sans doute ce que ce dernier redoute, préférant faire croire que la contestation des primes n'est qu'un problème « du bout du lac » généré par des assurés qui voudraient « le beurre et l'argent du beurre ».

Mauro POGGIA

Association Médiations

Défendre les droits des assurés, c'est d'abord tenter de trouver une issue favorable à leurs différents par la médiation. Entreprise destinée à amener un accord.

C'est une procédure qui propose une solution aux parties en litige, sans la leur imposer.

Avant d'ouvrir une procédure, c'est le rôle dévolu à l'ASSUAS, à savoir : parvenir à la conclusion d'un accord.

Ce n'est qu'en cas d'échec de cette tentative qu'il appartient à l'ASSUAS de faire impérativement valoir les droits des assurés.

Nouveauté et quelle nouveauté!

Pauvres adolescents, auxquels les cours d'éducation sexuelle dispensés dans les écoles ne semblent pas indiquer tous les «trucs» pour leur permettre de satisfaire «leurs pulsions» – naturelles!

A Lausanne a donc été créé un centre pour garçons de 12 à 20 ans auquel ils peuvent adresser toutes leurs demandes, sous forme de consultation – PRISE EN CHARGE PAR LA CAISSE MALADIE -.

Il a toujours été dit et répété que la LAMal n'était pas une loi de prévention!!!

Assurance chômage

Vous avez à votre charge un enfant âgé de plus de 25 ans?

Si cet enfant poursuit des études et que vous pouvez produire les documents de formation, prenez contact avec la caisse de chômage, qui pourra alors vous indemniser sur la base de 80% (au lieu de 70%) et ce, dès le 1^{er} mars 2004.

Coûts de la santé en 2003

Selon l'office fédéral de la santé publique, les coûts de la maladie auraient augmenté de 4,1% en 2003. Pourquoi alors les cotisations ont-elles subi une hausse de 5 à 15%?

Si l'on sait que les caisses-maladie ont payé 32,6% des dépenses, que sont devenus les 2,67 milliards restants sur les 18 milliards de cotisations payés par les assurés, auxquels il y a lieu d'ajouter la participation de 10% et les franchises?

L'arrivée sur le marché de nouveaux médecins et des nouveaux médicaments n'explique pas cette différence!

Chaque jour de la semaine notre secrétariat fonctionne grâce à notre dévouée secrétaire: Madame Ricotti, qui se tient à l'écoute entre 9 heures et 17 heures.

Réflexions sur la sécurité sociale en Suisse

Les propos qui suivent n'engagent que leur auteur et ne reflètent pas nécessairement les positions de l'ASSUAS sur les sujets abordés.

Le soussigné a fréquenté la Faculté de droit de l'Université de Genève à la fin des années soixante, époque à laquelle existait encore une véritable liberté académique. Ainsi, il a fait l'impasse sur les cours – obligatoires – d'assurances sociales et privées de feu le Professeur Alexandre BERENSTEIN, lequel, au moment des examens, ne tenait pas rigueur aux étudiants qu'il avait peu ou jamais vus! De surcroît, l'auteur a commencé sa carrière professionnelle pendant les «trente glorieuses», ce qui explique, en plus de son caractère cigale plutôt que fourmi, une insouciance pour l'avenir, le chômage et la prévoyance ne relevant à l'époque que de l'abstraction. Les années quatre-vingt-dix et deux mille se sont chargées de le rappeler à la réalité.

Au terme d'une collaboration avec l'ASSUAS, le soussigné livre ci-après quelques réflexions sur ce qu'il a tardivement appris dans un domaine juridique extrêmement complexe, tant du point de vue théorique où il a bénéficié des immenses connaissances de Madame Claude FONTAINE, secrétaire générale, qui ne lui en voudra pas de dire qu'elle a grandi avec les assurances sociales, qu'au plan pratique au contact des cas qu'il a été amené à traiter pour des gens généralement démunis et peu au fait d'une réglementation qui dépasse même des juristes confirmés.

