

GEOFFROY LEGENTILHOMME

ENTRE MUTUALISME ET MARCHÉ

Le développement du système suisse
d'assurance-maladie (xix^e-xx^e siècles)

HISTOIRE



ENTRE MUTUALISME ET MARCHÉ
LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME SUISSE
D'ASSURANCE-MALADIE (XIX^e-XX^e SIÈCLES)

GEOFFROY LEGENTILHOMME

ENTRE MUTUALISME ET MARCHÉ
LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME SUISSE
D'ASSURANCE-MALADIE (XIX^e-XX^e SIÈCLES)

ÉDITIONS ALPHIL-PRESSES UNIVERSITAIRES SUISSES

© Éditions Alphil-Presses universitaires suisses, 2024

Rue du Tertre 10

2000 Neuchâtel

Suisse

www.aphil.ch

Alphil Diffusion

DOI: 10.33055/ALPHIL.00585

ISBN : 978-2-88930-593-3

ISBN PDF : 978-2-88930-594-0

ISBN EPUB : 978-2-88930-595-7

Publié avec le soutien du Fonds national suisse de la recherche scientifique.

Les Éditions Alphil bénéficient d'un soutien structurel de l'Office fédéral de la culture pour les années 2021-2024.

Ce livre est sous licence :



Ce texte est sous licence Creative Commons : elle vous oblige, si vous utilisez cet écrit, à en citer l'auteur, la source et l'éditeur original, sans modifications du texte ou de l'extrait et sans utilisation commerciale.

Illustration de couverture : Assemblée générale de la Société vaudoise de secours mutuels (vers 1920). ACV PP 940/48. Photographie A. Lenzi.

À Sandra

Liste des abréviations

| | |
|--------|---|
| ACV: | Archives cantonales vaudoises |
| AEF: | Archives d'État de Fribourg |
| AEG: | Archives d'État de Genève |
| AKP: | Allgemeine Krankenpflege Basel |
| BGE: | Bibliothèque de Genève |
| BPMS: | <i>Bulletin professionnel des médecins suisses</i> |
| CIMAS: | Conférence internationale de la mutualité et des assurances sociales |
| CLM: | Caisse suisse de réassurance pour longues maladies |
| CSS: | Caisse-maladie chrétienne et sociale suisse |
| BIT: | Bureau international du travail |
| FSSM: | Fédération des sociétés de secours mutuels de Suisse romande |
| HSSO: | <i>Historische Statistik der Schweiz</i> |
| LAMal: | Loi fédérale sur l'assurance-maladie (1994) |
| LAMA: | Loi fédérale sur l'assurance-maladie et les accidents (1911) |
| SKZ: | <i>Schweizerische Krankenkassen-Zeitung</i> (Journal des caisses-maladie suisses) |
| SSA: | Schweizerisches Sozialarchiv |
| SVSM: | Société vaudoise de secours mutuels |
| ZAZ: | Zurich Archive Zürich (Archives du Zurich Insurance Group) |
| ZB: | Zentralbibliothek Zürich |

Remerciements

Ce livre est issu d'une thèse de doctorat défendue en octobre 2020 à l'Institut des hautes études internationales et du développement (Genève). Au cours de mon aventure doctorale et des années qui ont suivi la soutenance, j'ai bénéficié du précieux soutien d'un grand nombre de personnes et d'institutions. Je tiens à exprimer mes profonds remerciements :

À ma codirectrice de thèse, Carolyn Bilotto, pour sa supervision vigilante et son optimisme à toute épreuve.

À mon codirecteur de thèse, Marc Flandreau, pour sa générosité, ses critiques fécondes et sa patience indéfectible.

À Matthieu Leimgruber, pour m'avoir encouragé, dès les balbutiements de ce projet, à explorer cette parcelle du champ historiographique. Ses lectures attentives ainsi que ses orientations bibliographiques et conceptuelles ont grandement contribué à améliorer la qualité de ce manuscrit.

À Rui Esteves, pour les commentaires exigeants formulés lors de la soutenance, et pour les riches discussions par lui orchestrées, dans le cadre du séminaire d'histoire économique de l'IHEID.

À Marco van Leeuwen, pour m'avoir chaleureusement accueilli à l'Université d'Utrecht, pour ses observations constructives, et pour avoir veillé à mes conditions de travail au temps des restrictions sanitaires.

À Damian Clavel, pour avoir généreusement pris le temps de me transmettre un peu de sa science de la méthode historique, et pour m'avoir fait profiter de sa connaissance encyclopédique du XIX^e siècle genevois.

Aux Archives cantonales vaudoises et à leur directeur émérite Gilbert Coutaz, grâce auquel les archives de la SVSM – sur lesquelles ce travail s’appuie dans une large mesure – sont aujourd’hui publiquement accessibles.

À Christofer Stadlin et Thomas Inglin, responsables des archives du Zurich Insurance Group, pour avoir accepté de mettre à ma disposition une grande quantité de matériaux historiques, sans lesquels l’écriture de ce livre n’aurait pas été envisageable. Je remercie Christofer, dont les commentaires éclairés m’ont permis d’améliorer ma compréhension de l’histoire assurantielle suisse.

À tous les chercheurs et toutes les chercheuses qui m’ont aidé par leurs suggestions et leurs encouragements, et en particulier à Maylis Avaro, Severin Baumann, Jean-Pierre Chamoux, Edoardo Chiarotti, Claire-Lise Debluë, Manuel Dorion-Soulié, Joël Floris, Jonathan Fink-Jensen, Johanna Gautier, Joanna Haupt, Lisa Haushofer, Ellen Immergut, Sandrine Kott, Ruat Lalruatpuii, Martin Lengwiler, Marco Maringoni, Manuel Merkofer, Nathalie Monnet, Florian Müller, Jamieson Myles, Carlotta Nani, Marion Planque, Jonas Plüss, Jusuf Prašović, Sarah Scheidmantel, Michael Schiltz, James Taylor, Stefano Ugolini, Susanne Weiss et Séveric Yersin.

À tous les membres du Département d’histoire internationale de l’IHEID, et en particulier à Valérie von Daeniken, pour le soutien apporté à plusieurs moments charnières de la thèse.

À Ludovic Cailluet, Guillaume Daudin, Christopher Kobrak (†) et Erwan Queindec, pour les précieux conseils prodigués naguère, pour les échanges et les correspondances.

À Ghislaine Ann Wharton et Dominic Eggel, pour leur aide bienveillante.

À ma mère, pour ses innombrables et patientes relectures, pour son expertise grammaticale et ses précieuses suggestions syntaxiques.

Enfin, j’exprime ma profonde gratitude envers les institutions qui, par leur soutien financier, ont rendu possible ce travail : le Groupe Mirabaud, le fonds Marie Skłodowska-Curie Actions, et le Fonds national suisse de la recherche scientifique.

Introduction générale

« **H**elvétiser l'Amérique » (*Swissify America*): telle était la formule que forgea Paul Krugman en 2009 pour désigner ce qu'il estimait être l'ambition profonde de l'*Affordable Care Act* (plus connu sous le nom d'*Obamacare*), finalement promulgué en mars 2010. Or, un tel projet était, selon lui, hautement louable: l'helvétisation du système de santé «représenterait une amélioration considérable par rapport à ce que nous avons actuellement [aux États-Unis]»¹ en rendant obligatoire l'affiliation, en interdisant aux assureurs de discriminer sur la base de l'état de santé et en subventionnant les plus pauvres. Si ces aspects particuliers, considérés comme progressistes et égalitaires, séduisirent le célèbre économiste-chroniqueur, la sympathie que suscita outre-Atlantique le système suisse d'assurance-maladie, à l'occasion des débats sur l'*Obamacare*, transcenda les frontières idéologiques. Regina Herzlinger, ancienne conseillère de George W. Bush et championne du *Consumer-driven health care movement*, loue également le modèle suisse, mais pour d'autres raisons. En Suisse, écrivit-elle en 2009 pour le magazine économique *Forbes*, «les coûts sont contrôlés par les gens. Eux seuls sont les acheteurs sur le marché de l'assurance-maladie. Il n'y a pas d'assurance étatique [public plan]»². Elle réitéra plus récemment son éloge du modèle suisse à l'occasion des discussions relatives au projet *Medicare*

¹ KRUGMAN Paul, «The Swiss Menace», *New York Times*, 16 août 2009.

² HERZLINGER Regina, «A Better Health Care Alternative», *Forbes*, 8 octobre 2009.

for All, proposé par Bernie Sanders, l'ex-candidat à l'investiture du Parti démocrate pour l'élection présidentielle de 2020³.

La relation que les Suisses entretiennent avec leur propre système d'assurance-maladie est quant à elle plus ambiguë. Si certains sondages semblent suggérer que les Suisses sont dans l'ensemble satisfaits du système institué par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (la «LAMal», votée en 1994 et entrée en vigueur en 1996)⁴, ce thème fait en réalité l'objet de controverses récurrentes. Depuis 1994, c'est l'assurance-maladie qui, de toutes les branches de l'assurance sociale, a donné lieu au plus grand nombre d'initiatives populaires (seize contre quatorze pour la prévoyance vieillesse, une pour l'assurance-accident, une pour l'assurance-invalidité). En mai 2018, le site *Swissinfo* évoquait une «*épidémie d'initiatives populaires sur l'assurance-maladie*»⁵.

Parmi les sujets alimentant ces controverses, figure la place accordée par la LAMal aux offreurs d'assurance, à savoir les caisses-maladie. Les critiques du *statu quo* reprochent à la concurrence entre les caisses d'être illusoire et de conduire à un gâchis de ressources économiques en multipliant les départements commerciaux et administratifs pour la fourniture d'un service finalement identique pour tous (dans l'assurance de base). Les caisses-maladie sont également parfois accusées d'accumuler des «réserves excédentaires» que l'exigence de la sécurité actuarielle ne permettrait pas de justifier⁶. Les débats portent régulièrement sur l'instauration d'une caisse unique pour l'assurance de base, qui pourrait, selon les défenseurs d'un tel projet, avantageusement remplacer la multiplicité des caisses privées actuellement en place⁷. À l'opposé, les défenseurs du système en vigueur mettent en avant les vertus de la concurrence qui permettrait aux assurés de bénéficier de services de meilleure qualité et à meilleur marché. La pluralité des offreurs permettrait «*de proposer des modèles d'assurance novateurs et taillés sur mesure*»⁸.

³ HERZLINGER Regina, BACCHUS Barua, «Europe's alternative to Medicare for All», *Wall Street Journal*, 16 avril 2019.

⁴ GUILLAUME Michel, «Santé : la caisse unique ou l'illusion d'un nouveau débat», *Le Temps*, 9 mai 2017.

⁵ FENAZZI Sonia, «Vague d'initiatives populaires pour un système à bout de souffle», *Swissinfo.ch*, 23 mai 2018.

⁶ MAILLARD Pierre-Yves, *Soigner l'assurance-maladie ! D'une concurrence illusoire à des coopérations efficaces*, Lausanne, Favre, 2010, pp. 30-32.

⁷ HURST Samia, MAURON Alex, «À propos de la caisse unique», *Revue Médicale Suisse* 7 (101), 2007, pp. 630-631.

⁸ «Votation populaire du 11 mars 2007. Explication du Conseil fédéral. Initiative populaire Pour une caisse maladie unique et sociale», *Chancellerie fédérale*, 22 janvier 2007, p. 7.

L'instauration d'un système de caisse unique, en revanche, étoufferait les innovations et susciterait des lenteurs administratives⁹.

Ces controverses mettent en lumière le rôle central joué par les caisses au sein du système suisse d'assurance-maladie. Conformément à l'architecture mise en place par la LAMal, les caisses organisent la fourniture des prestations dans la branche et collectent les primes, versées obligatoirement par les assurés et servant à financer en partie les dépenses de soins médicaux, hospitaliers et pharmaceutiques. Les primes collectées annuellement représentent des sommes significatives : en 2021, le montant total des primes collectées par les caisses dans l'assurance de base s'élevait à 32,8 milliards de francs, soit 4,5 % du PIB du pays. Le montant des réserves atteignait quant à lui 10,6 milliards de francs¹⁰. Le poids des caisses-maladie peut également être apprécié à partir du nombre d'assurés leur étant affilié. Dans l'assurance de base, deux d'entre elles (la CSS et Helsana) couvrent chacune – soit directement, soit à travers leurs filiales – plus d'un million d'assurés (1,2 et 1,4 respectivement), soit presque 30 % de la population totale du pays. Quant aux quatre principales caisses du pays (en ajoutant le Groupe Mutuel et Assura aux deux précédemment nommées), elles couvrent ensemble *la moitié* de la population.

La structure contemporaine du monde des caisses (*Kassenwesen*) en matière d'assurance-maladie – caractérisée, donc, par une forte concentration – est fondamentalement différente de celle qui prévalait au XIX^e siècle. Le monde des caisses était alors largement fragmenté. La plupart d'entre elles, éparpillées sur le territoire de la Confédération, ne comptaient pas plus d'une centaine de membres. Ces sociétés locales n'admettaient en général que des hommes adultes et ne couvraient qu'une petite fraction de la population (7,4 % en 1880). Les prestations de caisses étaient en outre fort différentes dans leur nature de celles qu'offrent les caisses contemporaines. L'activité de ces dernières consiste essentiellement à prendre en charge le coût des prestations médicales ou hospitalières. Cette activité – le remboursement des soins – ne représentait au XIX^e siècle qu'une fraction minoritaire des dépenses des caisses. La plupart d'entre elles se chargeaient de payer une somme fixe aux membres qu'une maladie

En ligne : <<https://www.bk.admin.ch/bk/fr/home/documentation/compilation-explications-Conseil%20f%C3%A9d%C3%A9ral-depuis-1978.html>>, consulté le 2 juillet 2020.

⁹ BECK Konstantin, *Caisse unique : Voie sans issue. Pourquoi la monopolisation de l'assurance-maladie nous mène dans une impasse*, Genève, Slatkine, 2013.

¹⁰ OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire. Édition 2021*, Berne, juin 2023, Tableaux 1.02 (p. 62) et 3.02 (p. 102).

ou un accident avaient rendus incapables de travailler. Elles offraient en somme des «secours» monétaires, selon le vocable de l'époque, en cas d'incapacité de travail.

Un trait supplémentaire – au-delà de la taille et de la nature des prestations – distingue les caisses-maladie contemporaines de leurs ancêtres du XIX^e siècle: ces dernières étaient attachées à un milieu social particulier. Le choix de la caisse auprès de laquelle s'affilier était souvent déterminé par l'appartenance à un groupe professionnel particulier, par l'origine ethnique ou par le lieu de résidence. Les caisses étaient souvent des lieux de socialisation et leur vie était rythmée par les rassemblements en tout genre, les assemblées de membres et les fêtes. Ces mutuelles¹¹ nourrissaient un folklore idiosyncratique, entretenu par l'appartenance à un groupe social particulier, par la proximité géographique et culturelle. Le contraste avec les caisses contemporaines ne peut guère être plus frappant. De nos jours, l'appartenance à une caisse-maladie est rarement une composante de son identité personnelle. Les assurés d'une même caisse ne se réunissent pas annuellement pour se promener sur les bords du Léman pour célébrer la solidarité qui les unit, comme pouvaient le faire les mutualistes de jadis. Le drap mortuaire des défunts d'aujourd'hui n'est pas orné du logo de la caisse-maladie à laquelle ils appartenaient. Le folklore mutualiste céda progressivement le pas aux activités de prestations pures, la dimension culturelle s'effaça progressivement; les sociétés se bureaucratisèrent. Les rapports qu'entretiennent les assurés avec elles sont aujourd'hui distants.

Ce livre est consacré à ces évolutions. Comment et pourquoi l'affiliation auprès des caisses-maladie se massifia-t-elle au cours du XX^e siècle, passant de 13% de la population totale en 1903 à presque 100% au début des années 1970?¹² Par quels mécanismes les mutuelles se transformèrent-elles, d'entités locales de petites tailles, essentiellement réservées aux hommes de la classe ouvrière, à des organisations bureaucratiques, opérant sur le territoire national et au sociétariat issu d'une grande diversité de couches sociales? Quels rapports entretiennent entre elles ces évolutions? Autrement dit: quels effets exerça la massification de l'assurance-maladie sur l'organisation des caisses, et inversement? Enfin, quel rôle jouèrent

¹¹ Les termes de «caisses», «caisses-maladie» et «mutuelles» sont utilisés indistinctement dans ce livre. Pour la période précédant 1911, les termes de «société de secours mutuels» ou de «sociétés d'entraide» répandus dans le monde francophone au XIX^e siècle, sont parfois employés.

¹² Plus précisément, en 1971, 90% des habitants étaient assurés pour les soins médicaux, et 99% pour les soins médicaux et/ou les indemnités journalières. Voir le tableau 6 (chapitre 8) pour plus de détails sur l'évolution de la densité d'assurance sur la période 1865-1971.

l'État et l'assurance privée dans ces transformations? Telles sont les principales questions auxquelles ce livre répond.

Une historiographie centrée sur les événements politiques

Le caractère politiquement controversé de l'assurance-maladie contraste avec l'attention que lui ont portée jusqu'à présent les historiens du système social helvète. L'historiographie relative aux assurances sociales en Suisse s'est beaucoup étoffée au cours des vingt dernières années. Entre 2006 et 2016, les principales branches des assurances sociales – l'assurance-accident, l'AVS et le système des trois piliers, l'assurance-chômage, l'assurance-invalidité, les caisses de compensation patronales – ont fait l'objet d'importantes monographies scientifiques¹³. L'assurance-maladie est, en comparaison, demeurée relativement négligée. Dans une revue d'historiographie consacrée à l'État social en Suisse et publiée en 2011, Matthieu Leimgruber notait que le secteur de l'assurance-maladie «*demeure paradoxalement l'un des moins bien couverts par la recherche*»¹⁴. Ce diagnostic est encore aujourd'hui d'actualité.

En dépit de l'absence de publication monographique récente, l'historiographie du système suisse d'assurance-maladie, n'est certes pas inexistante. Certaines périodes, en particulier, ont fait l'objet de recherches approfondies. C'est le cas de celle qui s'étend du vote de l'article constitutionnel 34^{bis} en 1890 (qui ouvrit la voie à une intervention confédérale en matière d'assurance-maladie et accident) au vote de la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accident (LAMA) en 1911. Ces deux décennies furent particulièrement agitées et donnèrent lieu à d'intenses controverses politiques. La recherche s'est focalisée sur les motivations des acteurs qui y prirent part. Les sociologues René Knüsel et Félix Zurita interprétèrent en 1979 l'émergence

¹³ LENGWILER Martin, *Risikopolitik im Sozialstaat. Die Schweizerische Unfallversicherung 1870-1970*, Cologne, Böhlau Verlag, 2006; LEIMGRUBER Matthieu, *Solidarity without the State? Business and the Shaping of the Swiss Welfare State, 1890-2000*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008; TABIN Jean-Pierre, TOGNI Carla, *L'assurance chômage en Suisse. Une sociohistoire (1924-1982)*, Lausanne, Antipodes, 2013; FRACHEBOUD Virginie, *L'introduction de l'assurance-invalidité en Suisse (1944-1960). Tensions au cœur de l'État social*, Lausanne, Antipodes, 2015; EICHENBERGER Pierre, *Mainmise sur l'État social. Mobilisation patronale et caisses de compensation en Suisse, 1908-1960*, Neuchâtel, Alphil, 2016.

¹⁴ LEIMGRUBER Matthieu, «État fédéral, État social? L'historiographie de la protection sociale en Suisse», *Traverse* 18(1), 2011, p. 227.

des réflexions sur l'État social en Suisse à la fin du XIX^e siècle comme une manifestation de la volonté de la part de la bourgeoisie de préserver ses intérêts économiques de classe et sa capacité de «contrôle» sur la classe ouvrière¹⁵. Plus récemment, la «Lex Forrer» – premier projet de loi fédérale d'assurances sociales, rejetée en référendum en 1900 – a été étudiée par Bernard Degen qui en attribue l'échec à l'influence politique combinée des caisses-maladie, des compagnies d'assurance-accident, des milieux conservateurs et catholiques¹⁶. David Muheim a étudié quant à lui le rôle que jouèrent les mutualistes romands au cours de cette période, et l'attitude – selon lui de rejet – qu'ils adoptèrent face aux assurances sociales¹⁷. Matthieu Leimgruber a considéré cette période comme une phase de «répétition générale» des débats qui émergèrent plus tard au sujet de la problématique des retraites¹⁸.

La période qui suit la votation de la LAMA en 1911 a quant à elle donné lieu à des études ponctuelles ou chronologiquement ciblées. S'appuyant sur la presse mutualiste alémanique, Martin Lengwiler a examiné les principaux traits du système d'assurance-maladie durant l'entre-deux-guerres et a analysé l'activité politique des caisses jusqu'au rejet de la «loi Bircher» en 1949¹⁹. La thèse défendue en 1967 par le politologue Gerhard Kocher aborde le conflit qui opposa les associations médicales aux associations caisses-maladie au cours des années qui précédèrent le vote de la révision partielle de la LAMA en 1964²⁰. Plus récemment, Hadrien Buclin a analysé le contexte politique et économique ayant conduit

¹⁵ KNÜSEL René, SORITA Félix, *Assurances sociales: une sécurité pour qui? La loi Forrer et les origines de l'État social en Suisse*, Lausanne, Institut de science politique, 1979.

¹⁶ DEGEN Bernard, «Haftpflicht bedeutet den Streit, Versicherung den Frieden»: Staat und Gruppeninteressen in den frühen Debatten um die schweizerische Sozialversicherung», in: SIEGENTHALER Hansjörg (éd.), *Wissenschaft und Wohlfahrt. Moderne Wissenschaft und ihre Träger in der Formation des Schweizerischen Wohlfahrtsstaates während der Zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts*, Zurich, Chronos Verlag, 1997, pp. 137-153.

¹⁷ MUHEIM David, «Mutualisme et assurance-maladie en Suisse (1893-1912): une adaptation ambiguë», *Traverse* 7(2), 2000, pp. 79-93.

¹⁸ LEIMGRUBER Matthieu, *Solidarity without the State ? ...*, pp. 30-44.

¹⁹ LENGWILER Martin, «Das verpasste Jahrzehnt. Krankenversicherung und Gesundheitspolitik (1938-1949)», in: LEIMGRUBER Matthieu, LENGWILER Martin (éd.), *Umbruch an der „inneren Front“. Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz 1938-1948*, Zurich, Chronos Verlag, 2009, pp. 166-183.

²⁰ KOCHER Gerhard, *Verbandseinfluss auf die Gesetzgebung, Aertzverbindung, Krankenkassenverbände, und die Teilrevision 1964 des Kranken- und Unfallversicherungsgesetz*, thèse de doctorat, Berne, Université de Berne, 1967. Mentionnons également par souci d'exhaustivité trois thèses juridiques défendues dans les années 1950 et 1960: PARATTE Gabriel, *L'assurance privée maladie en droit suisse*, thèse de doctorat, Berne, Université de Berne, 1954; BIEDERMANN Paul, *Die Entwicklung der Krankenversicherung in der Schweiz*, thèse de doctorat, Zurich, Université de Zurich, 1955; HODEL Christian, *Die Anfänge der Krankenversicherung in Basel während des 19. Jahrhunderts und ihre geschichtlichen Voraussetzungen*, thèse de doctorat, Bâle, Université de Bâle, 1965.

au rejet référendaire en 1974 du projet socialiste de réforme de l'assurance-maladie²¹. Enfin, dans un livre consacré à la présentation des principaux systèmes de santé européens, Jens Alber et Brigitte Bernardi-Schenkluhn ont proposé une synthèse des événements ayant marqué l'histoire de la législation suisse en la matière jusqu'au début des années 1990²².

L'historiographie du système social helvète a également bénéficié de contributions issues des sciences politiques. À travers l'étude des principaux épisodes législatifs et des principales tentatives de réformes depuis 1900, Ellen Immergut a mis en évidence le rôle de frein joué par le référendum à l'expansion de la sphère d'action de l'État fédéral en matière d'assurance-maladie²³. Dans la même veine, Herbert Obinger a souligné le rôle des institutions politiques dans la structuration de l'État providence en Suisse, en insistant quant à lui sur l'effet combiné du fédéralisme et la démocratie directe²⁴. Enfin, la thèse défendue en 2011 par Linda Märk-Rohrer aborde l'influence des syndicats dans le processus législatif, du rejet de la Lex Forrer en 1900 au vote de la LAMal en 1994²⁵.

C'est donc essentiellement sous l'angle politique que l'historiographie a jusqu'à présent abordé l'assurance-maladie. Les caisses à proprement parler demeurent peu étudiées. Pierre Eichenberger écrivait à ce sujet en 2016 que «*l'histoire des caisses d'assurance-maladie, de l'émergence des premières caisses de secours mutuels au XIX^e siècle aux grandes sociétés commerciales contemporaines, demeure relativement mal connue*»²⁶.