Pour un Code de la sécurité sociale

Actuellement, la sécurité sociale suisse est éparpillée dans diverses lois et ordonnances ou règlements fédéraux et cantonaux. Un premier pas vers une certaine uniformisation a été franchi avec la Loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (ci-après: LPG), née d'une initiative parlemen-

taire du Conseil des Etats en 1992, entrée en vigueur en 2000. L'initiative a retenu la solution d'une réforme «light», car une refonte totale de la sécurité sociale aurait nécessité des travaux de plus d'une décennie.

La LPG a codifié des règles générales (définitions, procédures, rapports des différentes assurances sociales entre elles, surindemnisation, etc.). Malgré cela, la pratique de ces diverses assurances demeure difficile.

D'une part, la communication entre les divers acteurs de la sécurité sociale laisse à désirer (AVS-AI-APG; assurance chômage, lois sur les prestations complémentaires fédérales et cantonales, LAMal, assurance accidents, prévoyance professionnelle). D'autre part, l'autonomie des organes d'assistance publique, comme c'est le cas à Genève avec l'Hospice général, peut favoriser des abus ou laisser dans le besoin des personnes en attente – souvent très longue – de prestations. A cet égard, la proposition de Monsieur François LONGCHAMP, conseiller d'état, d'intégrer l'Hospice à un département du gouvernement doit être saluée.

I. La LPG

Diverses dispositions de cette loi méritent d'être complétées ou précisées.

1. La notion de décision

N'importe quelle décision ne constitue pas une décision au sens de la LPG.

De plus, en théorie, toute communication ou renseignement donné oralement devrait être consigné par une note écrite et jointe au dossier de l'assuré.

Pour une décision, la loi impose que les voies et délais de recours y soient mentionnés. À défaut, l'écrit – même signifié par courrier recommandé – ne vaut pas décision et il n'y a pas lieu d'y faire opposition ou de former un recours.

Il serait souhaitable que la loi impose la mention qu'il s'agit d'une décision formelle, ce qui, il faut le reconnaître, est une pratique qui tend à se

généraliser. Il n'en demeure pas moins que tout assuré qui n'obtient pas une prise de position de l'institution d'assurance, peut exiger, préférentiellement par courrier recommandé, qu'une décision formelle lui soit communiquée.

S'agissant des voies et délais de recours, il serait souhaitable d'imposer l'indication de l'autorité à qui il convient de s'adresser, même dans le cas d'une opposition à l'institution d'assurance elle-même, et les périodes de suspension du cours des délais.

2. L'assistance, la représentation et l'élection de domicile

L'article 37 relatif à l'assistance et la représentation devrait restreindre la représentation à des intermédiaires qualifiés en raison de la complexité des problèmes à traiter. Il ne s'agit pas d'établir un monopole des avocats brevetés – ceux-ci étant d'ailleurs peu intéressés par ce genre d'affaires en raison de l'impécuniosité des clients et, souvent, d'un défaut de spécialisation, mais d'éviter qu'un assuré confie ses intérêts à des personnes incompetentes, voire mal intentionnées.

La règle du respect de l'élection de domicile (Art. 37, al. 4) doit être expressément instituée comme norme de droit impératif, même si nous pensons que c'est déjà le cas dans un but de protection de l'assuré. En effet, trop souvent, des institutions d'assurance ignorent, sciemment ou par inadvertance, l'élection de domicile et notifient des décisions directement à l'assuré, qui ne sait quelle suite y donner et peut laisser écouler les délais d'opposition ou de recours.

Dans le même ordre d'idée, la loi devrait stipuler que toutes les décisions pouvant affecter les droits d'un assuré doivent être notifiées par courrier recommandé. Ainsi, des problèmes au sujet de la computation des délais seraient évités.