Or, si l'analyse des processus législatifs permet de comprendre certains traits du système suisse d'assurance-maladie – pourquoi, par exemple, l'obligation d'affiliation généralisée a été introduite tardivement en

²¹ BUCLIN Hadrien, « Assurance-maladie et libéralisme économique : l'échec de l'initiative populaire du Parti socialiste suisse de 1974 », *Gesnerus* 77(1), 2020, pp. 102-122.

²² ALBER Jens, BERNARDI-SCHENKLUHN Brigitte, *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien*, Francfort, Campus Verlag, 1992, pp. 177-321.

²³ IMMERGUT Ellen, *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

²⁴ OBINGER Herbert, « Federalism, Direct Democracy, and Welfare State Development in Switzerland », *Journal of Public Policy* 18(3), 1998, pp. 241-263.

²⁵ MÄRK-ROHRER Linda, *Die Sozialpolitik der Schweizer Gewerkschaften. Eine Analyse der Umbruchphasen von Unterstützungskassen, GAV und Gesetz*, thèse de doctorat, Berne, Université de Berne, 2011.

²⁶ EICHENBERGER Pierre, *Mainmise sur l'État social...*, p. 41. Ce diagnostic est également partagé par Peter Streckeisen, qui estimait en 2013 qu'«*une histoire critique des caisses maladie reste à écrire*». (STRECKEISEN Peter, « La santé publique comme laboratoire du néolibéralisme », *Chronique internationale de l'IRE* 141, 2013, p. 37).

comparaison internationale –, elle demeure en revanche impropre à saisir l'évolution de long terme des caisses-maladie, les transformations de leur fonctionnement interne et de leur organisation économique. L'étude de l'activité politique des divers groupes d'intérêt impliqués dans ces débats ne permet pas non plus de comprendre pourquoi l'affiliation auprès des caisses-maladie s'est largement diffusée au cours du xx^e siècle, en dépit du fait que l'obligation ne soit introduite au niveau national qu'en 1994. Seule une étude approfondie des caisses-maladie, fondée sur les archives de ces organisations, rend possible l'identification des mécanismes ayant contribué à ces évolutions.

La Suisse représente à cet égard un cas singulier en comparaison européenne. Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, le Royaume-Uni et la France introduisirent des systèmes nationaux et publics (le NHS) ou partiellement publics (la Sécurité sociale) d'assurance-maladie. Ces réformes transformèrent profondément le contexte dans lequel les mutuelles opéraient et réduisirent considérablement leur rôle dans l'architecture du système de protection sociale. De son côté, le système d'assurance-maladie suisse – fondé sur l'affiliation facultative auprès des caisses – est demeuré stable tout au long du xx^e siècle, et aucune réforme de substance n'est venue modifier les principes mis en place autour de 1914. Quant à l'Allemagne, elle instaura dès 1883 l'obligation d'affiliation pour les travailleurs industriels. Par ailleurs, si la loi allemande de 1883 ne menaçait pas les caisses dans leur existence, elle demeurait cependant relativement interventionniste, en leur imposant d'offrir à leur membre des prestations médicales en plus des traditionnelles indemnités en argent. Cette loi forçait en outre les mutuelles à admettre au sein de leur conseil de direction les employeurs (qui eux-mêmes étaient contraints de payer une partie des cotisations)²⁷. Ce système compromettrait en somme l'autonomie des mutuelles. En Suisse, la Confédération demeura dans l'ensemble peu interventionniste. Au xix^e siècle, les mutuelles suisses jouissaient d'une grande liberté d'établissement et d'opération. Quant à la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA) de 1911 (en vigueur jusqu'en 1994) elle n'imposa aux caisses ni la fourniture des prestations médicales, ni la participation des employeurs au paiement des cotisations, ni leur présence dans les organes de direction. Le cas suisse offre par conséquent un terrain d'étude privilégié pour examiner le processus de développement à long terme du mutualisme dans un contexte de relative liberté institutionnelle.

²⁷ «Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter», *Deutsches Reichsgesetzblatt* 9, juin 1883, pp. 73-104, Voir en particulier §38 et §49-53.

Les caisses-maladie, entre survie et expansion

Si la Confédération est demeurée dans l'ensemble et en comparaison européenne peu interventionniste, la situation en fait d'assurance-maladie ne fut pas pour autant caractérisée par un laissez-faire intégral. La Confédération mit en œuvre une politique explicite d'encouragement à l'assurance-maladie, dont le cadre fut défini par la loi fédérale de 1911. Cette loi prévoyait plus précisément deux modalités concrètes visant à stimuler la diffusion de l'assurance-maladie. D'une part, la Confédération versait des subventions aux caisses désireuses d'obtenir la reconnaissance fédérale. Ces subventions devaient permettre de réduire le montant des cotisations et donc de contribuer à diffuser l'affiliation. D'autre part, si la loi ne prévoyait pas l'introduction de l'obligation d'affiliation au niveau confédéral, elle permettait en revanche aux communes et aux cantons d'introduire l'assurance-maladie obligatoire sur le territoire de leurs juridictions respectives.

Si ces dispositions légales – les subventions aux caisses et le droit accordé aux cantons et aux communes d'introduire l'obligation – ont sans doute contribué à la diffusion de l'assurance-maladie dans la population, elles ne peuvent cependant expliquer *ni la nature ni l'ampleur* des transformations esquissées ci-dessus. Tout d'abord, la part des subventions publiques dans le revenu total des caisses chuta significativement dès l'entrée en vigueur de la LAMA en 1914, et jusqu'à la révision partielle de 1964 (qui consista entre autres à augmenter les subventions aux caisses). Cette part passa de 26 % en 1915 à 12 % en 1963²⁸. Or, cette période correspond à une phase de croissance massive de l'assurance-maladie, l'affiliation auprès des caisses passant (en pourcentage de la population totale) de 25 % en 1920 à 90 % en 1964. Par ailleurs, l'augmentation des subventions qui suivit la révision partielle de 1964 ne se traduisit *pas* par une accélération du rythme de l'affiliation²⁹.

Plus fondamentalement, le xx^e siècle (à partir surtout de la fin des années 1930) a été marqué par une croissance rapide de l'assurance-maladie privée, c'est-à-dire non subventionnée et hors du champ de la LAMA. La valeur des primes collectées par les compagnies privées

²⁸ HSSO, « Caisses-maladie reconnues : caisses, membres assurés et compte d'exploitation, de 1914 à 1984 », Tab. P.11, 2012, <<https://hssso.ch/fr/2012/p/11>>, consulté le 5 mars 2023.

²⁹ De 11,8 % en 1963, la part des subventions en pourcentage du revenu total des caisses passa à 20,2 % en 1965 et à 22,9 % en 1970. En contraste, le nombre d'assurés s'accrut annuellement en moyenne de 4 % sur la période 1945-1964, et de 2,5 % sur la période 1965-1970. HSSO, « Caisses-maladie reconnues... », Tab. P.11.

(opérant sous la juridiction non pas de la LAMA mais de la loi sur le contrat d'assurance de 1908) pour l'assurance-maladie passa de 454 000 francs en 1936 à 190 millions de francs en 1970, soit un taux de croissance annuel moyen nominal de 19 % au cours de la période (16 % en valeur réelle). En comparaison, durant la même période, le taux de croissance annuel moyen des cotisations collectées par les caisses-maladie fut de 9 %. Le développement rapide de l'assurance-maladie « hors LAMA » suggère autrement dit que la diffusion de l'affiliation ne fut pas uniquement tirée par la politique de subventionnement confédéral et cantonal, et que d'autres facteurs de croissance étaient en jeu.

La capacité donnée par la LAMA aux cantons et aux communes d'introduire l'obligation d'affiliation ne peut pas non plus à elle seule expliquer la diffusion massive de l'assurance-maladie au xx^e siècle. Seule une minorité de cantons (et *a fortiori* de communes) choisirent d'introduire cette mesure, et ceux qui le firent ne l'appliquèrent qu'à des segments limités de la population. L'obligation cantonale ou communale ne concernait en général que les catégories les moins favorisées économiquement. C'était par exemple le cas avec la loi saint-galloise de juillet 1914: seuls les habitants dont le revenu annuel était inférieur à 300 francs étaient contraints de s'affilier à une caisse (ce montant correspondait à environ 15 % du PIB national par tête)³⁰; les personnes de plus de soixante ans étaient quant à elles exclues du champ de l'obligation. D'autres cantons restreignaient l'obligation aux seuls enfants en âge de scolarité (ce fut par exemple dans le canton de Vaud de 1916 à 1971). Le Conseil fédéral estima en 1974 qu'un quart seulement des 5,5 millions de personnes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques l'étaient obligatoirement³¹.

L'étude de la législation fédérale et de son influence directe ne permet pas non plus de saisir les transformations structurelles profondes qui marquèrent le monde des caisses-maladie à partir du début du xx^e siècle. Dans ses dispositions relatives au fonctionnement des caisses, la loi fédérale demeurait en effet assez libérale. Comme le chapitre 1 le mettra

³⁰ STOHR Christian, « Trading gains: new estimates of Swiss GDP, 1851 to 2008 », Working Paper, London School of Economics, 2016.

³¹ En raison de la grande latitude que la loi de 1911 accordait aux communes et aux cantons pour légiférer en la matière, une extrême diversité des situations légales régnait à ce sujet, ce qui rendait délicate l'estimation de la part des assurés obligatoires. L'OFAS ne tenait sur ce point aucune statistique. « Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet modifiant la constitution fédérale dans le domaine de l'assurance-maladie, accidents et maternité et rapport sur l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie (Du 19 mars 1973) », *Feuille fédérale* 1(14), 9 avril 1973, p. 928.

en évidence, un grand nombre de mutuelles émergèrent au XIX^e siècle en tant que sociétés d'entraide fondées sur l'appartenance professionnelle ou l'affiliation religieuse. Elles discriminaient par conséquent à l'admission selon ces critères. Or, la LAMA n'imposait pas aux caisses d'abandonner ces pratiques. La loi n'imposait pas non plus de taille minimum du sociétariat comme condition d'obtention de la reconnaissance. Enfin, elle ne contraignait pas les caisses à offrir à leurs membres des prestations d'assurance médicale (plutôt que des indemnités journalières), ni n'offrait de subventions plus élevées à celles qui le faisaient. Pourtant, en dépit de ce cadre légal peu interventionniste, le monde des caisses se transforma radicalement au XX^e siècle : les caisses se bureaucratèrent et abandonnèrent progressivement leur politique d'admission restrictive ; leur taille moyenne augmenta ; et leur activité se médicalisa rapidement à partir du début des années 1920 (c'est-à-dire que le montant des prestations médicales et pharmaceutiques en proportion des prestations totales augmenta).

Dans ce livre, nous insistons par contraste sur l'influence *indirecte* de la législation sociale sur le comportement des mutuelles et sur les transformations du système d'assurance-maladie en général. Les caisses ajustèrent leur politique de recrutement, leur organisation et les prestations qu'elles offraient à leurs membres, non pas principalement en réaction aux dispositions que contenait la loi fédérale de 1911 et les différentes lois cantonales et communales qui furent introduites dans son sillon mais davantage à *la possibilité* que soient introduites des lois menaçant leur existence ou nuisant à leurs intérêts. Les débats relatifs aux assurances sociales qui eurent lieu à partir de la fin des années 1880 et jusqu'au vote de la LAMA en 1911 firent prendre conscience aux mutuelles de la fragilité politique de leur position et leur firent éprouver le besoin de prouver leur fiabilité aux yeux des législateurs et de la population en général. Elles œuvrèrent alors à se réformer dans un sens susceptible d'accroître leur crédibilité. Ces efforts prirent la forme d'un assouplissement des critères d'admission et d'une ouverture à des populations demeurées en majorité jusqu'alors hors des cercles mutualistes (les femmes dans un premier temps, puis les enfants). La nécessité vitale pour les caisses de prouver leur crédibilité ne cessa cependant pas après le vote de la LAMA. Cette loi donnait aux cantons (et aux communes) le pouvoir d'introduire l'assurance obligatoire et de fonder des caisses publiques, ce que firent un certain nombre d'entre eux. Les caisses devaient dans ce contexte se montrer dignes de se voir confier le service de l'assurance obligatoire. La diffusion

de l'assurance médicale au cours des années 1920 participa de ces efforts de crédibilisation.

Si les contextes législatifs nationaux et locaux donnèrent la première impulsion à l'ouverture des mutuelles et à l'extension du sociétariat, les transformations structurelles du monde des caisses trouvèrent par la suite leur propre dynamique et s'autoalimentèrent. Les mutuelles, traditionnellement attachées au terreau local d'où elles avaient émergé, se tournèrent vers l'extérieur et adoptèrent une logique expansionniste. Ce changement progressif d'attitude suscita des tensions concurrentielles. L'augmentation de la taille des caisses qui résultait de l'ouverture du sociétariat poussa certaines d'entre elles à dépasser leurs frontières communales ou cantonales originelles. Les plus grandes d'entre elles – les caisses centralisées qui émergèrent à partir de la première décennie du xx^e siècle et finirent par dominer le secteur – étendirent leur champ de recrutement à la Suisse entière en établissant des sections dans de multiples localités. Les mutuelles confrontées à cette nouvelle donne concurrentielle réagirent en ouvrant davantage encore leur sociétariat et en étendant leur offre pour attirer à elles des populations non encore assurées. C'est en somme un marché de l'assurance-maladie qui se structura au cours des premières décennies du xx^e siècle. À la fin des années 1930, si la logique concurrentielle n'avait pas encore déployé tous ses effets dans le monde mutualiste, elle y avait cependant fait souche.

La nouvelle donne concurrentielle, l'extension du sociétariat et la complexification de l'offre s'accompagnèrent pour les mutuelles de réformes administratives internes. Elles entreprirent de professionnaliser et de rationaliser leur organisation. Ces réformes se traduisirent en particulier par un renforcement du pouvoir décisionnel des comités centraux et, en corollaire, par un affaiblissement de l'assemblée générale (organe représentatif des membres). Ce processus contribua à éloigner les membres de la gestion quotidienne des caisses et à effriter le sens de l'appartenance communautaire. Une séparation du sociétariat et de la gestion s'opérait. Par ailleurs, à mesure que s'accroissait la taille des caisses diminuait le poids des voix individuelles et donc les incitations à participer à la vie démocratique mutualiste. La concurrence poussa également les caisses à intensifier la propagande. Elles confièrent de façon croissante cette tâche à des agents de recrutement spécialisés. Cette réclame dirigée vers un public plus large contribua à hétérogénéiser davantage le sociétariat, à diluer l'identité locale des mutuelles et à affaiblir le folklore qui l'accompagnait. Ces transformations se déroulèrent progressivement à partir des premières années du xx^e siècle, à un rythme différent selon les caisses.

Le succès de l'assurance-maladie offerte par les caisses, mesurable par la croissance des effectifs, suscita à partir de la fin des années 1930 l'intérêt des compagnies d'assurance privées. Ces compagnies constataient la dynamique d'expansion de cette branche et y percevaient l'existence d'opportunités de profit. Surtout, la massification de l'assurance-maladie offerte par les mutuelles avaient conduit ces dernières à accumuler une grande quantité de données de morbidité. Or, cette expérience statistique constituait le fondement à partir duquel les compagnies étaient en mesure d'établir leur tarification. De fait, les compagnies privées s'appuyèrent sur le savoir et l'expérience accumulés par les mutuelles pour s'engager dans la branche. Les compagnies concentrèrent plus particulièrement leurs efforts commerciaux sur les cadres et les professions libérales, qui constituaient le gros de leur clientèle traditionnelle. Les mutuelles réagirent en professionnalisant encore davantage leur organisation, et en diversifiant leur offre, pour s'adapter aux besoins de ces catégories désormais convoitées par d'autres. La rivalité entre les caisses et les compagnies s'exprima avec une intensité particulière sur le terrain de l'assurance collective, qui demeurait hors du champ de la LAMA. Ces évolutions contribuèrent de façon décisive à la diffusion de l'assurance-maladie, qui devint à partir des années 1950 un produit de consommation de masse. L'augmentation généralisée du niveau de vie au cours des décennies de l'après-guerre a joué également un rôle dans cette massification. En parallèle, et en conséquence de ces évolutions, le nombre des caisses opérant dans la branche commença à chuter (il atteint son maximum en 1952, avec 1 159 caisses, contre 707 en 1974), sous l'effet des fusions. En somme, la massification de l'assurance-maladie s'accompagna de transformations sectorielles et de modifications profondes dans l'organisation interne des caisses.

L'illustration 1 présente de façon schématique l'argument du livre.

Le récit proposé ici s'éloigne donc des grilles de lecture proposées dans l'historiographie. Les mutuelles ont parfois été présentées comme ayant été averses, *pour des raisons idéologiques*, au développement des assurances sociales. Les mutualistes auraient reproché aux assurances sociales de contrevenir au principe de l'entraide volontaire auxquelles ils étaient traditionnellement attachés. Selon cette perspective, les mutuelles auraient formé un «*front réactionnaire, absolument décidé à ne pas laisser la libre prévoyance céder le pas à l'obligation à l'assurance*»³².

³² MUHEIM David, « Mutualisme et assurance-maladie... », p. 87.

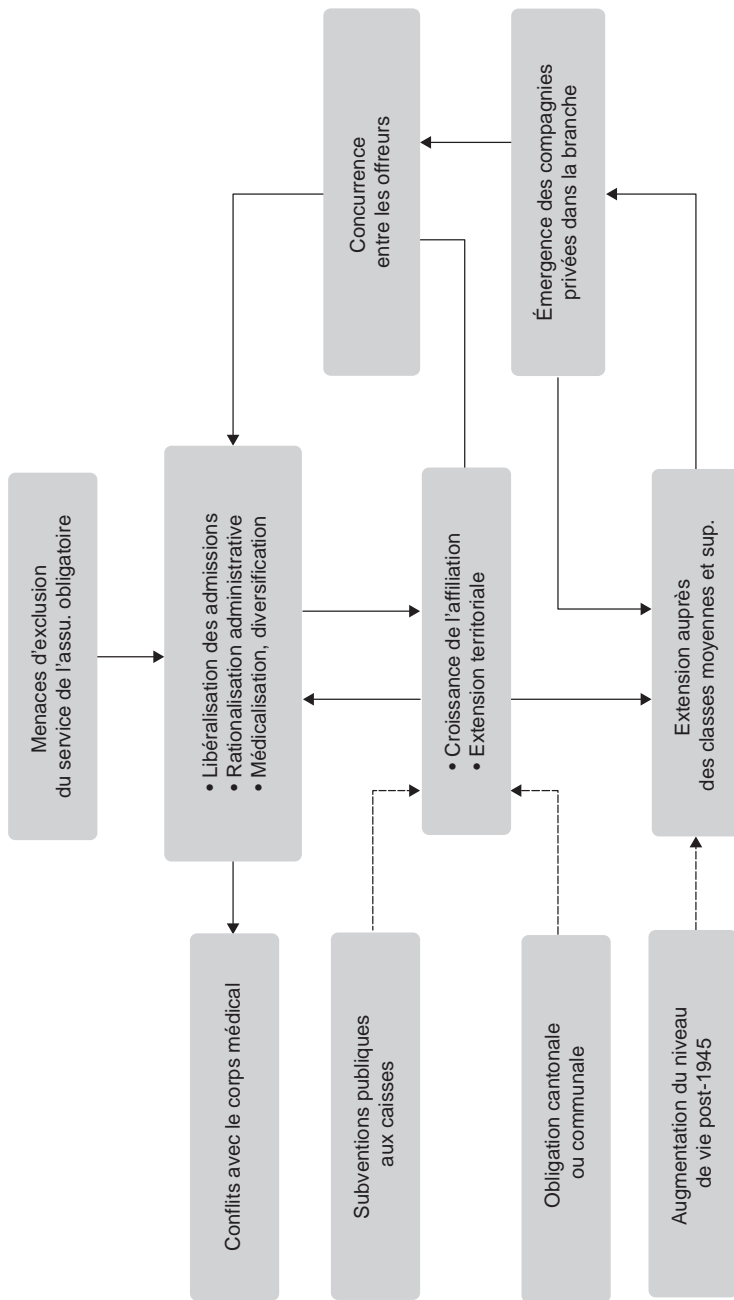


Illustration 1. Présentation schématique de l'argument.

Source : auteur.

Note : Les flèches pointillées indiquent les relations qui demeurent secondaires ou en arrière-plan dans la structure narrative de ce livre.

Nous affirmons en contraste que ce ne sont pas tant des motifs idéologiques qui guidèrent les caisses que les impératifs indissociables de *survie* et d'*expansion*. Les caisses et les associations faïtières qui les représentaient politiquement firent preuve d'une grande capacité d'adaptation, qui contribua d'ailleurs à leur résilience sur le long terme. L'impératif de survie politique impliquait des réformes internes à même dans un premier temps d'établir puis d'asseoir la crédibilité de ces organisations (premier tiers du xx^e siècle). Afin de renforcer encore leur position d'acteurs clés dans ce qui était en train de devenir le marché de l'assurance-maladie, les caisses poursuivirent une politique expansionniste, d'ouverture vers des milieux demeurés jusqu'alors hors du champ de la mutualité. Cette dynamique d'expansion – qui débuta dans le premier tiers du xx^e siècle mais atteignit son apogée entre 1930 et 1970 – se traduisit pour la mutualité par un éloignement progressif d'avec le monde ouvrier, par une séparation du sociétariat et de la gestion et par un déclin du folklore mutualiste. Plutôt qu'antagoniste, la relation entre les caisses et les assurances sociales était symbiotique. Les caisses portèrent l'essor des assurances sociales et se firent les agents de son développement. C'était après tout dans leur intérêt et dans celui des comités directeurs des caisses. Les mutualistes s'étaient faits d'ailleurs dès la fin du xix^e siècle les défenseurs de l'assurance-maladie obligatoire – dès lors, bien sûr, que celle-ci leur serait confiée. Nous entendons autrement dit nuancer la vision d'une rupture profonde – héritée des discours formulés par les réformateurs sociaux de la fin du xix^e siècle et du début du xx^e – entre, d'une part, le mutualisme archaïque, arc-bouté sur ses principes, irrationnellement attaché à ses traditions et à son folklore et, d'autre part, la rationalité étatique, incarnée par les assurances sociales.

Méthodologie et sources

Les transformations à long terme de l'écosystème mutualiste, et du système d'assurance-maladie en général, sont principalement abordées dans ce livre à travers l'expérience de deux sociétés: la Société vaudoise de secours mutuels (SVSM) d'une part, et la VITA d'autre part.

Fondée en 1846 par un groupe de radicaux lausannois, la SVSM prit rapidement de l'ampleur et figurait parmi les plus importantes mutuelles suisses par la taille du sociétariat au cours de la deuxième moitié du xx^e siècle, en dépit d'un rayon opérationnel limité aux frontières du canton

de Vaud. Si elle fut distancée par les grandes caisses centralisées de Suisse alémanique à partir du début du xx^e siècle, elle conserva sa position dominante au niveau régional jusque dans les années 1970. Elle prit en 1964 le nom de Société vaudoise et romande de secours mutuels, puis, en 1986, celui de «SUPRA, Caisse-maladie et accidents pour la Suisse» pour mieux signaler l'envergure nationale qu'elle avait prise entre-temps. En 2015, elle fut finalement absorbée par le Groupe Mutuel. La marque fut cependant conservée, et «SUPRA-1846» (le Groupe Mutuel lui ayant accolé sa date de fondation) figure encore en 2023 parmi les 49 caisses autorisées par l'Office fédéral de la santé publique à pratiquer dans le domaine de l'assurance-maladie sociale.

Une telle étude de cas rend possible le suivi, sur plus de cent vingt ans, de l'expérience d'une caisse en particulier et l'étude sur la longue durée des rapports changeants qu'elle a entretenus au cours de son histoire tant avec son sociétariat qu'avec les autorités cantonales et confédérales. Plus généralement, le cas de la SVSM offre une lentille d'observation permettant d'examiner les transformations à long terme du fonctionnement des mutuelles, de leur organisation, de leur rôle social ainsi que les évolutions générales du système suisse d'assurance-maladie.

Des considérations d'ordre pratique justifient en outre le choix de la SVSM en tant que cas d'étude. Par leur qualité et leur envergure, les archives de la SVSM – couvrant l'histoire de la caisse de sa fondation en 1846 à 1999 – forment un fonds unique en Suisse dans le domaine de l'assurance-maladie. Ces archives sont par ailleurs publiquement accessibles depuis leur dépôt en 2010 aux Archives cantonales vaudoises. Les procès-verbaux du comité central, qui constituent le cœur du fonds, font cependant l'objet d'une réserve de consultation de cinquante ans, de sorte qu'en 2022, la consultation des volumes couvrant la période post-1972 nécessite une autorisation du propriétaire du fonds (le Groupe Mutuel). Cette autorisation ne nous a malheureusement pas été accordée – raison supplémentaire justifiant les choix de périodisation présentés ci-après.

Le cas de la VITA, mis en contraste avec celui de la SVSM, apporte de riches enseignements à l'étude historique de l'assurance-maladie suisse. Contrairement à la SVSM, qui était, donc, une mutuelle, la VITA était une compagnie d'assurances à responsabilité limitée. Elle fut fondée en 1922 par la Zurich, compagnie d'assurances principalement active dans les branches accidents et responsabilité civile. Cette création s'inscrivait dans un contexte de changements importants sur le marché suisse de

l'assurance, avec la faillite de nombreuses compagnies allemandes, ruinées par l'inflation de Weimar. La Zurich profita de ces bouleversements pour se diversifier – à travers, donc, la VITA – vers l'assurance-vie. La VITA se positionna rapidement comme une compagnie active dans le domaine de la santé et de la prévention, notamment en offrant à ses clients des examens médicaux réguliers. Dans la continuité de cette stratégie commerciale, elle s'engagea à partir du début des années 1940 dans la branche maladie. Si l'assurance-vie continua de constituer son cœur de métier, elle demeura active dans le domaine de l'assurance-maladie jusqu'en 1993, date à laquelle elle fut absorbée par sa société-mère.

L'étude de la VITA et de la stratégie qu'elle déploya dans ce domaine permet de mettre en lumière le rôle clé joué par les compagnies privées dans le développement au xx^e siècle de l'assurance-maladie en tant que marché – un aspect intégralement négligé par l'historiographie jusqu'aujourd'hui. Le cas de la VITA, confronté avec celui de la SVSM, permet de souligner les différences profondes qui séparaient ces deux mondes – celui de l'assurance privée d'une part et celui du mutualisme d'autre part –, issus de traditions assurantielles distinctes. Un tel contraste rend également possible l'identification de points de convergence, et d'emprunts réciproques. La confrontation au xx^e siècle entre le monde mutualiste et celui des compagnies privées produisit une dynamique spécifique et contribua à l'essor d'un *marché*, intégré au niveau national, de l'assurance-maladie. Nous mettons notamment en évidence le résultat paradoxal selon lequel, la percée des compagnies dans le domaine de l'assurance-maladie concourut à renforcer la position des mutuelles – structurées autour de puissantes associations faïtières – en suscitant chez elles des réactions fortes de contre-offensives.

Si les développements qui suivent s'appuient sur les cas de la SVSM et de la VITA, ils ne s'y limitent cependant pas. Afin de souligner, selon les thèmes abordés, la représentativité ou au contraire la singularité des cas choisis, nous examinerons l'expérience d'autres mutuelles ou sociétés d'assurance ainsi que celle des associations faïtières de caisses. La description de l'écosystème mutualiste de la seconde moitié du xix^e siècle (Partie I) se fonde sur l'étude d'un grand nombre de statuts de caisses, actives tant en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. Pour le xx^e siècle, nous nous appuyons principalement sur les rapports annuels des grandes caisses centralisées de Suisse alémanique – Helvetia, Chrétienne sociale, Grütli et Concordia. Ces rapports offrent de précieuses informations relatives au nombre de membres, à l'extension géographique des activités

et aux types de produits offerts. Nous exploitons enfin la presse mutualiste, émanation des associations faîtières de caisses : la *Mutualité romande* pour la Suisse francophone, et la *Schweizerische Krankenkassen-Zeitung* pour la Suisse alémanique. Afin de mettre en perspective l'expérience de la VITA, nous utilisons les riches rapports sur *Les entreprises d'assurances privées en Suisse*, publiés annuellement par le Bureau fédéral des assurances, organe de contrôle des compagnies privées.

Ce livre s'appuie enfin sur des sources non issues des milieux assurantiels ou mutualistes, qui se répartissent en deux grandes catégories. Premièrement, les sources officielles, incluant des rapports d'experts produits à l'occasion de discussions législatives, les messages du Conseil fédéral et les rapports de l'Office fédéral des assurances sociales. Ces derniers contiennent des informations quantitatives sur l'évolution générale de l'assurance-maladie (le nombre de caisses, leur nature et leur taille, le nombre d'assurés, etc.). Deuxièmement, les sources issues du milieu médical et principalement le *Bulletin professionnel des médecins suisses*, organe des sociétés cantonales de médecine, qui permet d'examiner la façon dont le monde médical percevait l'assurance-maladie et les caisses.

Périodisation et plan

Ce livre couvre une période s'étendant du milieu du XIX^e siècle au début des années 1970 et propose plus précisément un découpage chronologique en quatre sous-périodes.

La première sous-période s'étend de 1846, date de la fondation de la SVSM, à 1890, date de l'adoption de l'article constitutionnel 34^{bis}. Celui-ci prévoyait une intervention confédérale en matière d'assurance-maladie et accidents (sans définir la forme que cette intervention devait prendre), et donnait à la Confédération le pouvoir de rendre l'assurance obligatoire en général ou pour certaines catégories de la population. C'est au cours de cette première sous-période, couvrant l'essentiel de la deuxième moitié du XIX^e siècle, que le mutualisme prit véritablement de l'ampleur en Suisse en tant que phénomène social. Si quelques mutuelles avaient été fondées avant les années 1850, le phénomène était alors demeuré marginal. L'écosystème mutualiste de la seconde moitié du XIX^e siècle était, en fait de modalités d'admission, marqué par la grande diversité de ses composantes. Certaines mutuelles étaient fondées sur l'appartenance à une profession commune,

d'autres sur la confession, d'autres encore sur la relation salariale (en l'occurrence les caisses d'entreprises). Au cours de cette période, le mode de fonctionnement des caisses ne subit cependant guère de modification majeure. Enfin, les rapports avec les autorités publiques locales, cantonales ou nationales, demeuraient distants.

La deuxième sous-période s'étend de 1890 à 1912, année marquée par la votation de la LAMA. Au cours de ces deux décennies, d'intenses controverses autour de la question des assurances sociales agitèrent la vie politique nationale. Ces années de lente gestation d'une loi d'assurances sociales – marquées également par le rejet en 1900 de la Lex Forrer – représentèrent pour les caisses une période d'incertitude. Elles firent soudain l'objet d'une attention politique. Les mutuelles romandes fondèrent à cette occasion la Fédération des sociétés de secours mutuels de Suisse romande (1893) pour tenter de faire entendre leur voix. Le Concordat des caisses alémanique (aujourd'hui Santésuisse), fondé en 1891, ne s'occupa initialement que de la problématique du libre passage; il ne commença à jouer le rôle d'association faîtière des caisses alémaniques qu'à partir des années 1910.

La troisième sous-période s'étend de 1912 à 1936, année durant laquelle le Conseil fédéral rendit obligatoire la participation des assurés aux frais médicaux et contribua ainsi à mettre fin à une période d'inflation médicale ayant commencé au début des années 1920. La problématique qui domine cette période est en effet celle de la médicalisation de l'activité des caisses-maladie. Le rôle des mutuelles avait consisté jusqu'alors à offrir à leurs membres des «indemnités journalières» en cas d'incapacité de travail causée par la maladie ou l'accident. Au cours des décennies 1910 et 1920, se propagea l'assurance soins médicaux et pharmaceutiques. Celle-ci consistait à rembourser aux assurés les prestations médicales, plutôt que de les protéger contre les risques financiers liés à l'incapacité de travail. Les caisses entrèrent dès lors en contact avec le corps médical, vis-à-vis duquel elles avaient jusqu'alors conservé une attitude distante. Des conflits réguliers émaillèrent les rapports qu'entretenaient ces deux groupes.

Enfin, la quatrième sous-période s'étend de 1936 à 1974, date correspondant à l'échec en votation populaire de l'initiative socialiste «pour une meilleure assurance-maladie». Cette période fut caractérisée par d'importantes mutations structurelles dans le secteur de l'assurance-maladie. Les compagnies privées, qui s'engagèrent dans la branche à partir de la fin des années 1930, exercèrent de ce point de vue une influence

majeure en poussant les caisses à de profondes réformes internes. La période fut également marquée par l'émergence d'importants systèmes mutualistes de réassurance pour les maladies longues. L'assurance-maladie se diffusa largement au cours de cette période ; au début des années 1970, elle était devenue un produit de masse, consommé par l'ensemble des couches sociales indistinctement. Quant aux caisses, elles avaient achevé leur mue en organisations bureaucratiques et n'entretenaient guère plus avec leurs sociétaires – désormais les assurés – que des relations commerciales distantes.

En couvrant plus de cent vingt ans d'histoire du système suisse d'assurance-maladie, ce livre s'inscrit résolument dans la longue durée. Si une telle approche exige des sacrifices de détails (les luttes politiques autour des initiatives et des projets de loi ne seront en l'occurrence abordés que superficiellement), elle permet de retracer des évolutions structurelles profondes, imperceptibles à l'œil concentré sur les événements ponctuels. Une telle approche justifie également de réduire la focale et légitime le recours à l'étude de cas, en l'occurrence celui de la SVSM.

Le plan de ce livre suit le découpage chronologique et thématique esquissé ci-dessus. Le texte est composé de trois parties. La première couvre les sous-périodes 1 et 2 et s'étend donc de la fondation de la SVSM à l'acceptation par le peuple en 1912 de la loi fédérale. La deuxième partie couvre la troisième sous-période et aborde la problématique de la médicalisation de l'activité des caisses. La troisième partie traite de la quatrième sous-période et prend en particulier pour objet d'analyse le rôle des compagnies privées dans les évolutions du secteur de l'assurance-maladie au cours du second tiers du xx^e siècle.

PARTIE I.

LE MONDE DE L'ENTRAIDE ET LE SURGISSEMENT DE L'ÉTAT SOCIAL (1846-1912)

Chapitre 1

Le monde des sociétés d'entraide au XIX^e siècle

En juin 1854, un certain Loraux, Français établi à Genève, garçon de café de son état, se tourna vers le comité de la société de secours mutuels à laquelle il appartenait – la Société des garçons de magasins – pour obtenir des secours supplémentaires : cela faisait six mois qu'il était malade, incapable de travailler et qu'il vivait de l'aide financière de la société. Celle-ci imposait qu'une prolongation des secours soit soumise à une autorisation particulière et à la présentation d'un certificat médical renouvelé, prouvant l'incapacité de travail. Le comité accéda à la requête du sociétaire : le médecin avait confirmé les besoins de soins supplémentaires et de ménagement, et les commissaires chargés de surveiller les malades n'avaient fait, au sujet de Loraux, « *que de bons rapports durant toute la durée de sa maladie* ». Le comité accepta donc de financer sa convalescence jusqu'à entière guérison, moyennant certes « *une grande surveillance* ». Or, la décision de soumettre Loraux à une surveillance étroite se révéla peu de temps après judicieuse : un mois plus tard, les commissaires rapportèrent au comité « *avoir vu le Sieur Loraux français sociétaire malade, au frais de la société, en état d'ivresse, ou tout au moins, vu boire outre mesure pour une personne malade* »³³. L'incident ne fut pas considéré comme suffisamment grave pour exclure Loraux ou même interrompre le financement de sa convalescence. Il méritait

³³ Nous préservons dans les citations l'orthographe originelle.

cependant un avertissement, et le comité décida « *de faire au Sieur Loraux une sévère réprimande pour cette première fois, mais au moindre aperçu de choses de cette nature, les soins lui seront immédiatement retiré, et cela sans merci* »³⁴.

Cette anecdote met en évidence le rôle essentiel que jouait, dans le tissu économique et social des villes du XIX^e siècle, l'entraide professionnelle organisée par les sociétés locales de secours mutuels. Ces sociétés offraient à leurs membres une aide financière en cas d'incapacité de travail, causée par une maladie ou un accident et les protégeaient ainsi contre la décadence économique personnelle, à laquelle pouvaient conduire de telles contingences, contre l'indigence et contre la « souillure morale » de devoir vivre au crochet de l'assistance publique ou de la charité privée³⁵. Cette précieuse protection s'accompagnait, comme l'illustre le cas du Sieur Loraux, d'une contrepartie : les membres devaient se soumettre à la surveillance stricte de leurs pairs ; plus précisément à celle des « commissaires », chargés de contrôler les bonnes mœurs et le bon comportement des membres malades, conditions de réception des secours. Les écarts aux règles de conduite fixées dans les statuts pouvaient se traduire, pour les membres qui s'en rendaient coupables, par des réprimandes, voire par une exclusion. Une telle éventualité pouvait se révéler socialement funeste, en privant l'exclu d'une protection essentielle et en compromettant ses chances de retrouver une société disposée à l'accepter.

Le territoire de la Confédération était au XIX^e siècle constellé de telles sociétés. Le présent chapitre expose les traits essentiels et distinctifs de ce monde – celui du mutualisme helvète. La première section met en évidence, à travers l'examen des modalités d'admission, le caractère kaléidoscopique de l'écosystème des caisses d'entraide mutuelle au XIX^e siècle. La seconde section aborde les structures de gouvernance en vigueur au sein des mutuelles à cette époque ainsi que leur organisation interne.

³⁴ SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS DES GARÇONS DE MAGASIN, Séance du comité, Genève, 20 juin 1854 et 18 juillet 1854, Archives d'État de Genève : archives privées, 35 (folios non numérotés).

³⁵ L'indigence impliquait parfois plus qu'un risque moral : elle pouvait conduire à la privation des droits civils (se marier) ou des droits politiques (comme c'était le cas à Genève jusqu'en 1847). Voir CRAMER Frédéric-Auguste, *Étude sur les causes du paupérisme dans le canton de Genève*, Genève, Société genevoise d'utilité publique, 1856.

1. L'écosystème mutualiste

Il est possible de se former une idée (du moins approximative) de l'étendue quantitative du phénomène mutualiste à l'échelle nationale à partir des trois enquêtes – portant respectivement sur les années 1865, 1880 et 1903 – que la Société suisse de statistiques consacra aux sociétés d'entraide. Selon ces enquêtes, 632 sociétés étaient actives en 1865, contre 1 085 en 1880 et 2 006 en 1903. Quant aux *sociétaires*, les enquêtes en dénombraient 96 003 en 1865, 213 348 en 1880 et 505 947 en 1903, soit, respectivement, 4 %, 7,5 %, 15,3 % de la population totale de la Suisse à ces dates. Par comparaison, en France, ces ratios s'élevaient pour les mêmes dates à 1,5 %, 2,1 %, 5,1 %³⁶. Autrement dit, le phénomène mutualiste était – *en termes relatifs* – solidement implanté en Suisse au XIX^e siècle. Cette conclusion est de surcroît renforcée par la considération suivante : eu égard aux difficultés d'accès à l'information auxquelles fit face la Société suisse de statistique, les chiffres présentés dans les enquêtes tendaient à *sous-estimer* quantitativement l'importance du phénomène (voir annexe 1).

L'une des caractéristiques centrales de cet écosystème mutualiste était la grande variété de ses composants. Les développements ci-dessous proposent une typologie fondée sur les modalités d'admission. Ce critère apparaît comme décisif pour établir une classification : la modalité d'admission déterminait le rapport qu'entretenaient les membres vis-à-vis des sociétés auxquelles ils appartenaient. Deux types de caisses peuvent de ce point de vue être distingués : les caisses « facultatives » et les caisses « obligatoires ». Les premières étaient en règle générale indépendantes. Elles existaient pour elles-mêmes et n'étaient pas liées à une organisation tierce. L'intérêt que pouvaient avoir des travailleurs à joindre une caisse d'entraide guidait l'adhésion éventuelle, qui demeurait libre. Les caisses « obligatoires » étaient quant à elles, pour l'essentiel, adossées à une organisation tierce, typiquement une entreprise ou un syndicat. L'adhésion était « obligatoire » dans la mesure où tous les salariés de l'entreprise (ou tous les membres du syndicat) étaient contraints, en vertu de leur lien avec cette organisation de tutelle, de s'affilier à la caisse d'entraide qui lui était associée. L'obligation était donc essentiellement *réglementaire* ou *contractuelle*. Il existait cependant également dans certains cantons,

³⁶ DIRECTION DE LA MUTUALITÉ, *Rapport sur les opérations des sociétés de secours mutuels pendant l'année 1903*, Melun, Imprimerie administrative, 1907, p. 11. En ligne : <<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5495405f>>, consulté le 12 avril 2020.

pour certaines catégories de la population, une obligation légale de s'affilier à une société d'entraide, mais ce phénomène – sur lequel nous reviendrons – demeurait au XIX^e siècle relativement marginal.

Au sein des caisses facultatives, plusieurs sous-catégories peuvent être identifiées. Ces caisses pouvaient tout d'abord être fondées sur l'*appartenance nationale* ou sur l'*origine ethnique*. De telles sociétés étaient naturellement davantage présentes dans les villes accueillant d'importants contingents de travailleurs étrangers (par exemple Genève et Bâle). La Société française, par exemple, fondée à Bâle en 1848, aspirait à « *rapprocher et réunir par un lien amical les Français résidents à Bâle* »³⁷. À Genève, la Concordia (fondée en 1845) réunissait les travailleurs d'origine allemande. Naturellement, les autorités suisses pouvaient être conduites, dans des contextes d'instabilité géopolitique, à porter un regard méfiant sur ces sociétés d'entraide « allogènes ». L'affaire de la Société italienne de secours mutuels de Genève, qui éclata en 1858, est à cet égard significative. À la suite de l'attentat d'Orsini (la tentative – vaine – de la part de nationalistes italiens d'assassiner Napoléon III le 14 janvier 1858), le gouvernement français intervint auprès du Conseil fédéral, afin que celui-ci combatte les réseaux de réfugiés italiens accusés de fomenter des activités révolutionnaires et soupçonnés d'agir depuis la Suisse et, en particulier, depuis Genève. L'enquête que le Conseil fédéral commissionna à propos de cette affaire pointa du doigt la Société italienne de secours mutuels qui fut accusée de mener des activités subversives sous couvert d'œuvre philanthropique. Le Conseil fédéral obtint finalement du canton de Genève la dissolution de cette association ainsi que l'expulsion ou l'internement des sociétaires incriminés³⁸. La solidarité de type « diasporique » ne se manifestait cependant pas uniquement parmi les étrangers résidant en Suisse. Elle liait également parfois les Suisses demeurant hors de leur canton d'origine. Il existait par exemple à Zurich une société d'entraide saint-galloise (1871) et une société lucernoise (1876), et à Neuchâtel, une société vaudoise (1846) et une société genevoise (1846)³⁹.

³⁷ Statuts de la Société française fondée le 6 avril 1848 à Bâle révisés le 16 septembre 1864, Bâle, 1864, SWA, Versicherungen, B III 17.

³⁸ Sur cette affaire, voir VUILLEUMIER Marc, « La situation politique à Genève en 1858 : un rapport inédit adressé à Napoléon III », *Bulletin de la Société d'histoire et d'archéologie de Genève* 12(3), 1962, pp. 205-206.

³⁹ KINKELIN Hermann, *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1880*, Berne, Société suisse de statistique, 1888, p. 10 et p. 72.

Les caisses volontaires pouvaient également être *confessionnelles*, c'est-à-dire fondées sur l'appartenance à une religion ou à une dénomination religieuse commune. L'initiative de la fondation de ces caisses revenait souvent aux minorités religieuses, spontanément plus portées que les membres des groupes religieux majoritaires à l'élaboration de réseaux locaux de solidarité. L'entraide confessionnelle pouvait parfois former, au niveau local, le terrain d'expression des luttes d'influences entre différentes dénominations religieuses. Quelques années après la fondation de la société Sainte-Blandine (1846) – une société d'entraide pour les domestiques catholiques résidents à Genève opérant sous le patronage de la paroisse catholique romaine du canton –, l'Église protestante genevoise fonda à son tour (1853) une société d'entraide pour domestiques. Le but de cette entreprise était explicitement de contrecarrer l'influence, perçue comme menaçante, de l'activité philanthropique catholique :

«L'association Sainte-Blandine présente pour Genève plus de dangers qu'on ne paraît le croire. Elle ferme peu à peu les maisons de la ville aux domestiques protestantes sur lesquelles elle jette une sorte de défaveur. Puis elle introduit dans ces maisons des catholiques qu'elle a réussi à faire toujours mieux accepter. Elle expose les filles protestantes à la tentation de se ranger sous ses statuts pour jouir des avantages qu'elle leur offre et de se placer ainsi sous l'influence ultramontaine et dans l'obligation de participer aux actes du culte romain. [...] Beaucoup de filles protestantes déjà se sont affiliées à l'institution de Sainte-Blandine et dans leur nombre, il en est même plusieurs qui se sont tout à fait tournées vers le Romanisme. [...] L'institution que nous désirerions voir se former [...] servirait à combattre l'influence du Papisme dans Genève.»⁴⁰

Ces sociétés confessionnelles n'étaient donc pas des caisses d'entraide au sens strict du terme. Non seulement elles exerçaient une activité prosélyte – ce qui n'était pas le cas des caisses ouvrières traditionnelles – mais elles s'écartaient, par leur organisation, des principes égalitaires et démocratiques propres au mutualisme ouvrier (du moins dans sa forme idéal-typique). Leur fonctionnement présentait certes des caractéristiques propres à l'entraide : ces caisses étaient en partie financées par les cotisations des membres, et donc, du point de vue financier, partiellement fondées sur le principe de la

⁴⁰ Projet d'association pour les domestiques protestantes de Genève, Genève, 1853, BGE, Gf 1477. Voir également, Association de Sainte Blandine pour les domestiques de Genève, Carouge, 1848, BGE, Gf 436/16(44).

mutualisation des ressources. Elles n'étaient cependant pas organisées et gérées par les membres eux-mêmes, mais par des autorités extérieures, en l'occurrence religieuses. La structure était verticale, plutôt qu'horizontale comme dans les sociétés d'entraide ouvrière «classiques». Dans le cas de ces sociétés confessionnelles, la frontière entre la philanthropie et l'entraide était poreuse.

Les efforts déployés durant les dernières décennies du XIX^e siècle par les élites politiques radicales pour juguler l'influence de l'Église catholique romaine et les conflits qui en résultèrent (le «Kulturkampf») jouèrent parfois dans la création des caisses confessionnelles un rôle significatif. La *Kranken- und Sterbekassa der katholischen Genossenschaft*, par exemple, fut fondée en 1879 par une association catholique zurichoise en vue de renforcer les liens au sein de la communauté catholique romaine, fragilisée par l'émergence d'un mouvement schismatique soutenu par le gouvernement cantonal et les groupes radicaux critiques vis-à-vis de l'ultramontanisme⁴¹. Cette caisse locale se joignit quelques années plus tard à la *Krankenkassenverband des katholischen Volksvereins* (fondée en 1890 à Olten) qui entendait réunir les caisses-maladie catholiques de Suisse alémanique. Cette association prit en 1914 le nom de Konkordia⁴². Toujours active aujourd'hui (sous le nom de Concordia), cette dernière compte en 2022 plus de 500 000 assurés et figure parmi les plus importantes caisses-maladie du pays.

Les caisses d'entraide pouvaient également être fondées sur le critère de l'appartenance à une *profession commune*. Ces caisses étaient en règle générale indépendantes, fondées et gérées par et pour les travailleurs d'une branche particulière ou d'un corps de métier particulier. Ces caisses se distinguaient donc des caisses ouvertes et confessionnelles dans la mesure où les notables locaux y étaient moins impliqués, voire pas impliqués du tout. Ce sont parmi ces sociétés, attachées à leur indépendance, que se trouvaient les réfractaires qui refusèrent de répondre aux enquêteurs de la Société suisse de statistique (voir annexe 1). Une condition de l'émergence de ces caisses était l'existence, au sein d'un corps de métier, d'une culture et d'une identité professionnelles communes, desquelles découlait la perception d'un

⁴¹ En l'occurrence, celui de l'«Église catholique chrétienne», dont les fidèles refusaient le dogme de l'infaillibilité pontificale affirmé par le premier concile du Vatican en 1870. Sur le catholicisme zurichois pendant cette période, voir STIERLIN Max, *Die Katholiken im Kanton Zürich 1862-1875 im Spannungsfeld zwischen Eingliederung und Absonderung*, thèse de doctorat, Fribourg, Université de Fribourg, 1994.