3. La motivation des oppositions ou des recours.

La LPGA fait de la motivation une condition de recevabilité des opposi-

tions et des recours. C'est là que la qualification du mandataire prend sa signification. Une motivation – même sommaire – n'est possible que si l'on connaît les motifs qui ont présidé à une décision formelle ou à une décision sur opposition.

Plus particulièrement, en matière d'opposition à une décision d'augmentation de primes de l'assurance maladie obligatoire, l'exigence de motivation devrait être allégée, tant que les caisses maladie se bornent à invoquer l'approbation de leur tarif par l'autorité fédérale compétente et refusent de communiquer leurs comptes ou le font dans des formes confidentielles et compactes à l'attention des instances de recours cantonales.

4. La surindemnisation

Aux termes des articles 63 et suivants LPGA, qui fixent les règles de coordination, les prestations dues au titre d'une affection à la santé physique ou psychique peuvent incomber à plusieurs assurances sociales.

Les frais de traitement sont à la charge exclusive d'une assurance sociale. Une prise en charge provisoire peut être demandée à l'une ou l'autre des assurances sociales, à savoir : l'assurance maladie, l'assurance chômage, l'assurance accidents (dont les assurances collectives obligatoires pour les personnes ayant une activité dépendante) ou la prévoyance professionnelle. Ces assurances sociales disposent de recours les unes envers les autres.

La mise en œuvre de plusieurs assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. Si tel est le cas, un remboursement peut être exigé. Cela se produit principalement lorsque la prévoyance professionnelle et l'assurance invalidité interviennent pour un même cas. La prudence impose que les fonds reçus de l'une et de l'autre ne soient pas dépensés, qui rendrait un remboursement impossible.

II. La LAMal

L'assurance obligatoire des soins (AOS) fait couler beaucoup d'encre

chaque année au moment de l'annonce des nouveaux tarifs de primes.

Depuis fin 2005, tout le monde propose des réformes, ce qui démontre que la LAMal, mise en chantier en 1985, adoptée le 18 mars 1994 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, n'a pas atteint ses buts, tant s'en faut.

Les seuls principes qu'il convient de maintenir sont celui du caractère obligatoire de l'AOS (le Tribunal fédéral des assurances a jugé que cette obligation n'était pas contraire à la Constitution fédérale) et celui – implicite – de la mutualité.

La maîtrise des coûts a été un éminent échec. La «saine concurrence» prônée par le législateur ne s'est révélée qu'un miroir aux alouettes. En réalité, les caisses maladie ont eu tôt fait de constituer un cartel dans le cadre d'un concordat, puis au sein de l'association santésuisse.

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), devenu l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), a rapidement «démissionné» de ses prérogatives au bénéfice des entités précitées. Selon l'article 12 LAMal, les caisses maladie sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui gèrent principalement l'assurance maladie sociale au bénéfice d'une autorisation de Département fédéral de l'intérieur (dont dépend l'OFSP) et jouissent d'une exonération fiscale.

Les caisses maladie peuvent être des sociétés anonymes ne poursuivant pas un but économique (Art. 620, al. 3 du Code des obligations), des sociétés coopératives ou des fondations. Ce qu'il importe de savoir est que les assurés – obligatoires – ne sont que des clients de ces entités, mais en aucun cas des actionnaires, des coopérateurs ou des bénéficiaires (pour les fondations). C'est-à-dire qu'ils ne peuvent demander des comptes à leurs assureurs en assemblées générales ou en conseil de fondation.

L'arrêt du TFA du 1^{er} février 2005 dans la cause Mauro POGGIA c/

Mutuelle Valaisanne (cf. notre bulletin N° 27 du mois d'avril 2005) semblait avoir ouvert une brèche dans l'opacité du système, mais de récents arrêts de même TFA du 4 janvier 2006 maintiennent les restrictions quant à l'accès aux comptes des assureurs, sous prétexte de préserver leurs secrets d'affaires.

Ces jurisprudences ne paraissent pas conciliables avec une décision du 28 février 2003 (K 105/02), dans laquelle le TFA a considéré qu'une caisse maladie agissait en qualité d'organisme chargé de tâches de droit public. On ne conçoit pas qu'un tel organisme puisse invoquer des secrets d'affaires, sauf – et c'est là le grand problème – s'il y a mélange des genres, soit pratique par une même entité de l'AOS et d'assurances complémentaires qui relèvent du droit privé, ce qu'hélas la LAMal permet pour autant que des comptabilités séparées soient tenues. En théorie, cela se conçoit; la pratique est certainement différente. Le propos sera illustré par trois exemples :

a. ACCORDA

Cette caisse maladie, constituée en société anonyme sans but lucratif, a voulu pratiquer l'AOS en proposant des primes défiant toute concurrence. Elle a logiquement attiré un grand nombre d'assurés, conséquence du droit reconnu par la LAMal de changer d'assureur, et de l'obligation qui lui a été faite d'accueillir tous les requérants d'asile.

L'afflux d'assurés l'a contrainte de constituer d'importantes provisions pour cas d'assurés non liquidés et des provisions pour compensation des risques. La conséquence du système est qu'elle a dû entre 2001 et 2004 procéder à d'importantes augmentations de primes. Pour ce que nous savons, les comptes entre l'assurance obligatoire et les assurances complémentaires étaient bien tenus séparément et les frais d'administration de l'AOS étaient bien inférieurs à ceux des assurances complémentaires.

À mi-juin 2004, l'autorisation de pratiquer lui a été retirée. ACCORDA n'est pas en faillite pour autant !

Aujourd'hui, Monsieur Pascal COUCHEPIN reconnaît que les exigences en matière de réserves sont trop élevées et Monsieur Yves SEYDOUX, ancien directeur de santésuisse et, depuis peu, responsable de la communication pour le Groupe Mutuel, remet en cause le système (Le Temps du 3 mars 2006)

b. SUPRA

De fait, il existe deux entités, l'une, société anonyme qui pratique les assurances complémentaires, et l'autre, fondation qui pratique l'AOS.

Cela n'empêche pas que ces deux entités aient les mêmes organes dirigeants et le même organe de révision et partagent les mêmes installations !

Peut-être la séparation des comptes se fait-elle en amont de la révision obligatoire, de sorte que les comptes soumis à l'OFSP, accompagnés du rapport ad hoc de l'organe de révision, ne suscitent aucune curiosité de l'autorité fédérale.

Dans un dossier que nous connaissons, SUPRA Caisse Maladie justifie des augmentations vertigineuses de primes parce qu'elle aurait perdu – dilapidé? – toutes ses réserves en 2001, et qu'il a fallu les reconstituer !

Les caisses maladie prétendent que les réserves constituées sur le dos des assurés leur appartiennent et qu'elles sont en droit de les conserver même en cas de départs d'assurés.

Soit. Mais l'article 15 LAMal stipule que les assurés ne répondent pas des obligations des assureurs.

Si SUPRA Caisse Maladie a fait des placements risqués – positions ouvertes sur les marchés boursiers, investissements spéculatifs, par exemple – faut-il que «ses» réserves soient reconstituées par le biais d'augmentation de primes, plutôt que par une nouvelle dotation en capital ?

Pourquoi SUPRA Caisse Maladie a-t-elle survécu alors qu'ACCORDA a été exécutée ?

c. Le Groupe Mutuel ou l'art de l'horizontalisation

Il faut reconnaître un grand talent au Groupe Mutuel pour croître par acquisition de caisses maladie, de créer des relais politiques au Parlement, voire au Conseil fédéral, et anticiper sinon inspirer des modifications législatives ou réglementaires.

Monsieur Yves SEYDOUX, déjà cité, a été débauché de santésuisse – sans doute à grands frais – pour organiser la résistance à la «Caisse unique», qui signerait la disparition de l'empire octodurien. Et de citer le mauvais exemple de l'assurance invalidité qui accumule les déficits, mais sans mentionner les révisions en cours, ni la SUVA (ou CNA), institution qui toute publique qu'elle soit et malgré un petit dérapage immobilier, ne fonctionne pas si mal que ça.