⁴² RECHSTEINER Eugen, *Krankenkasse Konkordia Zürich 1879-1979*, Zurich, Konkordia, 1979.

intérêt commun. Une telle condition était le plus souvent remplie parmi les métiers dont l'exercice nécessitait la possession de certaines compétences; de métiers, autrement dit, que l'on ne pouvait exercer qu'après avoir été formé pour cela. Ces «barrières à l'entrée» favorisaient l'émergence d'une culture professionnelle commune et, en retour, étaient propices à la création d'institutions d'entraide⁴³. Si la plupart des caisses professionnelles se bornaient à secourir les sociétaires en cas de maladie et d'accidents, certaines étendaient leurs activités à des domaines relevant des relations industrielles. La Société des faiseurs de ressorts de Genève avait pour but – outre l'aide en cas de maladie – d'unir au sein d'une même structure l'ensemble des ouvriers de cette profession afin d'accroître leur pouvoir de négociation⁴⁴. Ces sociétés d'entraide proto-syndicales étaient cependant rares; pour être viables elles devaient faire preuve d'une grande capacité de coordination, surtout présente dans le contexte de marchés étroits et de milieux restreints, comme celui de la Fabrique genevoise.

Les caisses facultatives pouvaient enfin être «ouvertes», c'est-à-dire n'être fondées sur aucun critère spécifique d'admission, sinon le lieu de résidence (et bien sûr l'âge et l'état de santé, critères communs à l'ensemble des caisses). Ces caisses ouvertes étaient souvent fondées par les élites locales qui aspiraient à établir une forme de contrôle social sur un territoire donné. C'est par exemple le cas de la Société fribourgeoise de secours mutuels, fondée en 1851 par les élites radicales du canton, arrivées au pouvoir dans le sillage de la guerre du Sonderbund et de la chute du gouvernement conservateur que ce conflit provoqua. Parmi les membres du premier comité directeur de cette société figuraient le préfet de la ville, le directeur de police, le secrétaire du département cantonal des finances, un conseiller d'État, un juge de paix et un notaire. Ces notables envisageaient l'établissement d'une société d'entraide comme un moyen de solidifier un pouvoir urbain fraîchement acquis et aux fondements encore fragiles. Cette initiative représentait également une façon de pénétrer dans un espace – celui de la philanthropie locale et des œuvres sociales – qui avait été jusqu'alors quasiment exclusivement occupé par

⁴³ La Société des ouvriers plâtriers et peintres en bâtiment de Genève formulait, dans son règlement de 1857 (art. 1), l'objectif «*de réunir les ouvriers d'un même corps d'état, par esprit de prévoyance et de fraternité.*» (Règlement de la Société fraternelle et de secours mutuels entre les ouvriers plâtriers et peintres en bâtiment travaillant dans le canton, Genève, 1857, BGE, Gf 1655).

⁴⁴ Société des ouvriers faiseurs de ressorts de Genève. Fondée en mai de l'année 1859, Genève, 1859, BGE, Gf 437/16 (2).

les élites conservatrices et les autorités ecclésiastiques du canton⁴⁵. De la même manière, la *Allgemeine Krankenkasse Zürich* fut fondée en 1856 par la Société zurichoise d'utilité publique, une institution administrée par le patriciat local. Le but de cette caisse-maladie était, selon les mots de ses fondateurs, d'«*encourager au sein de la classe ouvrière l'économie et l'ordre, de promouvoir son état de santé, d'accroître sa force morale, son courage et son désir de travailler*»⁴⁶. Autrement dit, si ces sociétés ouvertes, la plupart du temps locales, appartenaient en partie au monde de l'entraide au regard du mécanisme financier sur lequel elles étaient fondées (la mutualisation des ressources), elles étaient également pleinement philanthropiques du point de vue des buts poursuivis par leurs fondateurs⁴⁷.

Ces différentes formes de caisses facultatives n'épuisaient pas au XIX^e siècle l'univers des modalités de protection contre le risque d'incapacité de travail. Aux côtés des sociétés facultatives, les *caisses obligatoires* occupaient un rôle central dans le monde de la protection sociale pré-étatique. Au premier rang de ces caisses obligatoires figuraient les *caisses d'entreprises*. Celles-ci apparurent durant la première moitié du XIX^e siècle, à la faveur de l'industrialisation naissante et du déclin du travail domestique. Les fondateurs des premières entreprises s'appuyant sur l'usine comme modalité d'organisation du travail virent dans l'établissement de caisses d'entreprises un moyen d'assurer le recrutement de la main-d'œuvre et surtout, sa stabilité. En offrant aux ouvriers des avantages non salariaux, en l'occurrence celui de la sécurité, les entreprises visaient à s'assurer leur attachement⁴⁸. L'entreprise zurichoise de machines textiles Escher Wyss (fondée en 1805), qui créa en 1831 une caisse d'entraide pour ses employés, figurait parmi les pionniers de cette forme de paternalisme patronal. Si cette caisse fut d'abord destinée aux ouvriers qualifiés, son rayon d'action fut progressivement étendu au reste des employés⁴⁹. En 1865, la caisse Escher Wyss comptait

⁴⁵ CHIFFELLE Marcel, *Le Secours mutuel fribourgeois, 1851-1951, fête le 100^e Anniversaire de sa fondation*, Fribourg, 1951, AEF, Société secours mutuels fribourgeois 135 (71748); *Notice sur la Société de secours mutuels de la Ville de Fribourg à l'occasion de la célébration de son cinquantenaire*, Fribourg, 1902, AEF, Société secours mutuels fribourgeois 134 (71429).

⁴⁶ DENZLER Ed., *Achtzig Jahre Allgemeine Krankenkasse Zürich, 1856-1936*, Zurich, Schulthess, 1938, p. 7.

⁴⁷ Sur le lien entre la philanthropie et le mutualisme en Suisse et à Genève en particulier, voir DAVID Thomas, HEINIGER Alix, *Faire société. La philanthropie à Genève et ses réseaux transnationaux autour de 1900*, Paris, Éditions de la Sorbonne, 2019, pp. 180-196.

⁴⁸ HATZFELD Henri, *Du paupérisme à la Sécurité sociale, 1850-1940*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2004, pp. 103-110.

⁴⁹ IRMINGER-BUSCH Rudolf, *Betriebskrankenkasse Escher Wyss & Cie Zürich 1831-1931*, Zurich, Siegfried, 1936.

1 100 membres, ce qui faisait d'elle l'une des caisses d'entreprises les plus importantes de Suisse. En général, l'appartenance à une caisse d'entreprise était plus fréquente parmi les ouvriers travaillant dans des branches où régnait la concentration industrielle. Par exemple, en 1900, la proportion de travailleurs affiliés à une caisse d'entreprise atteignait 69 % dans l'industrie du coton, contre 13 % dans la broderie, où le modèle de l'atelier indépendant était plus répandu⁵⁰. Les compagnies de chemin de fer mirent également sur pied d'importantes caisses d'entreprises. Ces compagnies comptaient, après tout, parmi les plus importantes entreprises de Suisse, en nombre d'employés. La plus grande caisse d'entreprise – par la taille du sociétariat – était, en 1865 et 1880, la caisse des employés et ouvriers de la Compagnie des chemins de fer de la Suisse occidentale (1 108 et 2 534 membres, respectivement)⁵¹. Il existait, enfin, des caisses d'administration publiques, similaires dans leur principe d'admission aux caisses d'entreprises (obligation d'affiliation pour les employés)⁵².

Les syndicats ouvriers fondèrent également des caisses d'entraide. La plupart d'entre eux étaient organisés sur le principe fédératif : ils constituaient des ensembles composés de sections actives au niveau local ou cantonal, chapeautées par un comité central et dont les propositions étaient discutées en assemblées générales. Les caisses d'entraide que les syndicats créèrent reflétaient cette structure organisationnelle décentralisée⁵³. En 1903, il existait en Suisse 13 caisses d'entraide gérées par des fédérations syndicales (en excluant les caisses de décès proprement dites, qui n'accordaient pas de secours en cas de maladie)⁵⁴. La plupart (9 sur 14) furent établies au cours des décennies 1870 et 1880. Les plus importantes par la taille du sociétariat étaient celles du syndicat de l'industrie de la broderie (57 sections regroupant 8 006 membres), du syndicat des commis voyageurs (42 sections, 2 741 membres) et du syndicat Union-Helvetia des employés de l'hôtellerie (30 sections, 2 250 membres). Les membres du syndicat étaient dans la plupart

⁵⁰ BUOMBERGER Ferdinand, *Die Schweizerischen Fabrikkrankenkassen*, Zurich, Bacssler & Drexler, 1906, p. 9.

⁵¹ KINKELIN Hermann, *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1865*, Bâle, Société suisse de statistique, 1868 ; KINKELIN Hermann, *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1880...*, section « Tableaux statistiques », p. 68.

⁵² Par exemple la *Krankenunterstützungskasse des Schutzmännercorps Schaffhausen*, fondée en 1878, ou la *Personalkrankenkasse der Stadt Winterthur*, fondée en 1895.

⁵³ Voir par exemple, Statuten für die Krankenkasse des schweizerischen Typographenbundes, Bâle, 1874, SWA, Versicherungen, C I 138.

⁵⁴ GUTKNECHT Alfred, *Les sociétés de secours mutuels en Suisse en l'année 1903*, Berne, Département fédéral de l'Industrie, 1907, pp. 17-21.

des cas réglementairement contraints de s'affilier à la caisse syndicale⁵⁵. Enfin, mentionnons une caisse dont le statut était particulier: la caisse d'entraide du Grütli, établie en 1872 par la Société du Grütli, quant à elle fondée en 1838. La Société du Grütli était, selon l'expression d'Erich Gruner, une «*figure androgyne*»⁵⁶: ni un syndicat à proprement parler, ni une association politique formelle, cette société avait pour objectif affiché de promouvoir «*la formation de ses membres en tant que citoyens compétents de la patrie suisse, bien au fait de leurs droits et de leurs devoirs*»⁵⁷. La caisse d'entraide du Grütli se détacha cependant progressivement de la société qui lui avait donné naissance. En 1880, l'obligation d'affiliation fut levée et, en 1905, la caisse fut ouverte aux membres extérieurs (en l'occurrence des syndicats et du Parti socialiste). Appuyée sur un vaste réseau de sections locales, la caisse du Grütli prit rapidement de l'expansion. Elle figura au xx^e siècle – jusqu'à sa fusion en 1996 avec la caisse du canton de Berne et l'Evidenzia, qui donna naissance à la caisse Visana. Cette dernière figure en 2022 au huitième rang du classement des caisses-maladie les plus importantes de Suisse, avec 492 000 assurés.

Il existait enfin des sociétés d'un genre particulier: les *caisses de compagnons* (*Geselle*), c'est-à-dire de travailleurs itinérants, résidant dans une juridiction de façon temporaire pour une mission professionnelle particulière. Dans un certain nombre de cantons, les compagnons étaient au xix^e siècle légalement contraints de s'affilier à une caisse d'entraide. Une telle disposition existait à Zurich (introduite en 1844), Berne (1849), Bâle-Campagne (1855), Nidwald (1865) et Saint-Gall (1885). La loi zurichoise de 1844 soumettait les caisses de compagnons au contrôle des autorités cantonales⁵⁸. Ces lois imposant une assurance obligatoire pour une partie de la population résidente visaient – à travers l'exigence d'un certificat médical d'affiliation – à minimiser le risque que les travailleurs étrangers apportent avec eux des maladies infectieuses. Elles visaient également à éviter que les compagnons se retrouvent, en cas de maladie, à la charge des finances publiques ou d'institutions philanthropiques locales. Avec la diffusion des caisses d'entreprises à la fin du xix^e siècle,

⁵⁵ GUTKNECHT Alfred, *Les sociétés de secours...*, pp. 17-21.

⁵⁶ GRUNER Erich, *Die Arbeiter in der Schweiz im 19. Jahrhundert*, Berne, Francke Verlag, 1968, p. 468.

⁵⁷ Cité par GRUNER Erich, *Die Arbeiter...*, p. 470.

⁵⁸ «*Polizeigesetz für Handwerksgelesen, Lehrlinge, Fabrikarbeiter, Tagelöhner und Dienstboten*», Zurich, 16 décembre 1844, Staatsarchiv des Kantons Zürich, Offizielle Sammlung der Gesetze, Beschlüsse und Verordnungen des Eidgenössischen Standes Zürich (OS), OS 7, pp. 152-180.

En ligne: <<https://suche.staatsarchiv.djiktzh.ch/Dateien/107/D538904.pdf>>, consulté le 28 novembre 2021.

ces caisses de compagnons tombèrent progressivement en désuétude. La LAMA de 1911 abrogea finalement l'ensemble de ces lois cantonales relatives à l'obligation d'affiliation pour les compagnons⁵⁹.

Ces différentes catégories de caisse ne correspondent qu'à des idéal-types. Elles ne doivent pas être considérées comme reflétant *avec exactitude* la nature de l'écosystème des caisses. Les frontières entre elles étaient parfois poreuses. Le *Krankenverein Deutscher Bäckergehülfen im Bezirk Zürich*, par exemple, était à la fois une caisse professionnelle et une caisse ethnique (en l'occurrence des assistants boulangers allemands)⁶⁰. Ces cas hybrides demeuraient cependant minoritaires. Il est possible dans la plupart des cas d'identifier, à travers le nom de la caisse, la modalité d'admission prévue dans les statuts. La *Kranken- und Begräbnisverein Enge* était une caisse ouverte aux habitants de la commune de Enge, et la *Krankenkasse der Seidenstoff-Fabrik Stehli & Cie* était la caisse de l'entreprise de soierie éponyme.

Sur cette base, le tableau 1 présente la répartition proportionnelle du nombre de membres par catégorie de caisses d'entraide, pour deux dates (1865 et 1903) et trois cantons (Genève, Bâle-Ville, Zurich). Trois observations en découlent. Premièrement, on ne peut identifier, dans aucun des trois cantons, un type clairement dominant de caisse. Cela confirme le caractère kaléidoscopique de l'écosystème des caisses d'entraide au XIX^e siècle. Deuxièmement, les caisses «facultatives» (ethniques, confessionnelles, professionnelles et ouvertes) sont, *en termes relatifs*, davantage représentées à Genève qu'à Bâle et à Zurich – un phénomène lié à la structure du tissu économique de ces cantons. Si le modèle de l'atelier indépendant est demeuré plus longtemps implanté à Genève; en contraste, Zurich et Bâle figuraient parmi les régions hôtes de la deuxième révolution industrielle et où s'implanta le modèle de l'usine concentrée. Troisièmement, l'importance relative des caisses syndicales augmenta entre les deux dates à Zurich et à Bâle. Cette augmentation reflète les nouvelles configurations (évoquées ci-dessus) des relations industrielles qui se mirent en place durant la seconde moitié du XIX^e siècle. Naturellement, en raison du caractère parfois poreux des catégories et de la méthode employée pour identifier les modalités d'admission (déduites du nom de la caisse), l'image proposée par ce tableau demeure impressionniste.

⁵⁹ Sur les diverses lois relatives aux compagnons, voir KUMMER Johann Jacob, *Die Gesetzgebung über das Versicherungswesen in der Schweiz*, Zurich, Orell, Füssli & Co, 1879, pp. 45-48.

⁶⁰ GUTKNECHT Alfred, *Les sociétés de secours...*, p. 22, n° 222.

Tableau 1. Répartition proportionnelle du nombre de membres par catégorie de caisses d'entraide

| | Genève | | Zurich | | Bâle-Ville | |
|--|--------|--------|--------|--------|------------|--------|
| | 1865 | 1903 | 1865 | 1903 | 1865 | 1903 |
| Ethniques | 25 % | 14 % | 0 % | 1 % | 1 % | 1 % |
| Confessionnelles | 16 % | 2 % | 0,4 % | 6 % | 3 % | 3 % |
| Professionnelles | 25 % | 19 % | 18 % | 11 % | 19 % | 35 % |
| Ouvertes | 19 % | 46 % | 30 % | 25 % | 54 % | 6 % |
| D'entreprises ou d'administrations publiques | 3 % | 15 % | 48 % | 44 % | 11 % | 40 % |
| Syndicales | 12 % | 4 % | 0 % | 12 % | 0 % | 13 % |
| De compagnons | 0 % | 0 % | 4 % | 1 % | 12 % | 2 % |
| Total | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Total (Nombre de membres) | 5 292 | 11 936 | 15 142 | 98 882 | 11 677 | 25 372 |

Lecture : en 1865, 16 % des individus résidant à Genève affiliés à une caisse d'entraide l'étaient auprès d'une caisse confessionnelle.

Sources : Kinkelin (1868), Gutknecht (1907). Notes : (1) Lorsque deux catégories se chevauchent, la dimension jugée déterminante pour l'identité et la structure de la caisse a été sélectionnée. La Société des ouvriers mécaniciens du canton de Genève (Gutknecht, 1907, p. 332, n° 59) par exemple, est classée parmi les caisses professionnelles. (2) Les caisses de retraite ou d'orphelins, essentiellement différentes dans leur fonctionnement et leur rôle social, ont été exclues. (3) Pour les caisses genevoises n° 39 et n° 41 à 44, listées dans Kinkelin (1868) et pour lesquelles le nombre de membres n'est pas précisé, nous avons utilisé la moyenne du nombre de membres des autres caisses professionnelles du canton. (4) La *Allgemeine Krankenpflege* est exclue pour Bâle. La prise en considération de cette caisse, en raison de sa taille relative (elle représentait 40 % du sociétariat total du canton en 1865) et de son statut particulier qui dépasse les catégories classiques présentées dans ce chapitre, aurait introduit un biais. Des développements spécifiques sont consacrés à cette caisse au chapitre 4.

Enfin, si la diversité prévalait au sein de l'écosystème mutualiste s'agissant des modalités d'admission, une certaine homogénéité régnait quant à *la taille* de ces entités et à *l'étendue géographique* de leur opération. Le rayon de la plupart de ces sociétés ne dépassait pas les frontières de la commune ou du district. Ces sociétés locales représentaient approximativement 70 % du total des caisses en 1865 et 1885. Si l'on ajoute à ces sociétés communales et de district, les caisses de fabrique, par définition limitées à l'échelle de l'entreprise, la proportion des caisses

locales s'élevait à 90% du total. Autrement dit, le mutualisme suisse était constitué, au XIX^e siècle, d'une constellation de micro-assurances locales et enracinées. Naturellement, la dimension territoriale limitée de la plupart des caisses avait pour corollaire l'étroitesse du sociétariat. En 1865, la moitié d'entre elles ne dépassaient pas 100 membres, et cette proportion ne se modifia pas sensiblement jusqu'en 1903. En 1865, seules 8 sociétés (1,3% de l'ensemble) pouvaient s'enorgueillir de compter plus de mille membres (contre 65 en 1903, soit 3,2% du total). Autrement dit, les grandes caisses de plus d'une centaine de milliers d'assurés, qui finirent par dominer le marché de l'assurance au XX^e siècle, étaient inexistantes au XIX^e siècle. L'écosystème des caisses était caractérisé par l'éparpillement plutôt que par la concentration.

2. Fonctions et organisation des caisses d'entraide

Comment, au XIX^e siècle, les sociétés étaient-elles organisées et gérées ? Comment les décisions étaient-elles prises en leur sein, et comment le pouvoir était-il distribué ? La littérature mutualiste contemporaine met en avant l'autogestion et le fonctionnement démocratique en tant qu'attributs fondamentaux de la mutualité⁶¹. Qu'en était-il des sociétés d'entraide du XIX^e siècle ?

Les réponses que l'on peut apporter à ces questions diffèrent selon le genre de la société que l'on considère. Les caisses d'entreprises étaient en général dirigées, réglementées et surveillées par les patrons de l'entreprise elle-même. Le comité de ces caisses était souvent composé de membres du conseil d'administration de l'entreprise. Par exemple, le propriétaire de la filature de laine Flekenstein-Schulthess (Zurich) prenait en charge la direction de la caisse éponyme et supervisait l'exécution de son règlement. Ce modèle d'ingérence patronale directe n'était cependant pas universel. Les patrons jouaient dans certaines caisses d'entreprises un rôle plus passif, se contentant de déléguer la direction de la caisse aux travailleurs eux-mêmes, sans abandonner totalement, bien sûr, un rôle de supervision. Les statuts de la caisse de la filature Diezikon & Hubwies (Zurich) précisait que « *les propriétaires de l'usine sont invités et ont le droit de participer aux séances de la commission de gestion, seulement*

⁶¹ BEAUDET Thierry, PIERRON Luc, *La Mutualité*, Paris, Presses universitaires de France, 2018, p. 9.

cependant avec une voix consultative». La caisse de secours des ouvriers de la Société genevoise pour la construction d'instruments de physique était pour sa part «*gérée, sous la surveillance du directeur de la Société, par deux délégués des ouvriers nommés à l'assemblée générale chaque semestre*». En général, la direction de l'entreprise à laquelle était attachée la caisse disposait du pouvoir de trancher les différends pouvant opposer les assurés au comité de la caisse⁶².

Au sein des sociétés volontaires, la distinction entre l'assuré et l'assureur était davantage effacée. La direction de ces sociétés autonomes était prise en charge par les assurés eux-mêmes. Ces sociétés étaient en principe autogérées et gouvernées selon des règles démocratiques. Le comité – organe exécutif – était composé du président, du vice-président et du trésorier (parfois y siégeaient également le secrétaire et le vice-secrétaire), tous élus à la majorité par l'assemblée générale et choisis parmi les membres de la caisse. Ces fonctions étaient fréquemment exercées à titre gratuit. Le comité devait veiller à la bonne marche générale de la société; il convoquait et fixait l'ordre du jour des assemblées générales; il exerçait un droit de regard sur l'admission des nouveaux membres; veillait à la tenue des recueils de procès-verbaux; recevait et faisait droit aux réclamations. Les tâches du trésorier étaient cruciales entre toutes, puisqu'il assurait la perception des cotisations, la tenue des comptes et veillait à leur équilibre. Pleinement démocratiques dans leurs règlements, les sociétés de secours mutuels devaient toutefois composer avec les impératifs pratiques de la gestion quotidienne: la conduite des affaires était souvent confiée aux plus lettrés et aux plus compétents d'entre les membres, capables de rédiger les procès-verbaux, de tenir le registre des malades et les livres de comptes. Pour simples que soient ces documents administratifs, leur tenue exigeait un degré minimum d'alphabétisation et une maîtrise de l'arithmétique élémentaire.

⁶² Statuten der Kranken Unterstützungs-Kassa für die Arbeiter des Fabrikbesitzers Fleckenstein-Schulthess in Wädenswil, Zurich, 1878, ZB, LK 2524/3/475, art. 17; Statuten der Fabrik-Kranken-Kasse für die Arbeiter in den mechanischen Webereien Diezikon & Hubwies, Zurich, 1879, ZB, LK 2524/3/478, p. 11; Règlement de la Caisse de secours des ouvriers de la Société genevoise pour la construction d'instruments de physique, Genève, 1871, BGE, Gf 410; Statuts de la Caisse de secours pour les employés de la Société genevoise de chemins de fer à voie étroite, à Genève, Genève, 1894, BGE, s. c.

Les assemblées générales se déroulaient souvent dans des cafés, des troquets ou des locaux mis à la disposition de la société par les membres eux-mêmes. Les membres participaient-ils assidûment à ces assemblées ? Difficile de l'affirmer avec certitude, faute de données suffisantes. Ils y étaient en général statutairement obligés, sous peine d'amende. Que la plupart des statuts contiennent des clauses contraignant les membres à assister aux AG signifie sans doute que le problème du déficit de participation se posait pour nombre d'entre elles et tend à montrer que l'image d'un âge d'or du mutualisme, à laquelle aimaient se référer les administrateurs de caisses au xx^e siècle afin d'inviter les membres à plus d'assiduité aux assemblées, relève du mythe⁶³. Le comité de la Société fribourgeoise de secours mutuels exprimait en 1864, le regret «*de voir les assemblées générales si peu fréquentées. Cette absence du plus grand nombre fait le plus mauvais effet et décourage ceux qui font preuve de plus de diligence*»⁶⁴. La présence au cours des funérailles des membres était également souvent obligatoire⁶⁵. Dans la plupart des petites sociétés locales, la crainte de l'ostracisme informel pouvait aiguillonner la participation à la vie de la société.

Les sociétés volontaires étaient susceptibles d'attirer à elles les travailleurs à la santé la plus fragile, plus disposés que les autres à chercher à se protéger des conséquences de la maladie. Afin de prévenir ce phénomène (la «sélection adverse», dans le langage de la théorie économique contemporaine), les caisses imposaient des conditions précises d'admission. Les entrants potentiels ne devaient pas dépasser un certain âge (en général quarante-cinq ou cinquante ans). Ils devaient également être cooptés et leur probité attestée. Un certificat médical émis par un médecin désigné par la société était parfois exigé⁶⁶. Il n'était pas rare que le comité, en charge de valider les admissions, conduise une enquête sur l'aspirant dont la moralité ou la santé était incertaine. L'admission était *in fine* sanctionnée par l'assemblée générale. La grande majorité des sociétés faisaient en outre payer aux membres des frais d'admission gradués selon l'âge d'entrée, afin de favoriser

⁶³ DEPIERAZ A., «Crise», *Mutualité romande* 9, septembre 1943, pp. 190-192.