Le Groupe Mutuel, association de droit privé, chapeaute une douzaine de caisses maladie, la plupart constituées en fondations, toutes domiciliées 5, rue du Nord à Martigny dans l'immeuble pharaonique du Groupe. Autant dire que la tenue de comptes séparés relève de l'utopie. Comment se répartissent les frais d'administration entre les caisses, sinon arbitrairement, ce qui ne veut pas dire illogiquement, lorsque l'on sait que le même collaborateur s'occupe des mêmes fonctions dans les diverses caisses, qui pratiquent des primes différenciées ?

Même s'il n'est pas condamnable de rationaliser les activités, l'esprit de la LAMal est violé. Il faut voir dans le Groupe Mutuel une « petite caisse unique » à géométrie variable.

III. Les nouvelles dispositions de la LAMal

Comme nous le signalions déjà dans notre Journal N° 27 en avril 2005, les Chambres fédérales ont introduit dans la LAMal un nouvel article 64a, dont l'entrée en vigueur devait être décidée par le Conseil fédéral.

Nous attirons l'attention sur les effets dramatiques d'une telle modification légale.

Le Conseil fédéral a édicté le 9 novembre 2005 une ordonnance d'exécution qui rend cette modification applicable dès le 1^{er} janvier 2006. Les médias se sont tout à coup éveillés pour stigmatiser cette nouvelle: «L'assurance maladie obligatoire de moins en moins sociale» titre Le Temps du 22 février 2006, sous la plume de Madame Shirin Hatam, juriste à Pro Mente Sana, qui reprend l'adage cynique que nous avons nous-mêmes cité il y a plus de dix mois.

«Pascal Couchepin: la médecine pour les riches» fait la Une et l'éditorial du nouvel hebdomadaire satirique Saturne (N° 1 du 3 février 2006) par Madame Béatrice SCHAAD, qui pose la question cruciale: «Qui acceptera de soigner les patients de 2^e classe?»

La réforme légale et non pas seulement règlementaire place les médecins devant un dilemme déontologique. Le serment d'Hippocrate les oblige à soigner, mais non à s'endetter. Sous prétexte de mettre sous pression quelques mauvais payeurs, la réforme sanctionne les plus démunis et mécontente les médecins, les pharmaciens et les laboratoires d'analyses. Elle ne satisfait que les caisses maladie, qui amélioreront leur trésorerie et continueront à dormir sur «leurs» réserves, qui se chiffrent en milliards.

IV. Pour conclure

La LPGA a incontestablement apporté des progrès dans la pratique, la procédure administrative et le contentieux des assurances sociales. Il n'en demeure pas moins que l'assuré et le praticien doivent naviguer dans des lois éparses qui pourraient être réunies dans un même code, sans que cela s'apparente aux Traux d'Hercule.

Les problèmes semblent résider dans un manque de volonté des parlementaires, qui préfèrent les petites retouches à un projet plus ambitieux, la pression des lobbies et le financement des institutions de sécurité sociale.

Personne, à l'exception des caisses maladie actuelle qui seraient vouées

à disparaître, ne s'attend à ce qu'un système de sécurité sociale soit bénéficiaire. Il doit être géré efficacement, décentralisé, de telle sorte que les dossiers soient traités dans les meilleurs délais. Que l'on songe aux économies qu'induiraient l'efficacité et la rapidité: réduction des contentieux et diminution importante des intérêts moratoires dus aux assurés (à cet égard, l'assurance invalidité constitue un exemple frappant).

Alors ?

Caisse maladie unique et, à terme, sécurité sociale généralisée ?