⁶⁴ Rapport du Comité de la Société de secours mutuels de la Ville de Fribourg présenté à l'Assemblée générale du 3 avril 1864, Fribourg, 1864, AEF, Société secours mutuels fribourgeois 139, p. 9.

⁶⁵ SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS DES GARÇONS DE MAGASIN, Journal des séances du comité & assemblées générales, Séance du comité du 25 janvier 1855, Genève, 1855, AEG, Archives privées 35.

⁶⁶ Statuten des Krankenvereins Eintracht Neumünster und Umgebung, Zurich, 1875, ZB, LK 2524/454, §3.

le recrutement des plus jeunes, moins susceptibles de tomber malade. Par exemple, au sein de la caisse *Concordia für Enge und Umgebung* à Zurich, les frais d'admission s'élevaient en 1878 à 5 francs pour les dix-huit à vingt-sept ans et atteignaient 18 francs pour les entrants de quarante et un à quarante-cinq ans, avec deux catégories intermédiaires (5 francs correspondaient approximativement au salaire de deux jours de travail d'un ouvrier du textile dans le canton de Zurich)⁶⁷. Enfin, des délais de carence – avant l'écoulement desquels aucune aide financière ne pouvait être reçue – étaient parfois imposés. Une telle mesure était destinée à dissuader les travailleurs déjà malades de se porter candidats. Le problème de la sélection adverse était naturellement absent au sein des caisses de fabrique, puisque l'admission n'y était pas volontaire.

Contre quels risques les sociétés d'entraide protégeaient-elles leurs membres ? Les caisses consacrées à la seule maladie représentaient une minorité. La plupart offraient, en plus des prestations en cas de maladie, des prestations de décès, qui prenaient la forme d'indemnités aux familles des membres défunts ou de paiement des frais d'obsèques. Les indemnités de décès s'élevaient en règle générale à 30 ou 40 francs⁶⁸, ce qui correspondait environ à dix ou quinze fois le salaire journalier d'un ouvrier non qualifié dans le canton de Zurich. En revanche, les caisses dont la couverture s'étendait au-delà de ces deux risques – maladie et décès – demeuraient peu nombreuses. Le tableau 2 met en évidence le nombre de caisses selon le type de prestations offertes. Le nombre de caisses couvrant soit la maladie seule, soit ensemble la maladie et le décès représentaient plus de 85 % de l'ensemble des caisses d'entraide en 1903.

En ce qui concerne les prestations maladie à proprement parler, elles pouvaient prendre essentiellement deux formes : d'une part, des indemnités journalières, c'est-à-dire le versement d'un montant prédéfini par jour d'incapacité de travail causé par la maladie ; d'autre part, la prise en charge des frais médicaux (honoraires des médecins ou hospitaliers). La première de ces deux formes dominait – elle représentait en 1880 et 1903 environ deux tiers des prestations de maladie accordées par les caisses. Le montant de l'indemnité journalière s'élevait en général à 1 ou 2 francs par jour d'incapacité de travail, soit 40 à 75 % du salaire journalier d'un travailleur

⁶⁷ Statuten für den Kranken-Unterstützungs-Verein Concordia für Enge und Umgebung, Zurich, 1878, ZB, LK 2524/440.

⁶⁸ KINKELIN Hermann, *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1880...*, en particulier la section « Tableaux statistiques ».

Tableau 2. Nombre de caisses selon le type de prestations offertes, 1865-1903

| | 1865 | 1885 | 1903 |
|--|-------|-------|-------|
| Uniquement maladie | 21 % | 28 % | 29 % |
| Uniquement maladie et décès | 49 % | 49 % | 57 % |
| Maladie et autres risques sociaux (vieillesse, chômage, invalidité) | 8 % | 6 % | 5 % |
| Autres risques sociaux que la maladie | 23 % | 17 % | 10 % |
| Total | 100 % | 100 % | 100 % |
| Total (nombre de caisses) | 632 | 1 085 | 2 006 |

Source : KINKELIN (1888), p. 64 et GUTKNECHT (1907), p. 22*.

de l'industrie du textile dans le canton de Zurich⁶⁹. La gamme des prestations offertes différait selon la nature des sociétés. Les caisses d'entreprises payaient pour la plupart des prestations médicales, alors que les caisses facultatives – craignant la dépendance vis-à-vis du corps médical – se contentaient des indemnités journalières (voir chapitres 4 et 5). Dans le canton de Zurich par exemple, 77 % des caisses d'entreprises payaient des prestations médicales, contre 30 % pour les caisses facultatives⁷⁰.

Pour bénéficier de ces prestations, les membres devaient payer, en plus des frais d'entrée évoqués ci-dessus, des contributions mensuelles. Ces dernières étaient plus ou moins élevées selon la nature des prestations offertes et selon le montant des indemnités journalières garanties aux membres. Ces cotisations dépassaient cependant rarement 2 francs par mois (environ 75 % du salaire journalier d'un travailleur de l'industrie du textile). Le non-paiement des cotisations entraînait la privation des droits et l'exclusion de la société.

L'existence d'éventuels «abus» ou «simulations» – la tendance réelle ou supposée des membres à feindre la maladie afin de profiter indûment des prestations –, préoccupait les mutualistes. Afin de prévenir ce phénomène, «l'aléa moral» de la théorie économique contemporaine, la plupart des

⁶⁹ HSSO, «Salaires industriels, par branche et région/ville, de 1880 à 1914 (en centimes et francs)», Tab. G.3c, 2012, <<https://hssso.ch/fr/2012/g/3c>>, consulté le 5 mars 2023.

⁷⁰ GUTKNECHT Alfred, *Les sociétés de secours...*, section «Tableaux statistiques», pp. 1-24.

sociétés recrutait en leur sein des commissaires chargés de surveiller les membres malades et de vérifier le caractère légitime des prestations d'indemnités. Au sein des caisses d'entreprises, la tâche était en général exclusivement confiée aux médecins⁷¹.

Les activités des sociétés de secours mutuels ne consistaient toutefois pas uniquement à collecter les cotisations et à les redistribuer aux malades sous forme d'indemnités journalières. La dimension sociale et festive occupait une place fondamentale dans le monde mutualiste du XIX^e siècle. Les sociétés de secours mutuels étaient des lieux de sociabilité au sein desquels se tissaient des liens de solidarité, renforcés par l'appartenance à une profession ou à une religion commune. Cette sociabilité se manifestait par l'organisation régulière de fêtes et de banquets, au cours desquels les membres se réunissaient pour célébrer la solidarité qui les unissait⁷².

Les sociétés entretenaient un folklore particulier, un symbolisme idiosyncratique, qui s'incarnait par exemple dans les blasons imprimés ou cousus sur les drapeaux, exhibés lors des festivités et dans des devises auxquelles les membres devaient adhérer (illustration 2). La poignée de main et la ruche, par exemple, censées symboliser l'entraide, étaient fréquemment employées. Cette solidarité ne doit certes pas être idéalisée : la sociabilité mutualiste était parfois entachée de débordements qui pouvaient conduire à l'exclusion des membres fautifs, comme ce fut le cas en août 1846 chez les garçons de magasin :

«Nous membres du Comité et sociétaires qui ont assister a la partie du 2 août demandons à ce que le Sieur Carriere, secrétaire de la société, soye chasser de la société, d'après les insultes, les menasses, faites au Sieur Tuller le matin au tirre de la société et de plus ses coups porté au dit Tuller et à plusieurs membres de la société le soir en rentrant à la ville. [...] Le Sieur Carriere nous a adressé une lettre en nous demandant sa démission et en nous demandant pardon pour tout ce qu'il s'était passé, sa démission lui a été accordée volontiers et sans regret, car se désordre n'appartenait qu'a un exalter et à un homme sans raison, la honte reste au Sieur Carriere vu qu'il était à la tête de la société pour ramener le bonnhordre et la tranquillité.»⁷³

⁷¹ Par exemple, Statuten der Kranken-Unterstützungskassa der Arbeiter von Herren J. & A. Bidermann & Cie in Wetzikon, Zurich, 1880, ZB, LK 2524/3/484, p. 5.

⁷² Sur la vie associative en Suisse au XIX^e siècle, voir JOST Hans Ulrich, «Sociabilité, faits associatifs et vise politique en Suisse au 19^e siècle», in : TANNER Albert (éd.), *Sociabilité et faits associatifs*, Zurich, Chronos Verlag, 1991, pp. 7-29.

⁷³ Société de secours mutuels des garçons de magasin, Journal des séances du comité & assemblées générales, Séance du 5 août 1846, Genève, 1846, AEG, Archives privées 35.



Illustration 2. Un exemple de symbolique mutualiste : le drapeau de la société genevoise de secours mutuels Le Trait d'Union.

Source : Louis George, Drapeaux genevois, Centre d'icnographie de la Bibliothèque de Genève, VG 1131/460. En ligne : <<https://bge-geneve.ch/iconographie/oeuvre/vg-1131460>>, consulté le 2 avril 2022.

Quels rapports les sociétés de secours mutuels entretenaient-elles avec l'État fédéral? Aucun, du moins jusqu'en 1912 et la votation de la LAMA. Jusqu'à cette date, aucune régulation fédérale ne contraignait la marche des caisses. La surveillance de leurs opérations relevait, au plus, des prérogatives cantonales. Cependant, comme la première section de

ce chapitre l'a mis en évidence, les caisses jouissaient dans la plupart des cantons d'une entière liberté quant à leur établissement et à leur organisation⁷⁴. Seule une petite minorité de cantons soumettait les statuts des caisses (excepté celles des fonctionnaires) à l'approbation des autorités publiques. Zurich et Lucerne faisaient figure d'exception en exigeant des caisses de fabrique qu'elles soumettent pour approbation leurs statuts aux autorités cantonales⁷⁵.

Les SSM, en raison de leur petitesse et de l'étroitesse de leurs intérêts, étaient considérées comme fondamentalement différentes des compagnies d'assurance commerciales qui étaient elles soumises à la surveillance de la Confédération, en vertu de la loi fédérale du 25 juin 1885. Cette loi obligeait les compagnies d'assurance désirant opérer en Suisse à soumettre leurs documents comptables à un Bureau fédéral des assurances qui disposait du pouvoir discrétionnaire d'accorder ou de refuser l'autorisation. Mais l'article 1 de la loi précisait qu'elle ne s'appliquait pas «*aux associations dont le champ d'exploitation est localement restreint, telles que les caisses de secours en cas de maladie*»⁷⁶. Autrement dit, il existait au XIX^e siècle, et jusque dans les années 1930, une stricte séparation entre le monde de la prévoyance contre la maladie, terrain des caisses d'entraide, et celui de l'assurance commerciale.

La tentative du conseiller national Theodor Curti, en juin 1886, d'introduire une surveillance confédérale des activités mutualistes n'aboutit pas. Le Conseil fédéral ne donna pas suite à cette motion qui l'invitait à «*examiner si et de quelle manière la Confédération pourrait intervenir pour vérifier les bases des sociétés de secours mutuels pour déterminer les garanties à exiger pour leurs placements de fonds et pour faciliter autant que possible leurs affiliations entre elles*»⁷⁷. Dans son message du 24 novembre 1888 adressé aux chambres, le Conseil fédéral affirma que les autorités cantonales étaient plus aptes à suivre les affaires relatives aux caisses-maladie. Les intérêts et les traditions de ces caisses variaient significativement d'une région à l'autre. Une telle situation aurait rendu la tâche régulatrice

⁷⁴ KINKELIN Hermann, *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1880...*, pp. 10-11; SCHURTENBERGER Josef, *KSK/CCMS: 100 ans. Concordat des caisses-maladie suisses. 1891-1991*, Soleure, Concordat des caisses-maladie suisses, 1992, p. 18.

⁷⁵ KINKELIN Hermann, *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1880...*, pp. 4-16.

⁷⁶ «Loi fédérale concernant la surveillance des entreprises privées en matière d'assurance (Du 25 juin 1885)», *Feuille fédérale* 3(30), 4 juillet 1885, pp. 415-424.

⁷⁷ «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant les sociétés de secours mutuels et particulièrement les caisses de pensions des chemins de fer (du 24 novembre 1888)», *Feuille fédérale* 4(52), 8 décembre 1888, pp. 665-693.

délicate à une autorité centrale, ignorante des circonstances concrètes et des régionalismes. La situation changea cependant radicalement avec la votation de l'article 34^{bis} en octobre 1890 qui ouvrait la voie à une ingérence plus poussée de l'État fédéral dans la vie des mutuelles.

Chapitre 2

Fondation et développement d'une importante mutuelle romande

«Les sociétés de secours mutuels m'occupèrent aussi d'une manière active. Nous apprîmes qu'il en existait quelques-unes dans Paris, mais qu'elles se cachaient avec soin dans la crainte que le gouvernement ne défendît leurs réunions ou peut-être ne s'emparât de leurs fonds. Nous mîmes beaucoup d'activité à les découvrir. Nous leur offrîmes de l'argent et nous gagnâmes peu à peu leur confiance. [...] Chaque dimanche, nous allions visiter quelques réunions d'ouvriers; nous assistions à leurs délibérations; nous leur donnions quelques conseils, et quand leur organisation nous paraissait digne de confiance, nous leur accordions des secours en argent. Ces visites m'ont laissé dans l'esprit une véritable estime pour le bas peuple de Paris.»⁷⁸

Ces mots, extraits des mémoires du savant genevois Augustin-Pyramus de Candolle, issu d'une illustre dynastie patricienne, révèle le profond intérêt que portaient les élites économiques et politiques au phénomène mutualiste qui germait sous leurs yeux dans la première moitié du XIX^e siècle. Candolle avait cofondé en 1802 à Paris, aux côtés du banquier français d'origine vaudoise Benjamin Delessert, la Société

⁷⁸ CANDOLLE DE Augustin Pyramus, *Mémoires et souvenirs*, Paris, Cherbuliez, 1862, p. 110. En ligne: <<https://books.google.nl/books?id=0JwPAAAAQAAJ>>, consulté le 22 juin 2020.

Philanthropique, reprenant la raison sociale d'une société ayant existé sous l'Ancien Régime, mais que la Révolution avait fait disparaître. La Société Philanthropique s'était préoccupée, dans un premier temps, d'offrir des soupes populaires aux indigents, puis avait étendu ses intérêts vers les sociétés de secours mutuels. Delessert et Candolle avaient entrepris de patronner ces groupements, en permettant à leurs membres de bénéficier du dispensaire que la Société Philanthropique avait mis sur pied, et d'y recevoir des soins gratuits. En échange de ces services, les sociétés mutuelles devaient s'engager à transmettre leurs statuts, à révéler le nombre de membres et le montant de leur capital⁷⁹. Des efforts similaires avaient été entrepris à Genève durant la première moitié du XIX^e siècle. Un «Comité d'utilité cantonal» réalisa en 1829 la première enquête sur les sociétés de secours mutuels locales. Ce comité proposa de subventionner la création de sociétés d'entraide, qui contribuaient au bien commun en forçant les membres à l'économie journalière, en diminuant le risque que les travailleurs tombent dans l'indigence, et en elles élevaient le moral et la «dignité» des classes laborieuses⁸⁰. Le patriciat genevois – à travers la Société genevoise d'utilité publique – renouvela l'entreprise au milieu du XIX^e siècle, en chargeant Gustave Moynier d'enquêter auprès des milieux mutualistes du canton⁸¹. Les sociétés d'entraide étaient perçues dans les milieux bourgeois comme autant d'outils contribuant à atténuer les tensions de classes⁸².

Si les notables locaux aspirèrent à encourager la diffusion du mutualisme par des aides ponctuelles ou régulières aux sociétés d'entraide – en qui ils voyaient des instruments de patronage politique et de contrôle social –, ils contribuèrent également à la fondation d'un nombre non négligeable d'entre elles. Parmi les sociétés qui, en Suisse, naquirent d'un tel effort, figure la Société vaudoise de secours mutuels (SVSM), qui compta parmi les plus importantes réalisations du paternalisme bourgeois – en l'occurrence

⁷⁹ DUPIN Charles, *Travaux et bienfaits de M. le baron Benjamin Delessert*, Paris, Firmin, 1847, p. 45. En ligne : <<https://books.google.nl/books?id=wRRbAAAAQAAJ>>, consulté le 22 juin 2020.

⁸⁰ Encouragemens [sic] offerts aux sociétés de secours mutuels par le Comité d'utilité cantonale, Genève, 1829, BGE, Gf 567/110 (17). Voir également CRAMER Frédéric-Auguste, *Étude sur les causes du paupérisme...*, pp. 96-98. Pour un point de vue historiographique, voir TOUCAS Patricia, «La vertueuse mutualité : des valeurs aux pratiques», *Vie Sociale* 4, 2008, pp. 27-37.

⁸¹ MOYNIER Gustave, *La prévoyance à Genève*, Genève, Fick, 1857.

⁸² Comme l'écrivait le conseiller fédéral neuchâtelois Numa Droz en 1885 : «Grâce à la liberté dont nous jouissons, des centaines et des milliers d'associations et d'institutions d'un caractère privé ont pu naître et se développer pour venir en aide aux travailleurs dans les mauvais jours, en sorte que chez nous [...] il n'existe pas [...] d'antithèse violente entre le capitaliste et l'ouvrier, entre le propriétaire agraire et le fermier.» (DROZ Numa, «La révision fédérale», *Bibliothèque universelle et revue suisse* 25 [73-75], janvier-mars 1885, p. 345.)

radical – au XIX^e siècle en Suisse. Le présent chapitre lui est consacré. Il aborde dans un premier temps le contexte politique et économique dans lequel elle fut fondée, puis examine l'histoire des premières décennies de son existence jusqu'à la fin du XIX^e siècle. Enfin, ce chapitre évoque la question de l'admission des femmes au sein de la société, qui fit l'objet de débats internes récurrents au cours de ce demi-siècle.

1. Le radicalisme vaudois et la naissance de la Société vaudoise de secours mutuels

L'histoire de la fondation de la SVSM et de son développement primitif est étroitement liée à celle du radicalisme vaudois. L'ensemble des protagonistes qui portèrent la société sur les fonts baptismaux furent impliqués à divers degrés dans le mouvement radical et dans les événements politiques qui agitèrent la Suisse romande à la fin de la première moitié du XIX^e siècle.

Le « radicalisme » désignait, dans le contexte Suisse du XIX^e siècle, un ensemble d'idées et de projets politiques visant à réformer en profondeur les institutions en place. Si le radicalisme ne formait pas un mouvement monolithique, un certain nombre de lignes communes peuvent néanmoins être identifiées. Les radicaux appelaient au renforcement du rôle de l'État central et critiquaient le système du Pacte fédéral instauré en 1815 pour ce qu'ils percevaient être l'excès de souveraineté qu'il accordait aux cantons. Ils accusaient la grande diversité des systèmes postaux, monétaires et de mesures, de nuire à l'unification et à l'émergence de la Nation suisse qu'ils appelaient de leurs vœux. Ils plaidaient en faveur de l'extension des droits démocratiques, à travers notamment l'introduction du suffrage universel (masculin). Ils estimaient que l'État avait un rôle économique crucial à jouer, dans la promotion des secteurs considérés comme essentiels à la prospérité et à l'unité du pays (finance, chemins de fer, etc.). En matière religieuse, les radicaux s'opposaient frontalement à l'ultramontanisme. Le « radicalisme » peut en somme être compris comme une manifestation spécifiquement helvétique d'un nationalisme typique de la première moitié du XIX^e siècle européen, hostile au système réactionnaire issu du congrès de Vienne, qu'incarrait, en Suisse, le Pacte fédéral⁸³.

⁸³ HUMAIR Cédric, 1848. *Naissance de la Suisse moderne*, Lausanne, Antipodes, 2009.

À partir du milieu des années 1830, les radicaux vaudois portèrent une partie de ces revendications sur la scène politique cantonale. Ils reprochaient aux institutions consacrées par la constitution cantonale de 1830 de ne pas permettre à la souveraineté populaire de pleinement s'exprimer. Ils réclamaient l'introduction dans le système politique cantonal de l'initiative populaire et du référendum constitutionnel, ainsi que l'augmentation des indemnités aux députés, censée permettre au plus grand nombre de participer aux activités de représentation⁸⁴. Ils défendirent également une intervention plus directe de l'État dans la sphère économique, notamment un encadrement plus strict du droit du travail⁸⁵. L'opposition s'incarna dans des associations politiques – telles que l'Association patriotique, fondée par Louis-Henri Delarageaz en décembre 1844 – qui diffusèrent auprès de la population le message radical par l'organisation d'assemblées populaires et l'élaboration de pétitions⁸⁶. Le radicalisme se dota également d'une presse, en particulier à travers le *Nouvelliste vaudois*, aux mains d'Henri Druey, chef du mouvement. La question religieuse donna l'occasion aux radicaux de passer à l'acte. Face au refus du Grand Conseil vaudois de s'opposer formellement à la décision du canton de Lucerne de confier l'enseignement secondaire aux jésuites, les radicaux appelèrent leurs partisans au soulèvement. Face à la pression populaire, le gouvernement abdiqua (14-15 février 1845). Les radicaux formèrent un gouvernement provisoire et une nouvelle constitution fut adoptée en août 1845⁸⁷.

Outre les réformes constitutionnelles (augmentation du nombre des électeurs, référendum) et judiciaires (institution du jury en matière criminelle), les radicaux agirent également sur le terrain économique et social: création d'une banque cantonale (1845), d'une caisse d'épargne cantonale (1848), d'une caisse hypothécaire d'État (1858), extension au mobilier de l'assurance obligatoire contre les incendies (1849), création d'un établissement en faveur des «malades incurables et des vieillards infirmes» (1851)⁸⁸, etc.

⁸⁴ ARLETTAZ Gérald, *Libéralisme et société dans le canton de Vaud (1814-1845)*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise, 1980.

⁸⁵ MEUWLY Olivier, «Le canton se dessine une identité, XIX^e-XX^e siècles», in: MEUWLY Olivier, PIZZOTTI Laurent, JÉQUIER François (éd.), *Histoire vaudoise*, Lausanne, Gollion Infolio, 2015, p. 355.

⁸⁶ BOVEY Michel, «L'Association patriotique du canton de Vaud et son intervention dans la politique vaudoise en 1845», *Revue historique vaudoise* 87, 1979, pp. 157-218.

⁸⁷ LERNER Marc, *A Laboratory of Liberty. The Transformation of Political Culture in Republican Switzerland, 1750-1848*, Leiden, Brill, 2011, pp. 265-288.

⁸⁸ BIAUDET Jean-Charles, «Les événements politiques», in: SOCIÉTÉ VAUDOISE D'HISTOIRE ET D'ARCHÉOLOGIE (éd.), *Cent cinquante ans d'histoire vaudoise 1803-1953*, Lausanne, Payot, 1953, p. 40.

La SVSM représentait au même titre que la banque et la caisse d'épargne cantonales une création de l'élite radicale vaudoise victorieuse. Parmi les membres du premier comité central de la SVSM, figurait l'architecte Georges Krieg (député au Grand Conseil en 1845, membre de la commission des travaux publics du nouveau gouvernement), l'avocat Louis Cottier-Boys (également élu député cantonal en 1845) et Henri-Louis Delarageaz⁸⁹. Ce dernier avait joué, en sa qualité de président-fondateur de l'Association patriotique, un rôle clé au cours des événements ayant conduit à la Révolution de 1845, et il siégeait en octobre 1846 au Conseil d'État (pouvoir exécutif cantonal)⁹⁰. Au sein du gouvernement vaudois, Delarageaz était chargé du département des finances. À ce titre, il présidait également le conseil général de la Banque cantonale vaudoise. Krieg, Cottier-Boys et Delarageaz furent rapidement rejoints par plusieurs personnages éminents du radicalisme vaudois : l'avocat Louis Bonjour, qui deviendra en 1851 député cantonal, puis en 1866 membre du Conseil d'État ; Jules Eytel, également député au Grand Conseil dès 1845, représentant de « l'aile gauche » du radicalisme, successeur de Delarageaz à la présidence de l'Association patriotique ; Rodolphe Blanchet, professeur à l'Académie de Lausanne, botaniste ; Pierre-Isaac Joly, préfet de Moudon, élu député au Grand Conseil en 1849⁹¹.

Le personnage essentiel derrière la fondation et le développement initial de la SVSM fut cependant incontestablement l'avocat Abram-Daniel Meystre (1812-1870). En tant que président de la section de Lausanne de l'Association patriotique, il avait participé aux événements de février 1845. Il fut immédiatement nommé préfet de Lausanne par le nouveau gouvernement, position qu'il occupa jusqu'en 1852. Au cours de sa carrière politique, qui s'étendit sur plus de deux décennies (de la Révolution de 1845 à sa mort en 1870), il occupa des positions de responsabilité publique tant au niveau cantonal (député au Grand Conseil, plusieurs fois membre du gouvernement) que fédéral (député vaudois au Conseil national)⁹². Si l'historiographie le décrit parfois comme

⁸⁹ SVSM, Assemblée générale, Lausanne, 4 octobre 1846, ACV, PP 940/2, Registre 1, f. 27.

⁹⁰ MEUWLY Olivier, *Louis-Henri Delarageaz, 1807-1891. Homme politique vaudois, ami de Proudhon et grand propriétaire foncier*, Neuchâtel, Alphil, 2011.

⁹¹ SVSM, 2^e séance de l'assemblée générale, Lausanne, 29 mai 1848, ACV, PP 940/2, Registre 1, f. 72 et f. 153 ; SVSM, *Notice historique (1846-1896)*, Vevey, Säuberlin & Pfeiffer, 1896, p. 13.

⁹² Sur Meystre, voir l'hagiographie publiée par son fils en 1891 : MEYSTRE Ém., *Biographie de A.-D. Meystre*, Lausanne, Borgeaud, 1891 ; voir également MEUWLY Olivier, « Abram-Daniel Meystre (1812-1870) », Cercle démocratique Lausanne, 2003, <<https://www.cercle-democratique.org/2006/07/15/abram-daniel-meystre-1812-1870/>>, consulté le 30 décembre 2022.

appartenant à l'«*extrême gauche*» du radicalisme vaudois⁹³ et comme le tenant d'un «*socialisme antiautoritaire*»⁹⁴, Meystre ne fut pas moins un acteur du développement du capitalisme dans le canton de Vaud; il fut impliqué dans la création et la gestion de plusieurs sociétés par actions, dans l'agronomie, la finance ou le secteur du gaz⁹⁵.

Meystre était également un franc-maçon actif et convaincu, comme du reste la plupart des chefs radicaux suisses du XIX^e siècle. Il appartenait, comme Druey et Delarageaz, à la loge lausannoise Espérance et Cordialité. Il fut désigné en 1856 Grand Maître de la Grande Loge suisse Alpina, fondée en 1844 (qui chapeautait les loges locales sur l'ensemble du territoire de la Confédération)⁹⁶. Que le même individu occupe à la fois la position de président d'une importante société de secours mutuels (position qu'occupait Meystre pendant vingt-quatre ans au sein de la SVSM) et celle de Grand Maître d'une loge nationale n'est pas pour surprendre. Ces deux mondes – celui de la mutualité et celui de la franc-maçonnerie – entretenaient au XIX^e siècle des liens étroits. La plupart des dirigeants mutualistes romands étaient francs-maçons, et les projets référendaires relatifs aux assurances sociales furent ouvertement discutés au sein de la Loge Alpina⁹⁷. Le symbole (la ruche) et la devise («*humanité – égalité – travail*») qui furent choisis pour la SVSM étaient d'ailleurs directement issus de la symbolique maçonnique⁹⁸.

⁹³ LASSERRE André, *Finances publiques et développemenst. Le Canton de Vaud, 1831-1913*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise, 1981, p. 129; LASSERRE André, *La classe ouvrière dans la société vaudoise de 1845 à 1914*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise, 1973, p. 15.

⁹⁴ MEUWLY Olivier, «*Abram-Daniel Meystre...*».

⁹⁵ Il fonda la Société anonyme vaudoise pour l'amélioration des races bovines et porcines (1856), la Banque populaire de la Broye (1863) et était membre du conseil d'administration de la Société anonyme du gaz. Voir: MEYSTRE A.-D., «*Correspondance. À Monsieur le Rédacteur du Nouvelliste Vaudois*», *Nouvelliste vaudois*, 18 janvier 1856, p. 3; «*Chronique locale*», *Démocrate: Journal suisse*, 10 novembre 1863, p. 2; DIRLEWANGER Dominique, «*Le développement gazier à Lausanne (1847-1914). De l'initiative privée à la naissance du communalisme*», in: PAQUIER Serge, WILLIOT Jean-Pierre (éd.), *L'industrie du gaz en Europe aux XIX^e et XX^e siècles. L'innovation entre marchés privés et collectivités publiques*, Bruxelles, Peter Lang, 2005, pp. 319-330.

⁹⁶ «*Schweizerischer Logenbund*», *Alpina* 20(2), 31 janvier 1894, p. 15. En ligne: <<https://books.google.ch/books?id=eEesAAAAAYAAJ&pg=PA15>>, consulté le 22 avril 2023.

⁹⁷ «*Fragments intéressants des Rapports des Loges suisses*», *Alpina* 20(2), 31 janvier 1894, p. 11. En ligne: <<https://books.google.ch/books?id=eEesAAAAAYAAJ&hl=de&pg=PA11>>, consulté le 22 avril 2023; «*Union des loges suisses*», *Alpina* 23(1), 15 janvier 1897, p. 2.

En ligne: <<https://books.google.ch/books?id=eEesAAAAAYAAJ&pg=RA3-PA2>>, consulté le 22 avril 2023.

⁹⁸ Sur le lien entre mutualité et franc-maçonnerie en général, voir WEINBREN Daniel, «*Freemasonry and Friendly Societies*», in: BOGDAN Henrik, SNOEK J.A.M. (éd.), *Handbook of Freemasonry*, Leiden, Brill, 2014, pp. 387-404.

La Société vaudoise ne fut cependant pas fondée *ex nihilo* en octobre 1846. Elle exista d'abord (à partir d'août 1845) sous la forme d'une branche vaudoise de la Société fédérale de secours mutuels, elle-même fondée à Genève en 1844 par le journaliste satirique Philippe Corsat (1809-1874), Vaudois établi à Genève, franc-maçon, proche du chef radical genevois James Fazy et de Delarageaz, et par Albert Galeer (1816-1851), fondateur de la Société du Grütli. La Société fédérale de secours mutuels n'entendait pas limiter son recrutement à une ville, un quartier ou à une profession. Comme son nom l'indiquait, elle affichait une ambition fédérale; tous les Suisses pouvaient s'y affilier⁹⁹. Cette société complétait, aux yeux de Galeer, la société du Grütli, qui avait l'éducation ouvrière pour but et ne se préoccupait pas d'entraide (du moins jusqu'à la fondation de la caisse-maladie éponyme en 1872)¹⁰⁰.

Si les Vaudois avaient initialement accepté de se joindre au projet de Corsat et Galeer – ces derniers, aspirant à bénéficier de l'appui des radicaux vaudois, victorieux politiquement, les y avaient invités¹⁰¹ – l'intérêt d'une union diminuait à mesure que grossissaient les rangs de la section vaudoise. Les radicaux vaudois percevaient l'avantage que représentait pour eux la constitution d'une vaste société de secours mutuels, quadrillant de ses sections le territoire du canton. Une telle structure pouvait leur permettre de consolider le pouvoir récemment acquis et d'établir des points d'appui dans les différentes régions du canton¹⁰². La constitution d'une société indépendante représentait également un moyen d'occuper l'espace politique et économique cantonal en s'engageant sur le terrain de l'entraide ouvrière qu'avait occupé seule jusqu'aux années 1840 l'élite conservatrice, principalement à travers la Société vaudoise d'utilité publique qui avait consacré à ce sujet plusieurs enquêtes¹⁰³. Finalement, un désaccord relatif au mode d'admission des sections prévu dans les statuts – désaccord dont les PV ne révèlent pas la nature exacte et qui ne constituait peut-être qu'un prétexte – poussa les Vaudois à se constituer en société indépendante

⁹⁹ Règlement de la société fédérale de secours mutuels, Genève, 1844, BGE, Gf 436/47 (14).

¹⁰⁰ GALEER Albert, *Der moralische Volksbund und die freie Schweizer Männerschule oder der Grütli-Verein*, Genève, Vaney, 1846, p. 42.

¹⁰¹ SVSM, Séance du comité, Lausanne, 26 août 1845, ACV, PP 940/2, Registre 1, f. 1.

¹⁰² Le 14 juin 1846, lors de l'assemblée générale, Meystre évoqua, sans entrer dans les détails, « *tous les avantages qu'en retireront nos ouvriers si on parvient à en composer une section [c'est-à-dire une société indépendante] de 2000 membres.* » (SVSM, Assemblée générale des membres, Lausanne, 14 juin 1846, ACV, PP 940/2, Registre 1, f. 15).

¹⁰³ NICOD François, « Le souci de l'utilité publique dans le canton de Vaud dans la première moitié du XIX^e siècle », *Revue historique vaudoise* 90, 1982, pp. 81-147, en particulier pp. 109-113.

(8 avril 1846)¹⁰⁴. Une assemblée générale fut finalement convoquée début octobre 1846 à l'Hôtel de Ville de Lausanne, au cours de laquelle un règlement fut établi et un comité directeur désigné¹⁰⁵.

2. Expansion territoriale et tâtonnements administratifs

Dans ses dispositions relatives aux secours et aux admissions, la SVSM fonctionnait comme une société d'entraide classique. Elle était ouverte aux hommes vaudois – indépendamment de leur profession –, âgés de seize à cinquante ans, qui devaient, pour devenir membres, être cooptés. Ils devaient en outre prouver leur bonne santé (par un certificat médical) et leur moralité (par une déclaration de mœurs signée par le pasteur ou le syndic de la commune). Ils étaient tenus de payer une finance d'entrée, graduée selon l'âge d'entrée, ainsi qu'une cotisation mensuelle d'un franc. Le paiement de ces contributions donnait le droit de recevoir en cas d'incapacité de travail – à condition que celle-ci soit validée par un commissaire –, un secours d'un franc par jour, pendant un an¹⁰⁶.

Si la SVSM était, au regard des prestations qu'elle offrait, semblable à la plupart des caisses d'entraide volontaires du XIX^e siècle, elle se distinguait cependant de celles-ci par son étendue et son organisation fédérative. La SVSM était composée de sections locales, autonomes dans leur fonctionnement. À la faveur du soutien des notables dont la société bénéficiait dans les diverses localités du canton, ses responsables parvinrent à établir des sections dans un grand nombre de districts et ce, dès les premières années de son existence. En 1852, la SVSM pouvait s'enorgueillir de compter une section dans chacun des 19 districts du canton au moins. La société connut certes des phases de relative instabilité interne. Les tâtonnements administratifs des débuts provoquèrent des déficits importants

¹⁰⁴ SVSM, Assemblée générale, Lausanne, 8 avril 1846, ACV, PP 940/2, Registre 1, f. 9.

¹⁰⁵ SVSM, Assemblée générale, Lausanne, 4 octobre 1846, ACV, PP 940/2, Registre 1, ff. 25-27. Le premier comité directeur était composé d'Abram-Daniel Meystre, Cottier-Boys, Gabriel Guignard, Louis-Henri Delarageaz, Georges Krieg, Baptiste Benard, Abr.-L. Creteigny, J.-Louis Buveloz, J.-Louis Bernard. Voir également : BADEL Octave, *Centenaire de la Société vaudoise de secours mutuels*, Lausanne, 1946, p. 49.

¹⁰⁶ *Statuts de la Société vaudoise de secours mutuels. Avec les modifications et adjonctions votées par les assemblées générales de 1848, 49, 50 et 51*, Lausanne, Corbaz et Robellaz, 1851. En ligne : <<https://books.google.ch/books?vid=BCUL1094914827>>, consulté le 12 mars 2021.

qui écornèrent sa réputation¹⁰⁷. Le mécanisme de péréquation financière prévu par les statuts tendait en outre à susciter l'hostilité des sections excédentaires, contraintes de subventionner les sections déficitaires¹⁰⁸. La SVSM surmonta finalement les difficultés en augmentant les cotisations et en raccourcissant la durée des secours (au prix certes d'une perte de popularité à court terme)¹⁰⁹. En 1865, la société comptait 2 799 membres, ce qui faisait d'elle la plus importante du pays par la taille du sociétariat¹¹⁰. Elle connut au cours des dernières décennies du XIX^e siècle une croissance régulière; elle comptait 7 649 membres en 1894. À cette date, 11,3 % des hommes vaudois âgés de quinze à cinquante ans (critère d'admissibilité) étaient membres de la SVSM¹¹¹.

Les sections étaient dans une large mesure autogérées. Leurs membres élisaient, à l'occasion des assemblées locales, des comités de section qui administraient les affaires locales, nommaient les commissaires, se prononçaient sur l'admission des candidats, accordaient les secours aux sociétaires et percevaient les contributions. Naturellement, ces sections formant des parties d'un tout fédératif, elles devaient rendre compte de leur marche auprès de l'organe central de gestion, à savoir le comité central de la société. Celui-ci était chargé d'administrer les fonds, et de surveiller les sections, en contrôlant l'exactitude des comptes fournis par chacune d'entre elles. Les membres du comité central étaient élus par l'assemblée générale de la société qui réunissait annuellement les représentants de chacune des sections. Cette assemblée se prononçait sur d'éventuelles modifications statutaires, proposées par des sections ou par le comité central¹¹².

Cette organisation décentralisée n'était pas à l'abri des dysfonctionnements internes de gestion. L'éloignement géographique avec Lausanne contribuait parfois à rendre poussive la communication, en particulier

¹⁰⁷ La gestion du comité fut critiquée dans la presse vaudoise, voir «Chronique», *Nouvelliste vaudois*, 23 janvier 1855, p. 4.

¹⁰⁸ À la fin de la décennie 1850, les sections de Lausanne, de Morges, d'Yverdon et de Vevey menacèrent de faire sécession – menaces qui ne furent cependant pas mises à exécution. SVSM, Copie de la lettre adressée au Conseil d'État du canton de Vaud, Lausanne, 9 juillet 1864, ACV, PP 940/2, Registre 2, ff. 154-157.

¹⁰⁹ SVSM, Copie de la lettre adressée au Conseil d'État du canton de Vaud, Lausanne, 9 juillet 1864, ACV, PP 940/2, Registre 2, f. 155.

¹¹⁰ KINKELIN Hermann, *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1865...*, p. 46.

¹¹¹ HSSO, «Population résidant des cantons par classes d'âges quinquennales (âge approximatif en années), de 1860 à 1990», Tab. B.7, 2012. En ligne: <<https://hssso.ch/fr/2012/b/7>>, consulté le 12 mars 2021.

¹¹² *Statuts de la Société vaudoise de secours mutuels. Avec les modifications et adjonctions votées par les assemblées générales de 1848, 49, 50 et 51*, Lausanne, Corbaz et Robellaz, 1851.

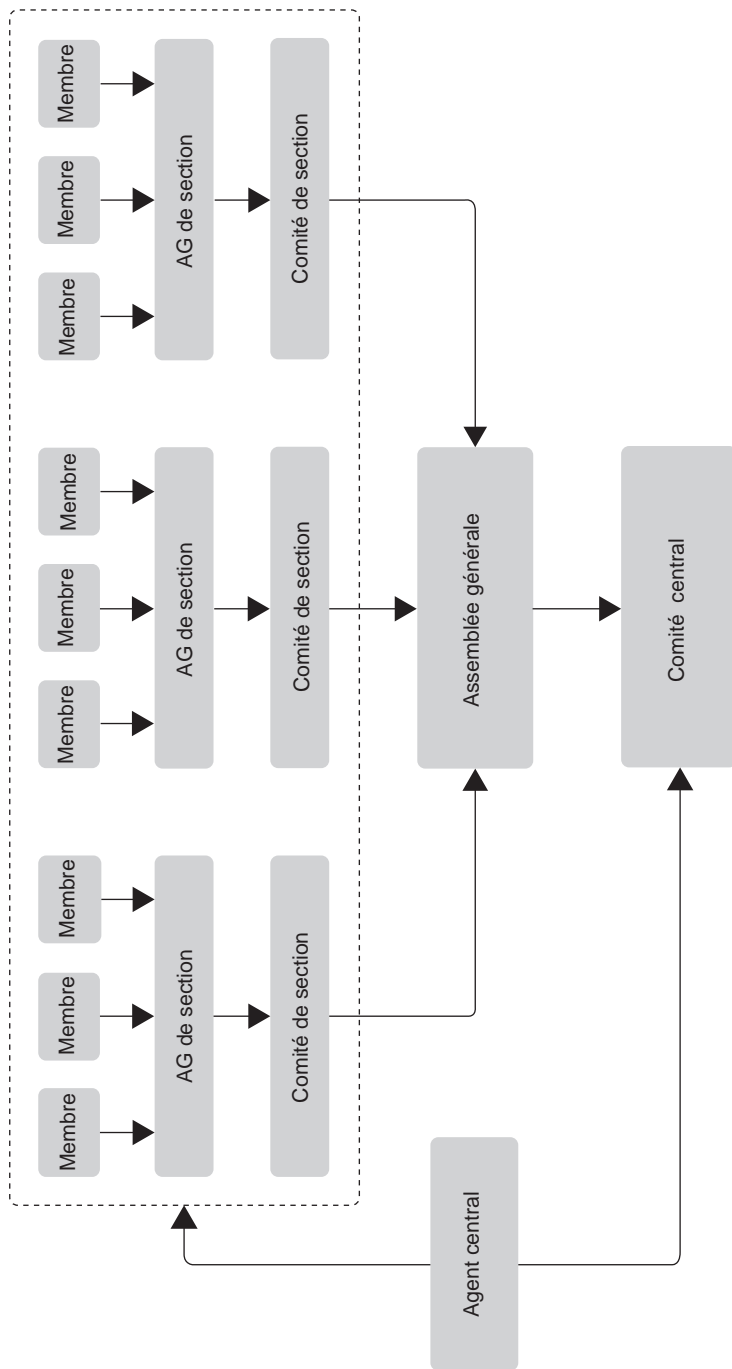


Illustration 3. Organigramme de la SVSM, XIX^e siècle.

Source : auteur.

avant l'extension du réseau ferroviaire durant les années 1870. Les procès-verbaux abondent de plaintes formulées par le comité central à l'encontre des comités de section accusés de manquer de zèle dans la gestion de leurs affaires respectives. Les comptes des sections étaient souvent envoyés tardivement et sans les pièces justificatives requises. Ils étaient parfois raturés et illisibles, ou contenaient des erreurs¹¹³. Plus grave, certains trésoriers de sections disparurent tout simplement avec la caisse¹¹⁴. Afin d'améliorer la fluidité de la routine administrative, un poste d'agent central fut créé (1855)¹¹⁵. Sa tâche était de s'assurer que les statuts soient uniformément appliqués par les sections. Il devait servir d'intermédiaire entre elles et le comité central. L'illustration 3 résume sous forme d'un organigramme la structure de la SVSM au XIX^e siècle.

En ce qui concerne la structure organisationnelle et les prestations offertes, la SVSM fit preuve au cours de cette période d'un certain conservatisme. Aucune innovation majeure ne fut introduite au cours de ces années. La structure mise en évidence sur l'illustration 3 n'évolua guère jusqu'aux années 1930. Si les statuts furent parfois modifiés, cela ne fut que pour introduire des changements d'ordre paramétriques (durée et montant des prestations, nombre de représentants lors des AG, etc.). L'activité de l'administration était essentiellement routinière; le contenu des procès-verbaux reflétait le traitement des affaires courantes.

La stabilité qui caractérisa ce demi-siècle d'histoire de la SVSM est en partie attribuable au fait que la mutuelle opérait dans un environnement peu concurrentiel. Il n'existait pas alors dans le canton de Vaud – et *a fortiori* à l'échelle nationale – un marché intégré de la prévoyance contre le risque de maladie, ni une pluralité de sociétés parmi lesquelles les individus pouvaient choisir. La SVSM n'était certes pas l'unique société active dans le canton de Vaud. La plupart des autres étaient cependant de petite taille, et leur accès était limité par l'appartenance professionnelle ou

¹¹³ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 8 janvier 1853, ACV, PP 940/2, Registre 1, f. 265; SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 18 mai 1854, ACV, PP 940/2, Registre 1, f. 338; SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 3 août 1854, ACV, PP 940/2, Registre 1, f. 374; SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 15 février 1873, ACV, PP 940/2, Registre 3, ff. 52-53; SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 29 mars 1873, ACV, PP 940/2, Registre 3, f. 63; SVSM, *Compte rendu du comité central sur sa gestion en 1887*, Lausanne, Corbaz et Regamey, 1888, p. 22; SVSM, *Compte rendu du comité central sur sa gestion en 1899*, Lausanne, Auguste Jaunin, 1900, p. 4.

¹¹⁴ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 19 novembre 1859, ACV, PP 940/2, Registre 2, f. 55; SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 3 décembre 1859, ACV, PP 940/2, Registre 2, f. 57; SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 27 janvier 1860, ACV, PP 940/2, Registre 2, f. 63.

¹¹⁵ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 7 mars 1856, ACV, PP 940/2, Registre 1, f. 500.

par l'origine ethnique (voir le chapitre 1). Quant aux caisses d'entreprises, elles ne menaçaient pas la SVSM, puisque l'affiliation auprès d'elles était obligatoire. Les procès-verbaux ne font aucun cas de préoccupations relatives à une éventuelle menace que pouvait représenter la présence dans le canton d'autres sociétés d'entraide. Un sentiment cordial de coexistence pacifique semblait caractériser les relations qu'entretenait la SVSM avec les sociétés voisines. Lorsque la Société tessinoise de secours mutuels annonça en 1873 sa fondation à la SVSM, elle exprima «*le désir que cette communication reçoive un bon accueil de la [SVSM], tout en souhaitant les meilleurs rapports entre ces deux sociétés qui dans le fond tendent au même but*»¹¹⁶.

La SVSM n'affichait du reste aucune volonté manifeste d'expansion, tant au regard de l'étendue des activités qu'en matière de politique d'admission. Les propositions visant à diversifier le portefeuille d'activités, en introduisant l'assurance des frais médicaux, furent régulièrement rejetées¹¹⁷. De même, la proposition formulée par Meystre en 1856 de se joindre à la formation d'une banque mutuelle ne donna lieu à aucune réalisation concrète¹¹⁸. La plupart des sections se montrèrent également hostiles à l'idée d'introduire au sein de la société une assurance en cas de décès¹¹⁹. Les membres manifestaient autrement dit un attachement au *statu quo*. Ils semblaient également attachés à la culture de l'exclusivité. Jusqu'aux années 1870, l'affiliation était réservée aux Suisses. Quant aux femmes, elles ne furent admises qu'à partir de 1903. Ce dernier point suscita de nombreuses controverses au sein de la SVSM et du mutualisme plus généralement.

3. La question de l'admission des femmes

Le mutualisme était au XIX^e siècle un mouvement essentiellement masculin. Comme le met en évidence le tableau 3 en 1865, les sociétés d'entraide exclusivement masculines représentaient 75 % de l'ensemble des sociétés. Au moins trois raisons peuvent contribuer à expliquer cet état de fait. Premièrement, les sociétés d'entraide étaient conçues comme des entités politiques à petite échelle, au sein desquelles les membres jouissaient du droit d'élire leurs représentants. Or, les femmes étaient

¹¹⁶ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 26 juin 1873, ACV, PP 940/2, Registre 3, f. 72.

¹¹⁷ Voir le *Compte rendu du comité central [de la SVSM] sur sa gestion*, pour les années 1886 (p. 18), 1887 (p. 28) et 1897 (p. 15).

¹¹⁸ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 3 septembre 1857, ACV, PP 940/2, Registre 1, f. 559.

¹¹⁹ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 5 mars 1892, ACV, PP 940/2, Registre 4, f. 372.

privées de ce droit aux différentes échelles auxquelles s'exerçait en Suisse la souveraineté politique (communale, cantonale, nationale). Il était par conséquent considéré comme « naturel » que les femmes soient, au même titre, exclues des sociétés d'entraide. Deuxièmement, les codes civils cantonaux – jusqu'à la révision constitutionnelle de 1874 qui introduisit d'importantes modifications du droit matrimonial – plaçaient les femmes sous la tutelle de leur mari¹²⁰. Elles ne disposaient librement sous ces régimes ni de leur fortune ni de leur revenu ; leur capacité de joindre ou de former des clubs en était d'autant limitée. Troisièmement, les métiers liés à la gestion des foyers bourgeois qu'exerçaient un grand nombre de femmes des classes populaires étaient peu propices au développement d'une culture professionnelle, sur laquelle étaient souvent fondées les sociétés d'entraide. Quant aux femmes ouvrières, elles étaient, en général, moins qualifiées que leurs homologues masculins¹²¹, un frein supplémentaire à l'essor de manifestations formelles de solidarité professionnelle.