Jean-Jacques FIVAZ
Licencié en droit
Titulaire du brevet d'avocat

Comment réduire un peu sa charge fiscale

Trop d'assurés ignorent encore qu'ils ont la possibilité, dans presque tous les cantons de Suisse, de déduire de leur revenu imposable – en principe à partir de 5% de ce dernier – la part des frais de maladie et/ou d'accident qui tombe à leur charge définitive. (*)

Tout récemment, ce constat malheureux a été confirmé par la Fondation alémanique pour la protection des consommateurs (ci-après «SKS»), le pendant outre-Sarine de la Fédération romande des consommateurs. La SKS a mené une enquête auprès des 12 plus grandes caisses-maladie du pays. Il en ressort que toutes, sans exception, rendraient soi-disant accessible à leurs assurés un récapitulatif des frais payés à titre privé.

Faut-il en conclure dès lors que trop d'assurés montreraient de l'indifférence, voire de la légèreté, lors de l'exercice fastidieux consistant à remplir leur déclaration d'impôt ?

Dans un communiqué du 22 février 2006, la SKS déplore – à l'instar, d'ailleurs, des caisses-maladie ayant participé à cette enquête statistique –

que la plupart des assurés concernés persistent à méconnaître les possibilités fiscales qui leur sont ouvertes en rapport avec ces frais médicaux et/ou accidents qu'ils sont tenus de supporter seuls.

Ce qui précède permet-il pour autant de penser qu'un étonnant consensus, entre les caisses-maladie d'une part et l'un des plus grands organismes de protection des consommateurs de notre pays d'autre part, tendrait à se faire jour, sur un de ces sujets très sensibles qui en principe les opposent ?

Certainement pas, car, estime la Fondation, l'ignorance de la majeure partie des assurés sur ces possibilités d'économies ne saurait leur être imputée à faute. De l'avis de la SKS, ce sont, justement, les caisses-maladie qui sont les premières responsables de cet état d'ignorance généralisé, rien n'étant sérieusement entrepris par elles pour informer efficacement leurs assurés de l'existence de ces moyens de déduire, en toute légalité, la quotité de leur revenu net.

Cette analyse, quoique sévère, apparaît toutefois convaincante, ce pour au moins deux motifs :

- 1) Seules les plus grandes caisses de Suisse offrant ce «service», toutes les autres, qui représentent plus de la moitié des assurés du pays, ne sont pas en mesure de le proposer.
- 2) Il peut paraître a priori paradoxal que la mise à disposition, par toutes les grandes caisses-maladie de Suisse, de ces récapitulatifs des frais payés à titre privé, ne suffise pas à permettre aux assurés concernés de connaître la portée de leurs droits sur cette problématique. Toutefois, cette «mise à disposition» – ou ce «service», comme il a été écrit au chiffre 1 ci-dessus – est un vocable qui ne doit pas abuser, car les caisses-maladie l'ont assortie de toutes sortes de cautèles... Dans les faits, seules la CSS, l'OKK de Bâle et la SWICA adressent à leurs assurés, spontanément et à titre gracieux,

ces relevés de frais. Pour les 9 assurances restantes, cet accès aux relevés n'est donc possible que sur requête expresse de l'assuré... Parfois, ces demandes ne peuvent même se faire que via internet, ce qui exclut, de facto, la majorité de nos aînés... En outre, il n'est souvent donné suite à ces demandes qu'après perception de quelques frais administratifs idoines...

Deux conclusions s'imposent dès lors:

- 1) Dans ce domaine comme dans tant d'autres, la connaissance a souvent un prix... Réalité que les assurances-maladie ont comprise depuis belle lurette!
- 2) Qui entreprend de faire le nécessaire pour voir sa charge fiscale diminuer se doit souvent, contre toute attente, de commencer par sacrifier quelques pistoles à son assurance-maladie. Comme quoi, les économies des uns font les affaires des autres...

* A Genève notamment, l'administration fiscale remet à chaque assujetti un CD-Rom permettant d'obtenir immédiatement une estimation des impôts qui seront dus par le contribuable concerné. Les citoyens du bout du lac ont donc encore moins d'excuses que d'autres de ne pas s'intéresser à cette problématique.

Petit rappel financier...

Pour chaque rendez-vous à l'association, le coût de la consultation est de Fr. 50.—. Pour tout dossier nécessitant un suivi, demander à la personne qui est à l'écoute le prix de ce suivi.

Si vous avez aimé « Tamiflu »

Si vous avez aimé « TAMIFLU », drame psycho-médiatique ayant agité bon nombre de nos contemporains fébriles durant ces derniers mois, alors vous adorerez « LE VACCIN », la prochaine mise en scène que sont en train de nous concocter les grandes multinationales pharmaceutiques sur la question de la maladie d'Alzheimer.

Ces dernières prétendent en effet avoir fait des découvertes « significatives » (sic!) sur le traitement de cette pénible maladie. Il paraîtrait même que la mémoire de souris transgéniques se serait « significativement » améliorée à la suite de l'inoculation de nouveaux vaccins.

Ne nous en demandez pas plus, car les grands groupes dont il est question n'ont pas été plus précis sur les tenants et les aboutissants de ces formidables découvertes qu'ils prétendent avoir faites.

Demandez-vous en revanche si, un peu à l'instar d'Hollywood, les géants de la pharmaceutique n'exploitent pas ceux de nos fantasmes les plus récurrents pour en faire une mine d'or.

La seule donnée réellement significative dans cette future production « LE VACCIN », ce sont les chiffres: le traitement de la maladie d'Alzheimer représenterait, de l'avis des géants de la pharmaceutique, un marché de 2 milliards et demi de dollars.

Un marché, qui plus est, en extension constante! Etant entendu, toujours selon ces drôles de « producteurs », que le marché global de la santé se chiffre à quelque cent milliards de dollars...

Tâchez de ne pas perdre la tête devant cette quantification indécente du malheur humain.

Et surtout de ne pas perdre la mémoire, car d'autres ne perdent pas le Nord...

Espoir

L'homme qui n'a aucun idéal ressemble au grain qui n'a pas été mis en terre.

Ce grain séjourne dans le grenier et, évidemment, il est tranquille, car il ne subit ni la pluie, ni le vent, ni la grêle; cependant, il risque de moisir ou d'être grignoté par les souris... ce qui est pire.

Le grain mis en terre, lui, doit subir les intempéries, mais il pousse, il donne des fruits, il est utile.

De la même manière, celui qui embrasse la vie à 360 degrés ne sera pas épargné: il aura à affronter le vent et les orages, mais il se trouvera dans des conditions qui lui permettront de croître et de donner des fruits à l'humanité.

Il est préférable d'être exposé aux intempéries et croître, plutôt que d'être mangé dans un grenier par les souris et la moisissure.

Ne soyez donc pas troublé si cette vie d'idéaliste vous met face à des difficultés qu'une existence purement matérialiste vous aurait épargnées, car malgré le vent et la pluie, malgré les tempêtes, vous continuerez à avancer sur cette route qui – bien que jonchée d'épines – vous conduira finalement vers la lumière.

Omraam Mikhaël Aïvanhov

Vaud PERMANENCE DE L'ASSUAS
15, rue du Simplon, 1006 Lausanne
Consultations tous les mercredis de 18h à 20h
(sauf pendant les vacances)
Rendez-vous le lundi matin avec
M^{me} Madeleine Schilt, au 021 653 35 94

Valais 7, rue des Tonneliers, 1950 Sion
Tél. 027 322 07 41

Neuchâtel M. Marceau Kaub, 17, rue des
Planches, 2016 Cortaillod, tél. 032 842 25 53

Genève PERMANENCE DE L'ASSUAS
19, av. Vibert, 1227 Carouge (GE)
Renseignements tél. N° payant 0900 277 827
et rendez-vous au 022 301 00 31
de 9h à 12h et de 14h à 17h, les jours ouvrables
Courrier: case postale 1911, 1227 Carouge,
Fax 022 343 85 16 - E-mail info@assuas.ch