Tableau 3. Caisses masculines, féminines et neutres, 1865-1903

| | 1865 | 1880 | 1903 |
|--------------------|----------------|------------------|------------------|
| Caisses masculines | 473 (75 %) | 703 (65 %) | 1 138 (57 %) |
| Caisses féminines | 14 (2 %) | 45 (4 %) | 80 (4 %) |
| Caisses mixtes | 145 (23 %) | 337 (31 %) | 788 (39 %) |
| Total | 632 (100 %) | 1 085 (100 %) | 2 006 (100 %) |

Source: KINKELIN Hermann, *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1865*, p. 16; GUTKNECHT Alfred, *Les sociétés de secours...*, pp. 26*-29*.

¹²⁰ SUTTER Eva, « Les femmes dans le droit civil. Majorité, mariage et divorce », in : WEILENMANN Claudia, SUTTER Eva (éd.), *Femmes Pouvoir Histoire. Histoire de l'égalité en Suisse de 1848 à 2000*, Berne, Commission fédérale pour les questions féminines, 2001. En ligne : <<https://www.ekf.admin.ch/ekf/fr/home/documentation/geschichte-der-gleichstellung--frauen-macht-geschichte/frauen-macht-geschichte-18482000.html>>, consulté le 8 avril 2022.

¹²¹ PESENTI Yvonne, *Beruf: Arbeiterin. Soziale Lage und gewerkschaftliche Organisation der erwerbstätigen Frauen aus der Unterschicht in der Schweiz, 1880-1914*, Zurich, Chronos Verlag, 1988, p. 37.

Pour minoritaire qu'il soit, le mutualisme féminin n'en était pas pour autant inexistant. Parmi les sociétés en exercice en 1865, un quart admettait les femmes. Cette proportion augmenta pour atteindre 43 % en 1903. Après tout, la seconde moitié du XIX^e siècle fut marquée par une participation croissante des femmes à l'activité économique formelle¹²². L'essor des sociétés d'entraide mixtes reflétait cette évolution. Les caisses admettant les femmes se trouvaient en majorité parmi les caisses d'entreprises. À Zurich, par exemple, en 1903, 65 % des caisses admettant des femmes étaient des caisses d'entreprises (alors que celles-ci représentaient 44 % des caisses du canton)¹²³. Dès lors qu'un employeur établissait une caisse d'entraide pour ses salariés, il y admettait typiquement l'ensemble du personnel. La dimension de socialisation – qui fondait au sein des sociétés volontaires les clauses d'exclusion – était en général absente des caisses d'entreprises. Ces institutions professionnelles d'entraide mixtes étaient largement représentées dans l'industrie textile qui employait un grand nombre de femmes¹²⁴.

Si la SVSM fut fondée en tant que société d'hommes, la question de l'admission des femmes se posa rapidement. À l'initiative de la section de Lausanne, on étudia dans un premier temps l'idée de fonder une société de femmes, distincte de la SVSM, mais gérée par elle¹²⁵. Face au peu d'enthousiasme qu'elle suscita auprès des sections, cette proposition fut rapidement abandonnée. Elle émergea de nouveau en 1873 – derechef à l'initiative de la section de Lausanne¹²⁶. Que celle-ci porte ce projet au sein de la SVSM n'est pas pour surprendre. Elle comptait en son sein plusieurs personnalités qui occupaient d'importantes fonctions politiques ou juridiques au niveau communal et cantonal telles Samuel Cuénoud – président du parti radical lausannois, conseiller communal et syndic de Lausanne de 1882 à 1897, et président de la SVSM de 1870 à 1901 – et Gustave Correvon, proche de Louis Ruchonnet, juge cantonal et président de la SVSM de 1901 à 1908. Lausanne connaissait un important dynamisme urbain et démographique, à la faveur notamment du développement des chemins de fer (la gare fut inaugurée en 1856). La population passa de 17 000 à 29 000 entre 1850 et 1880, une croissance démographique presque quatre

¹²² Pour le cas de Zurich : HSSO, « Personnes exerçant une profession par classes économiques et genres dans la ville de Zurich, de 1870 à 1930 », Tab. F.11a, 2012. En ligne : <<https://hso.ch/fr/2012/f/11a>>, consulté le 12 mars 2021.

¹²³ GUTKNECHT Alfred, *Les sociétés de secours...*, « Tableaux statistiques », pp. 1-25.

¹²⁴ PESENTI Yvonne, *Beruf: Arbeiterin...*, p. 39.

¹²⁵ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 24 août 1861, ACV, PP 940/2, Registre 2, f. 90.

¹²⁶ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 13 septembre 1873, ACV, PP 940/2, Registre 3, f. 79.

fois supérieure à celle de la population totale du canton sur la même période. La croissance urbaine était susceptible de générer des tensions sociales que l'existence d'institutions d'entraide était potentiellement à même d'atténuer. Les femmes n'étaient pas à l'abri des risques sociaux et financiers que faisait peser l'incapacité de travail en cas de maladie. Par ailleurs, la SVSM avait obtenu entre-temps (1865) le statut de personne morale, qualité accordée par le Grand Conseil vaudois, qui jugeait l'association fondée «*dans un but humanitaire et à l'utilité incontestable*»¹²⁷. Ce nouveau statut n'était guère compatible avec un règlement excluant la moitié de la population adulte du canton.

Deux objections étaient opposées à l'admission des femmes. La première consistait à affirmer que la santé était plus fragile et que leur admission risquait d'entraîner des dépenses insoutenables pour la société. Afin d'atténuer ces craintes, le comité central – favorable à l'admission – présenta aux membres des chiffres issus des statistiques françaises relatives aux sociétés de secours mutuels approuvées. Ces données tendaient à montrer que, si les femmes étaient plus fréquemment malades, la durée de leur incapacité de travail, en revanche, tendait à être inférieure à celle des hommes¹²⁸.

La seconde objection à l'admission des femmes n'était pas de nature économique, mais politique. Les caisses d'entraide formaient de petites communautés politiques; or, «*la nature ne semble pas avoir destinée [la femme] à prendre part aux manifestations de la vie publique. Sa place est dans l'intérieur de la famille, au foyer domestique. Pourquoi donc venir au-delà de ses vœux et la lancer dans le tourbillon de nos luttes et de notre vie publique ?*»¹²⁹ Le comité central, tout en admettant cette conception du rôle de la femme dans la société en général, niait qu'elle représente un obstacle à l'admission des femmes au sein de la SVSM. Il était après tout possible d'admettre les femmes *sans* leur accorder les droits politiques (vote, participations aux assemblées générales, etc.) dont jouissaient les sociétaires masculins. Le comité lausannois affirmait d'ailleurs «*être persuadé que nos femmes vaudoises ne tiendraient pas à l'honneur de siéger dans les assemblées et de faire partie des comités, nous les croyons trop modestes pour cela*»¹³⁰.

¹²⁷ *Bulletin des séances du Grand Conseil du Canton de Vaud*, Session d'automne, séance du 25 novembre 1865, pp. 134-138.

¹²⁸ CORREVON Gustave, *De la participation des femmes aux bienfaits rendus par les associations d'assistance mutuelle et en particulier de leur admission dans la société cantonale vaudoise de secours mutuels*, Lausanne, Borgeaud, 1874, pp. 26-27 et pp. 37-44.

¹²⁹ CORREVON Gustave, *De la participation des femmes...*, p. 9.

¹³⁰ CORREVON Gustave, *De la participation des femmes...*, p. 58.

Ces arguments ne convainquirent pas la masse des sociétaires qui persévéra dans son rejet de l'admission des femmes. Ce sujet révélait la distance qui séparait la tête de la société, formée de notables lausannois, de la masse des sociétaires, essentiellement issue des campagnes. La section de Lausanne ne représentait d'ailleurs que 10 % de l'effectif de la société en 1874. Le refus par la SVSM d'admettre les femmes conduisit finalement une petite caisse d'entraide lausannoise, la Société industrielle de secours mutuels, à prendre sur ce front l'initiative. Cette société, qui ne comptait, en 1880, que 523 membres (contre 6 817 pour la SVSM) – essentiellement petits négociants, artisans, employés – fonda en 1875 la Société de secours mutuels pour femmes. Celle-ci demeurait, cependant, gérée par des hommes – du moins pendant les premières années de son existence – et était essentiellement composée de «*femmes de petits négociants, d'employés, d'industriels, d'ouvriers*»¹³¹. Elle n'atteignit jamais une taille considérable. Comme la SVSM à la même époque, la Société de secours mutuels pour femmes ne semblait pas aspirer à la croissance. «*Notre société ne croit pas pouvoir étendre son action dans le canton, cela lui paraissant au-dessus de ses forces*», écrivirent ses administratrices en 1892¹³².

L'apparition des débats relatifs aux assurances sociales à la fin des années 1880 fit ressurgir au sein de la SVSM la question de l'admission des femmes. En octobre 1890, au niveau confédéral, un nouvel article constitutionnel – le 34^{bis} – fut accepté en votation populaire. Il prévoyait que la Confédération introduise «*par voie législative, l'assurance en cas d'accident et de maladie, en tenant compte des caisses de secours existantes*». L'article spécifiait en outre que la Confédération puisse «*déclarer la participation à ces assurances obligatoire en général ou pour certaines catégories déterminées de citoyens*». Cet article constitutionnel confrontait les caisses au rôle éventuel qu'elles pouvaient être amenées à jouer dans le futur système d'assurances sociales dont les contours étaient certes encore flous au début des années 1890. Elles devaient être, quoi qu'il en soit, crédibles et audibles, auprès du peuple et des législateurs. Il fallait qu'elles se montrent à même de gérer le système d'assurance-maladie, soit-il obligatoire, si d'aventure le Conseil fédéral venait à leur en attribuer la tâche. L'admission des femmes pouvait contribuer à cette crédibilisation. Dans le rapport qu'il présenta sur ce thème aux sections en mai 1891, le comité central affirma que la votation de l'article 34^{bis} créait «*de nouveaux devoirs*

¹³¹ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 5 mars 1892, ACV, PP 940/2, Registre 4, f. 373.

¹³² SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 5 mars 1892, ACV, PP 940/2, Registre 4, f. 373.

*aux Sociétés de secours mutuels. Ceux d'entre nous [...] qui estiment que l'idéal n'est pas dans une centralisation excessive [...] voudront permettre à la [SVSM] de remplir elle-même la plus grande partie du programme contenu en germe dans l'article constitutionnel, et d'en laisser le moins possible à l'administration fédérale des assurances. Mais pour cela, il faut que notre société puisse protéger la femme aussi bien que l'homme contre les risques de la maladie [...], il faut que le Conseil fédéral ne soit pas autorisé à refuser notre collaboration par la raison que notre société ne remplirait qu'en partie le programme à réaliser.»*¹³³

La proposition se heurta cependant de nouveau à un refus¹³⁴. Les partisans du *statu quo* affirmaient que les «maladies particulières du sexe féminin» étaient «nombreuses et complexes», et que, de toute façon, le «besoin de faire partie de notre Société ne paraît pas s'être manifesté chez les femmes». Au surplus, la présence de femmes «aux séances de nuit des comités de section pourrait donner prise aux insinuations malveillantes»¹³⁵.

La digue conservatrice céda finalement en 1901. En juillet, les délégués réunis en AG votèrent l'admission des femmes; une décision qui ne fut pas sans provoquer «une certaine agitation dans l'assemblée»¹³⁶. Au regard des secours et des cotisations, les femmes jouissaient des mêmes droits que les hommes, et étaient soumises aux mêmes obligations. En matière administrative, en revanche, il ne leur fut accordé qu'une position secondaire. Si les nouveaux statuts admettaient qu'elles forment, au sein des sections, des sous-comités de femmes, ceux-ci ne devaient se prononcer que sur les affaires concernant les sociétaires de leur sexe. Les femmes commissaires n'étaient d'ailleurs convoquées en séance du comité central «que lorsque leur présence y para[issait] utile» (au contraire des hommes, tenus d'y assister)¹³⁷. Peut-être ces dispositions peu favorables contribuèrent-elles à tempérer l'enthousiasme des femmes vaudoises pour l'affiliation auprès de la SVSM; en 1909, la société ne comptait que 109 femmes, soit moins de 2% du total des membres¹³⁸.

¹³³ SVSM, Circulaire n° 23 du comité central aux 38 sections, Lausanne, 2 mai 1891, ACV, PP 940/3, p. 3.

¹³⁴ SVSM, Rapport présenté par les délégués de la Section de Moudon sur l'AG qui a eu lieu à Avenches, Lausanne, 9 juillet 1892, ACV, PP 940/2, Registre 5, cahier détaché placé dans le registre.

¹³⁵ SVSM, Circulaire n° 23 du comité central aux 38 sections, Lausanne, 2 mai 1891, ACV, PP 940/3, p. 11.

¹³⁶ SVSM, *Compte rendu du comité central sur sa gestion en 1901*, Lausanne, Borgeaud, 1902, p. 31.

¹³⁷ SVSM, *Compte rendu du comité central sur sa gestion en 1902*, Lausanne, Auguste Jaunin, 1903, p. 33.

¹³⁸ SVSM, *Compte rendu du comité central sur sa gestion en 1909*, Lausanne, Imprimerie vaudoise, 1910, p. 8.

Pourquoi les sections se résolurent-elles finalement à accepter, en 1901, l'admission des femmes ? Le contexte au sein duquel naviguait la SVSM était, durant les premières années du xx^e siècle, fort différent de celui qui avait prévalu jusqu'alors. Elle faisait tout d'abord face à un déclin de popularité, qui se manifestait par une chute du sociétariat. Le nombre de membres était passé de 7 552 en 1893, à 6 469 en 1901. Ce déclin était en partie attribuable à l'augmentation des solutions alternatives d'assurance dans le canton de Vaud au cours de cette période. Vingt-six nouvelles caisses d'entraide avaient ainsi été fondées entre 1890 et 1901¹³⁹. Le recrutement de nouveaux membres n'avait jamais jusqu'alors représenté pour la SVSM un sujet de préoccupation. Aucune politique systématique n'avait été mise en place en vue d'accroître son attractivité auprès de la population vaudoise. L'admission des femmes représentait un premier pas dans cette direction et la première expression, au sein de la SVSM, d'une forme d'expansionnisme propre aux grandes caisses d'assurance du xx^e siècle.

Ensuite et surtout, une décennie d'intenses activités politiques venait de s'écouler. En mai 1900, la Lex Forrer avait été rejetée en votation populaire. Les mutualistes romands avaient participé activement aux discussions qui avaient précédé cette votation. Ils avaient défendu à cette occasion l'assurance obligatoire pour l'ensemble des résidents suisses, hommes ou femmes¹⁴⁰. N'eussent-ils pas appliqué au sein de leurs organisations, les principes qu'ils défendaient sur la scène politique, leur crédibilité en eût été atteinte. Ces discussions ne manquèrent pas de porter leur écho auprès des masses mutualistes. Les mutuelles s'étaient en outre constituées en groupes d'intérêts formels à travers la création d'associations faïtières qui portèrent leurs voix auprès des autorités fédérales. Les sociétés de secours mutuels étaient devenues des objets de discussion politique autant que des actrices de la vie publique.

¹³⁹ GUTKNECHT Alfred, *Les sociétés de secours...*, pp. 144-150.

¹⁴⁰ FAVRE Charles, *L'assurance obligatoire en cas d'accident et de maladie et l'avenir des sociétés de secours mutuels*, Neuchâtel, A. Godet, 1892.

Chapitre 3

Les assurances sociales et la crise de crédibilité du mutualisme

La seconde moitié du XIX^e siècle en Suisse fut marquée par une tendance à la centralisation politique et à une expansion du champ d'intervention de l'État fédéral¹⁴¹. C'est, entre autres, dans le domaine de la politique sociale que se manifesta cette évolution. En 1877 – peu de temps après la révision constitutionnelle de 1874, qui autorisa la Confédération à intervenir en la matière – fut votée la loi fédérale sur les fabriques, qui limita le temps de la journée de travail à onze heures et interdit le travail des enfants dans l'industrie. Elle introduisit, surtout, le principe de la responsabilité civile des employeurs en cas d'accidents professionnels. La Suisse fit à cet égard figure de pionnière en Europe¹⁴². Le régime légal de la responsabilité professionnelle des employeurs prêta cependant rapidement le flanc aux critiques. On lui reprochait d'être la source d'innombrables procès opposant ouvriers et patrons (la loi admettant que la faute de la victime puisse constituer une exception) et on lui attribua la

¹⁴¹ HUMAIR Cédric, *Développement économique et État central (1815-1914). Un siècle de politique douanière suisse au service des élites*, Berne, Peter Lang, 2004; VEYRASSAT Béatrice, « Économie et société en Suisse au cap du XX^e siècle », in: HALBEISEN Patrick, MÜLLER Margrit, VEYRASSAT Béatrice (éd.), *Histoire économique de la Suisse au XX^e siècle*, Neuchâtel, Livreo-Alphil, 2021, pp. 37-86.

¹⁴² Selon la loi allemande de juin 1871, la responsabilité professionnelle n'était engagée que dans le cas d'un accident résultant d'une faute de l'employeur ou de son représentant. La loi suisse de 1877 étendit la responsabilité aux cas d'accidents fortuits. Voir DROZ Numa, *Essais économiques*, Genève, Ch. Eggiman, 1896, p. 141.

responsabilité de faillites industrielles résultant de l'incapacité de certaines entreprises non assurées à payer les indemnités en cas d'accidents graves¹⁴³.

Afin de pallier ces inconvénients, l'on envisagea de rendre l'assurance contre les accidents obligatoire – une solution déjà adoptée en Allemagne en 1884. Le département fédéral de l'industrie chargea les conseillers nationaux Hermann Kinkelin et Ludwig Forrer d'étudier la question. Forrer, inspiré par la législation allemande, défendit la création d'une institution publique d'assurance contre les accidents, en monopole, et gérée par l'État central (plutôt que par les cantons)¹⁴⁴. Quant à Kinkelin, il émit le vœu que les questions d'assurance-accident et d'assurance-maladie, «*dont les domaines se confondent fréquemment, car la plupart des personnes victimes d'accidents deviennent en même temps des victimes de maladie*»¹⁴⁵, ne soient pas discutées séparément, mais qu'elles fassent ensemble l'objet d'une nouvelle loi fédérale. Les discussions instruites, entre autres, par les mémoires de Kinkelin et de Forrer donnèrent lieu à l'adoption en octobre 1890 de l'article constitutionnel 34^{bis}, évoqué au chapitre précédent.

Jusqu'à la fin des années 1880, l'expansionnisme de l'État fédéral n'avait pas encore atteint les sociétés de secours mutuels. Comme l'a mis en évidence le chapitre 1, la surveillance des sociétés de secours mutuels relevait des prérogatives cantonales. En 1889, avec l'adoption de l'article 34^{bis}, les sociétés de secours mutuels devenaient soudainement l'objet d'une attention confédérale. Cet article planta le germe de vingt années de débats animés au cœur desquels furent projetées les mutuelles. Le présent chapitre est consacré à ces débats ainsi qu'à l'influence qu'exerça sur les sociétés de secours mutuels la soudaine attention à laquelle elles étaient confrontées. La première section aborde la naissance des organisations faîtières de caisses; la seconde met en évidence le rôle que jouèrent dans ce contexte les arguments issus de la science actuarielle – discipline nouvelle et alors en pleine expansion.

¹⁴³ « Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant la compétence législative à accorder à la Confédération en matière d'assurance contre les accidents et les maladies (Du 28 novembre 1889) », *Feuille fédérale* 1(6), 8 février 1890, pp. 313-314; FORRER Ludwig, « Mémoire sur l'introduction en Suisse de l'assurance contre les accidents », *Feuille fédérale* 1(6), 8 février 1890, pp. 358-363; DEGEN Bernard, « "Haftpflicht bedeutet den Streit, Versicherung den Frieden" ... », pp. 139-142.

¹⁴⁴ FORRER Ludwig, « Mémoire sur l'introduction en Suisse... », p. 391.

¹⁴⁵ KINKELIN Hermann, « Mémoire de M. le professeur Dr Kinkelin », *Feuille fédérale* 1(6), 8 février 1890, p. 328.

1. La naissance des organisations faïtières de caisses

La question du rôle de l'État dans la prévoyance contre la maladie émergea au cours d'une période charnière de l'histoire politique suisse. Les deux dernières décennies du XIX^e siècle furent marquées par une transformation profonde de la structure du système politique national. Sur fond de crise économique, dont on situe traditionnellement l'amorce en 1873, l'hégémonie de la « famille radicale »¹⁴⁶ – au pouvoir depuis 1848 – s'effritait. Sur son flanc gauche, une opposition ouvrière se faisait de plus en plus vigoureuse, nourrie par les frustrations nées de la crise économique. Elle se manifesta notamment dans les vastes mouvements de grèves qui marquèrent la décennie 1880. Elle s'institutionnalisa en 1880 avec la création de l'Union syndicale suisse, puis celle du Parti socialiste en 1888 (*Sozialdemokratische Partei*). Le Parti socialiste agrégeait une nébuleuse d'associations ouvrières et de partis politiques locaux. Arrimant son programme politique au paradigme de la lutte des classes, il militait en faveur d'une extension du domaine des droits sociaux pour les ouvriers et, plus généralement, d'une étatisation poussée de l'économie¹⁴⁷. En outre, l'édifice radical lui-même se fissurait. Une aile progressiste, certes réformiste plutôt que révolutionnaire, principalement issue de la Suisse orientale et septentrionale, s'affirmait en son sein. L'introduction d'une législation sociale au niveau fédéral constituait un pan essentiel de son programme, aux accents par ailleurs franchement centralisateurs. Le mouvement se cristallisa en 1894, avec la création du Parti radical-démocratique, qui incarna à partir de cette date le radicalisme suisse¹⁴⁸.

C'est de l'aile gauche de la famille radicale ainsi constituée en Parti radical-démocratique en 1894 qu'étaient issus les principaux promoteurs du projet de loi visant à introduire les assurances-maladie et accidents obligatoires. Au premier rang d'entre eux, Ludwig Forrer, conseiller d'État

¹⁴⁶ L'expression est de Erich Gruner, cité par MEUWLY Olivier, *Les partis politiques. Acteurs de l'histoire suisse*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 2010, p. 18.

¹⁴⁷ MEUWLY Olivier, *L'unité impossible. Le parti radical-démocratique suisse à la Belle Époque 1891-1914*, Hauterive, Gilles Attinger, 2007, p. 39.

¹⁴⁸ Les membres les plus libéraux de la famille radicale, plus proches des milieux d'affaires, se désolidarisèrent de ces initiatives socialisantes et, en 1893, fondèrent aux Chambres fédérales le groupe libéral-démocratique. Il comptait parmi ses adhérents Caspar Cramer-Frey, président de l'Union suisse du commerce et d'industrie, et le conservateur genevois Gustave Ador. En quelques années, le radicalisme s'était métamorphosé en « une mosaïque de tendances les plus diverses et les plus contradictoires », écrivait en 1892 Rudolph Brunner, l'un des chefs du radicalisme bernois. Voir MEUWLY Olivier, *Les partis...*, p. 37 et MEUWLY Olivier, *L'unité impossible...*, p. 46.

radical à qui avait été confiée la rédaction du projet de loi sur les assurances sociales. Forrer voyait d'un mauvais œil les sociétés d'entraide. Attachées à leurs traditions locales et à leur folklore, ces sociétés constituaient autant d'obstacles à la réalisation du programme économique interventionniste et centralisateur qu'il appelait de ses vœux¹⁴⁹. La gestion démocratique des mutuelles était, à ses yeux, incompatible avec la modernité assurantielle¹⁵⁰. Forrer devait cependant composer avec les caisses existantes : l'article 34^{bis} le lui imposait en spécifiant que la Confédération devait élaborer un système d'assurance en «*tenant compte des caisses de secours existantes*». Ce n'était naturellement pas par magnanimité vis-à-vis des caisses qu'une telle clause avait été introduite, mais par crainte que, sans cet accommodement, les caisses et leurs membres sabotent toute tentative de réforme¹⁵¹.

Le projet que Forrer rendit public en mai 1893 menaçait, sinon frontalement du moins indirectement, les caisses d'entraide. Il prévoyait, dans son volet maladie, entre autres dispositions multiples et complexes, la création de caisses communales publiques, opérant parallèlement aux sociétés d'entraide traditionnelles. Il accordait en outre aux autorités confédérales la capacité de priver une société d'entraide du droit de participer au service de l'assurance obligatoire s'il était prouvé qu'elle offrait des prestations inférieures, en quantité, en qualité et en durée, aux caisses communales publiques (art. 174), et que son activité «*mettait en péril l'existence d'une caisse publique*.» (art. 179)¹⁵². Ces articles donnaient donc aux fonctionnaires fédéraux, plus précisément aux experts employés par l'Office fédéral des assurances, un pouvoir considérable sur le destin des caisses libres. Les mutualistes jugèrent très sévèrement ces dispositions. «*Avec de pareilles restrictions et de pareilles menaces, comment les caisses libres pourront-elles subsister et ne doit-on pas dire [...] que*

¹⁴⁹ LABHART Walter, *Ludwig Forrer. 1845-1921*, thèse de doctorat, Zurich, Université de Zurich, 1972, p. 127; ALTERMATT Urs, *Conseil fédéral. Dictionnaire biographique des cent premiers Conseillers fédéraux*, Yens, Cabédita, 1993, pp. 290-295.

¹⁵⁰ FORRER Ludwig, «*Mémoire sur l'introduction en Suisse...*», pp. 408-409 et p. 413. Voir également son intervention à l'Assemblée fédérale au cours des débats sur la seconde mouture de la loi : *Bulletin sténographique officiel de l'Assemblée fédérale suisse* 2(33), 29 juin 1897, p. 648.

¹⁵¹ Comme l'expliquait en 1891 le radical Friedrich Göttisheim : «*Il est à craindre qu'une loi sur les assurances qui préjudicie les caisses privées d'après leur manière de voir et entrave leur indépendance ne soit rejetée grâce à l'influence de ces caisses et de leurs membres.*» (GÖTTISHEIM Friedrich, *Mémoire sur l'introduction d'une assurance suisse contre la maladie*, Berne, K.-J. Wyss, 1891, p. 9.)

¹⁵² «*Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant deux projets de lois sur l'assurance contre les maladies et les accidents (Du 21 janvier 1896)*», *Feuille fédérale* 1(7), 12 février 1896, pp. 449-452.

l'intention bien arrêtée du projet est d'en finir avec nos sociétés ?», écrivit en 1896 Gustave Correvon¹⁵³.

Face à la menace que le projet Forrer représentait pour leur existence, les sociétés de secours mutuels de Suisse romande décidèrent de s'unir. Elles formèrent en juin 1893, soit un mois après la publication de la première mouture du projet de loi et à l'initiative de l'Association mutuelle des horlogers de Bienne, la «*Fédération des Sociétés de secours mutuels de Suisse romande*» (FSSM). L'objectif affiché de cette organisation était avant tout politique ; il s'agissait de «*grouper [l]es sociétés [de Suisse romande] en vue de l'étude en commun des questions importantes pour elles que soulève l'élaboration de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies et les accidents prévue par l'article 34^{bis} de la Constitution fédérale*»¹⁵⁴.

De sa fondation en 1893 jusqu'à l'approbation parlementaire de la Lex Forrer en octobre 1899, la Fédération exerça sans faiblir une pression sur les autorités fédérales, les experts et les parlementaires, afin d'altérer le texte de la loi dans un sens conforme aux intérêts de ses membres. Elle y parvint dans une large mesure. Le projet finalement approuvé par l'Assemblée fédérale en octobre 1899 – et rejeté cinq mois plus tard en référendum – ne ressemblait plus guère au projet élaboré par Forrer en 1893. Pour les sociétés d'entraide, le texte avait été rendu essentiellement inoffensif – les dispositions les menaçant en ayant été retirées. Les mutualistes ne contemplaient plus la loi avec suspicion. Seule l'obligation faite aux caisses par le projet d'offrir des prestations d'assurance médicale (qu'aborde en détail le chapitre 4) empêcha la Fédération de lui apporter un soutien formel¹⁵⁵. La SVSM, quant à elle, défendit officiellement et sans ambiguïté le projet¹⁵⁶.

Après le rejet de la Lex Forrer en mai 1900, les législateurs se remirent à l'ouvrage afin d'élaborer un nouveau projet de loi ; après tout, l'article 34^{bis}

¹⁵³ CORREVON Gustave, «Rapport sur les projets du Conseil fédéral sur l'assurance obligatoire contre la maladie et les accidents», *Bulletin de la FSSM* 9, avril 1896, p. 200. Voir également SCHNETZLER A., *L'assurance populaire dite obligatoire*, Lausanne, Georges Bridel, 1896, p. 16.

¹⁵⁴ «Statuts», *Bulletin de la FSSM* 1, juillet 1893, p. 6.

¹⁵⁵ Sur le refus de la commission du Conseil national d'accorder aux sociétés de secours mutuels la possibilité de choisir la nature des prestations offertes à leurs membres, voir «Rapport de la commission du Conseil national sur l'assurance contre les maladies et l'assurance contre les accidents (Du 10 juin 1897)», *Feuille fédérale* 3(25), 23 juin 1897, p. 534. Sur le refus de la Fédération d'apporter un soutien officiel, voir CORREVON Gustave, «Exposé de M. G. Correvon», *Bulletin de la FSSM* 14, mars 1899, pp. 345-346.

¹⁵⁶ SVSM, Compte rendu de l'Assemblée extraordinaire des délégués sur la loi fédérale du 5 octobre 1899, Lausanne, 1^{er} avril 1900, Lausanne, ACV, PP 940 13/3.

demeurait et son existence rendait l'élaboration d'une législation sociale inéluctable. Un nouveau texte fut finalement rendu public en décembre 1906. Il emporta immédiatement l'assentiment unanime des mutualistes romands. Dans son volet maladie, il prévoyait de subventionner les mutuelles afin que celles-ci soient en mesure d'abaisser les cotisations ou d'augmenter les prestations – ce qui devait, en fin de compte, promouvoir la diffusion de l'assurance auprès de la population¹⁵⁷. Le texte faisait donc reposer sur les mutuelles la gestion de la branche maladie des assurances sociales. À travers ces dispositions favorables aux mutuelles, les législateurs espéraient s'assurer de leur soutien dans la campagne politique qui devait précéder la votation. Cette loi en deux volets liait par construction le destin de l'assurance-maladie à celui de l'assurance-accident. Or, le volet accident du projet de loi (qui prévoyait la création d'un monopole public) suscitait l'ire des compagnies d'assurance privées qui craignaient de perdre de précieuses parts de marché¹⁵⁸. Les mutuelles étaient à même de contrecarrer l'influence politique négative des compagnies privées. La Fédération romande se positionna d'ailleurs clairement en sa faveur¹⁵⁹.

La LAMA fut finalement acceptée par le peuple en février 1912. En raison de sa longévité – quatre-vingt-quatre ans en vigueur – cette loi joua un rôle fondamental dans l'histoire du système suisse d'assurance-maladie en définissant le cadre légal au sein duquel les caisses opéraient. Contrairement au projet Forrer, la LAMA ne rendait pas l'assurance-maladie obligatoire au niveau national. Elle donnait cependant la possibilité aux cantons et aux communes d'introduire l'obligation dans leurs juridictions respectives. En outre et conformément au projet de décembre 1906 sur lequel le texte finalement voté s'appuyait, la loi offrait aux caisses la possibilité de recevoir des subventions. Elles devaient pour cela soumettre leurs statuts à l'approbation des autorités, garantir à leurs membres certaines prestations, en durée et en qualité. Les caisses devaient enfin prouver leur solvabilité auprès des autorités. Ces tâches de supervision furent confiées à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), créé à cette occasion. Cette loi ne contraignait cependant pas les mutuelles à se soumettre à son empire; elles demeuraient

¹⁵⁷ « Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant les assurances contre les maladies et les accidents (Du 10 décembre 1906) », *Feuille fédérale* 6(51), 19 décembre 1906, p. 232.

¹⁵⁸ STADLIN Christofer, « Markets created and destroyed by the State. Casualty insurance and the experience of the Zurich Insurance company 1850-1950 », Papier présenté à la conférence internationale *Risk and the Insurance Business in History*, Séville, juin 2019; GYGER A., *50 Jahre. Konkordat der schweizerischen Krankenkassen, 1851-1941*, Soleure, Concordat des caisses-maladie suisses, 1941, pp. 25-26.

¹⁵⁹ « Assemblée des délégués tenue le 16 juillet 1911 », *Bulletin de la FSSM* 53, juillet 1911, p. 136.

libres de demander la reconnaissance officielle (condition de l'obtention de subventions)¹⁶⁰.

Quel rôle politique jouèrent les caisses de Suisse alémanique au cours de cette période ? Leur influence fut moindre que celle exercée par la Fédération mutualiste romande. Ce différentiel est en partie attribuable au fait qu'une association à visée explicitement politique, telle que la Fédération romande, n'existait pas en Suisse alémanique. Il existait certes le Concordat de libre passage, fondé en 1891. Cependant, celui-ci et comme son nom l'indique, se préoccupait de rendre possible et d'organiser le passage entre les caisses affiliées à cette organisation pour les assurés changeant de domicile. Les difficultés des caisses alémaniques à porter un message commun résultaient également de la forte présence de caisses d'entreprises dans les régions industrielles de la Suisse septentrionale et orientale. Ces caisses n'étaient, après tout, que des excroissances des entreprises auxquelles elles se rattachaient, et leurs intérêts ne se confondaient pas nécessairement avec ceux des mutuelles indépendantes. D'ailleurs, les caisses d'entreprises étaient représentées au sein du Concordat de libre passage, ce qui contribuait à diluer l'identité mutualiste de cette organisation¹⁶¹. Il existait également en Suisse alémanique d'importantes caisses syndicales au sein desquelles, parfois, l'idéologie socialiste prévalait sur la culture mutualiste classique. Hermann Greulich, président de la Fédération ouvrière suisse – organisation faïtière syndicale – et figure importante du socialisme helvète de la fin du XIX^e siècle, fit au cours des deux décennies qui séparaient le vote de l'article 34^{bis} de celui de la LAMA, la promotion de l'assistance médicale gratuite et financée par l'État. Le Conseil fédéral ne manqua pas de souligner le manque de cohésion qui régnait au sein du *Kassenwesen* alémanique ; il s'appuya d'ailleurs sur ces disparités pour justifier le rejet d'un certain nombre de propositions qui émanaient de ces cercles¹⁶².

¹⁶⁰ «Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (Du 13 juin 1911)», *Feuille fédérale* 3(24), 14 juin 1911, pp. 815-860.

¹⁶¹ Le *Verband schweizerischer Betriebskrankenkassen* devint membre du Concordat en 1895. Sur l'histoire de cette association, voir FLEISCHMANN Reto, *Eine typisch schweizerische Lösung. Die Geschichte des Schweizerischen Betriebskrankenkassenverbands (SBKV)*, Mémoire de licence, Zurich, Université de Zurich.

¹⁶² En l'occurrence, les propositions du chancelier d'État (*Staatsschreiber*) zurichois Heinrich Stüssi (selon lequel l'assistance médicale devait être gratuite et organisée par les cantons, eux-mêmes subventionnés à cette fin par la Confédération), celle du Glaronais Gottfried Heer (d'après laquelle la Confédération devait allouer des subventions aux cantons qui eux auraient la liberté de les employer, soit en faveur de la gratuité des soins médicaux, soit en faveur des caisses offrant à leurs membres des indemnités de maladie) et celle de Hermann Greulich (visant à instaurer la gratuité universelle des soins, financée par l'impôt). Voir «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant les assurances contre les maladies et les accidents (Du 10 décembre 1906)», pp. 279-281.

Le Concordat s'imposa cependant progressivement en tant qu'association faîtière des caisses composant cet ensemble hétéroclite. En 1914, il comptait notamment parmi ses membres 15 fédérations cantonales de caisses (soit 11 de plus que dix ans auparavant), et regroupaient au total 135 000 assurés. En 1920, ce chiffre s'élevait à un demi-million. Les statuts révisés de 1914 reléguèrent au second plan la problématique du libre passage et consacraient la promotion des intérêts au sens large des membres en tant qu'objectif principal¹⁶³. Le Concordat s'imposa comme le porte-voix des caisses alémaniques auprès des autorités fédérales. Il se dota également d'un organigramme clair et d'un organe de presse: la *Schweizerische Krankenkassen-Zeitung*. À travers cette revue, le Concordat développa une activité de conseil juridique et technique aux caisses affiliées, parfois circonspectes face à la complexification croissante de la branche.

La croissance rapide du Concordat fit progressivement perdre à la Fédération romande sa prééminence. En 1924, le Concordat comptait déjà 869 000 membres, soit sept fois plus que la Fédération romande (124 000)¹⁶⁴. La FSSM avait cependant à bien des égards fait œuvre pionnière. Elle avait été particulièrement active et ce, dès le début de la décennie 1890, dans le domaine du conseil technique aux caisses. Au cours de cette période, l'organisation technique des caisses avait fait l'objet de vives discussions politiques.

2. Les sociétés d'entraide au défi de la science actuarielle

Les problématiques relatives à l'organisation technique et à la solvabilité des sociétés d'entraide firent l'objet d'une attention particulière au tournant des deux siècles, dans le contexte des débats relatifs à l'introduction d'une forme d'intervention de l'État dans le domaine de la prévoyance sociale. La constatation des insuffisances financières et organisationnelles des sociétés de secours mutuels – réelles ou supposées – représentait en effet l'un des arguments les plus fréquemment mobilisés en faveur de l'introduction d'un système public d'assurance contre la maladie. Les réformateurs confédéraux reprochèrent aux sociétés de secours mutuels

¹⁶³ GYGER A., *50 Jahre...*, pp. 32-34.

¹⁶⁴ «Mitteilungen des Vorortes und der Verbände», *SKZ* 12, 1^{er} décembre 1924, pp. 185-186; «Assemblée des délégués du Dimanche 13 Septembre 1925», *Bulletin de la FSSM* 104, décembre 1925, p. 944.

de ne pas tenir compte des principes de la science actuarielle et d'être bâties sur des fondements bancals. L'on ne pouvait à leurs yeux confier aux caisses la responsabilité de gérer l'assurance obligatoire¹⁶⁵. Les sociétés d'entraide, héritières des traditions de solidarité professionnelle propres aux corporations d'Ancien Régime, représentaient une forme de prévoyance sociale surannée. «*Nous avons cru qu'il suffisait de compter sur le sentiment de la fraternité, de la solidarité, qu'au moyen de ces mots magiques, toutes les difficultés seraient facilement résolues, tandis qu'il aurait fallu compter un peu plus avec les données de la science et de la nature, avec les lois de la morbidité et de la mortalité*»¹⁶⁶, proclama au Conseil national Robert Comtesse en juin 1897. La modernité et la science étaient en somme du côté de l'État, seul détenteur de l'expertise nécessaire à la promotion du développement rationnel du secteur des assurances.

La mobilisation à la fin du XIX^e siècle, par les législateurs, des «*données de la science et de la nature*» et des «*lois de la morbidité et de la mortalité*» – pour reprendre les formules de Comtesse – n'était nullement fortuite. Ces invocations intervenaient dans un contexte particulier: dans le monde assurantiel occidental, la période fut marquée par un essor vigoureux de la science actuarielle. À la faveur de la croissance et de l'internationalisation rapide du marché de l'assurance, cette discipline s'autonomisait et s'institutionnalisait. En 1848, fut fondée à Londres la première société d'actuaire, l'*Institute of Actuaries*, qui servit de modèle aux sociétés du même genre dans les autres pays. Elle fut suivie quelques années plus tard par la *Faculty of Actuaries* à Édimbourg (1856). Quant à l'*American Society of Actuaries*, elle fut créée en 1889. L'année suivante, les actuaire français se dotèrent d'une institution similaire, l'Institut des actuaire français (1890). Ces sociétés contribuaient à standardiser les pratiques et à uniformiser le langage de la discipline¹⁶⁷. Les actuaire organisèrent également des congrès mondiaux, assurant la circulation internationale des savoirs. Le premier se tint à Bruxelles en 1895. Ces événements constituaient autant de vecteurs de diffusion d'un discours destiné à asseoir la légitimité sociale de l'actuaire auprès du public et des

¹⁶⁵ Selon Friedrich Göttisheim, cofondateur du Parti radical-démocratique et figure importante du radicalisme bâlois de la fin du XIX^e siècle, les sociétés d'entraide n'étaient «*pas organisées et administrées de manière à ce qu'on puisse sans autre les considérer comme capables d'assumer les garanties que la Confédération doit accorder aux assurés*». (GÖTTISHEIM Friedrich, *Mémoire sur l'introduction...*, p. 63.)

¹⁶⁶ *Bulletin sténographique officiel de l'Assemblée fédérale suisse* 2(33), 29 juin 1897, p. 649.

¹⁶⁷ FLANDREAU Marc, LEGENTILHOMME Geoffroy, «*Cyberpunk Victoria. The credibility of computers and the first digital revolution, 1848-83*», *Economic History Review* 75(4), 2022, pp. 1083-1119.

législateurs. Paul Guieyesse, membre fondateur de l'Institut des actuaires français, affirma clairement en 1900, dans son discours d'ouverture au Second congrès international d'actuaires, l'ambition de cette nouvelle science et son aspiration à régner sur l'élaboration des réformes :

«Grâce à la science, le règne des utopies sociales, si généreuses qu'elles soient, et par là même plus dangereuses, est passé. Nous avons mis la société en possession d'un instrument permettant de passer au crible de l'analyse les projets de réformes qui surgissent de toutes parts, et d'en montrer les conséquences. D'une façon générale, nous avons le droit d'affirmer que toutes les réformes sociales doivent être soumises à notre contrôle, que les problèmes sociaux ne peuvent avoir de solutions réelles qu'après notre examen.»¹⁶⁸

En Suisse, le premier cours d'actuariat fut donné à l'École polytechnique fédérale de Zurich en 1858 par le physicien Gustav Anton Zeuner¹⁶⁹. À Berne, le développement de la science actuarielle fut porté par Christian Moser, l'un des principaux promoteurs des assurances sociales en Suisse et expert auprès du Conseil fédéral lors de l'élaboration des textes de réformes à partir de la fin des années 1880. Moser occupa à l'Université de Berne, à partir de 1901, une chaire de mathématiques actuarielles (qu'il avait contribué à fonder), seule alors en Europe hors de l'Allemagne¹⁷⁰. Si l'Association des actuaires suisses ne fut fondée qu'en 1905, l'influence des actuaires se fit sentir plus tôt dans la législation. En 1886 fut créé le Bureau fédéral des assurances, organe confédéral chargé de surveiller la situation financière et technique des entreprises d'assurances en Suisse et de délivrer les autorisations d'opérer sur le territoire, le premier du genre en Europe. Johann Jakob Kummer, qui avait administré le Bureau fédéral de la Statistique depuis 1874, en fut nommé directeur¹⁷¹.

C'est principalement Hermann Kinkelin qui porta l'oriflamme de la science actuarielle sur le front de la politique sociale. Professeur

¹⁶⁸ Cité par LAROUILLÈRE Régis de, «Les actuaires d'hier à demain», *Risques: les cahiers de l'assurance* 81, 2010, p. 188.

¹⁶⁹ KUPPER Josef, «Versicherungsmathematik und schweizerische Hochschulen», *Bulletin de l'Association suisse des actuaires* 1, 1998, pp. 33-53.

¹⁷⁰ «Statistiques et solidarité: le débat sur les fondations mathématiques des caisses de secours et des assurances sociales avant 1900», *Histoire de la sécurité sociale en Suisse*, décembre 2015, <<https://www.histoiredelasecuritesociale.ch/chiffres/debats-sur-les-calculs-avant-1900>>, consulté le 8 mars 2020.

¹⁷¹ C. M., «Obituary: Dr J. J. Kummer», *Bulletin de l'Association suisse des actuaires* 8, 1913, pp. XXVII-XXXV.

de mathématiques à l'Université de Bâle et fondateur en 1874 d'une compagnie d'assurance-vie – la *Schweizerische Sterbe- & Alterskasse*, devenue en 1910 la Patria –, Kinkelin publia deux rapports (en 1868 et 1888) sur la situation des sociétés de secours mutuels en Suisse (voir chapitre 1). Ces rapports, et le second en particulier, exposaient les principes actuariels sur lesquels devrait reposer l'assurance contre la maladie, afin « *d'éclairer [les SSM] et de les renseigner sur leurs propres intérêts* »¹⁷². Pour que les caisses mutuelles soient à tout moment en mesure d'honorer leurs engagements – payer la somme fixée par les statuts – elles devaient s'assurer que les contributions des membres ne soient pas trop faibles relativement aux sommes promises. À cette fin, l'établissement d'un « bilan technique » constituait un prérequis. Le bilan technique permettait de calculer les « réserves mathématiques », c'est-à-dire l'excédent de la valeur actuelle des dépenses futures sur la valeur actuelle des recettes futures. Ces valeurs ne pouvaient être déterminées qu'à l'aide de tables de morbidité, associant à chaque âge une probabilité d'incapacité de travail. Les sociétés devaient à tout moment s'assurer qu'elles disposaient d'actifs liquides au moins égaux en valeur au montant des réserves mathématiques. Or, la plupart des caisses ignoraient cet outil – le bilan technique – et par conséquent naviguaient à vue. À cette faiblesse d'ordre technique s'ajoutait le problème de la taille. Les petites sociétés, nombreuses, n'étaient pas en mesure d'exploiter rationnellement la loi des grands nombres, principe essentiel sur lequel devait se reposer toute caisse d'assurance¹⁷³.

Les dirigeants de la FSSM n'étaient pas sans savoir la force des critiques techniques qui étaient adressées aux mutuelles. « *Le principal grief dont nos sociétés de secours mutuels sont l'objet dans les critiques de M. Forrer est le manque de bases scientifiques et la nécessité, pour se soutenir financièrement, d'avoir recours à des tombolas et autres moyens de ce genre* », reconnut avec appréhension Gustave Correvon, en juin 1895¹⁷⁴. Correvon rapporta en 1903, trois ans après le rejet référendaire de mai 1900, avoir eu avec Forrer, au cours de la période précédant le référendum, l'échange suivant :

« *Il y a plusieurs années, M. Forrer, [me] disait en [me] montrant une armoire du bureau du Palais fédéral où il travaillait à la loi d'assurance : "Voici le tombeau des [SSM]; il y a là des calculs prouvant que toutes les*

¹⁷² KINKELIN Hermann, *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1880...*, p. 18.

¹⁷³ KINKELIN Hermann, *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1880...*, p. 52.

¹⁷⁴ « Assemblée des délégués de la [FSSM] », *Bulletin de la FSSM* 8, août 1895, p. 163.

[SSM] *suisses reposent sur des bases fausses et vous devez être heureux que la loi future d'assurance-maladie vous enlève la responsabilité sérieuse qui pèse sur ceux qui sont à la tête de ces sociétés.* »¹⁷⁵

Cet échange – dont l'authenticité ne peut être vérifiée – trahit les craintes des mutualistes et le complexe qu'ils entretenaient à l'égard des questions techniques. Cependant, les mutualistes ne reprochèrent pas aux réformateurs d'insister sur la technique de l'assurance. Pour la plupart, ils acceptèrent sans regimber la validité des critiques qui leur étaient adressées. Léon Latour, secrétaire du comité central de la Fédération, affirma en août 1896: «*Du point de vue de la technique de l'assurance, qui garantit la solidité et la viabilité des sociétés mutuelles, il faut avouer que nous sommes en défaut et que c'est toujours sur ce point faible que nous sommes attaqués avec le plus de raison.*»¹⁷⁶

En période de débats sur la place à accorder aux sociétés d'entraide dans l'architecture du système d'assurances sociales, les dirigeants de la FSSM tenaient à montrer que science et mutualité étaient conciliables. Leur crédibilité, après tout, en dépendait. La Fédération souligna d'ailleurs le peu d'attention qu'avaient accordé les sociétés d'entraide aux rapports de Kinkelin: «*Les conseils de cet éminent spécialiste ne furent guère écoutés par ceux auxquels ils s'adressaient.*»¹⁷⁷ Or, cette surdité avait «*été relevée très souvent ces dernières années lors de l'élaboration de la loi d'assurance rejetée par le peuple le 20 mai 1900*». Les sociétés d'entraide devaient cesser de négliger les principes actuariels: «*Pour vivre et prospérer, [elles] doivent reposer sur des bases sûres et solides, et la science seule peut les leur assurer*», affirmait Léon Latour. Il était en somme urgent de se consacrer au renforcement d'une charpente financière solide garantissant la solvabilité des caisses. Selon Eugène Weber (président de 1899 à 1902), «*dans nos Sociétés, ce n'est pas un beau drapeau qui doit relier leurs membres, ce sont de bons statuts et une caisse bien garnie*»¹⁷⁸. Les dirigeants de la Fédération produisirent des modèles de bilans techniques et exhortèrent les caisses affiliées à les utiliser. Ils

¹⁷⁵ CORREVEON Gustave, «*Du bilan technique des Sociétés de secours mutuels*», *Bulletin de la FSSM* 22, septembre 1903, p. 7.

¹⁷⁶ «*Premier Congrès suisse des Sociétés de secours mutuels en cas de maladie à Genève*», *Bulletin de la FSSM* 11, janvier 1897, p. 252.

¹⁷⁷ «*Circulaire. Le bureau du comité central aux sociétés fédérées*», *Bulletin de la FSSM* 19, novembre 1902, pp. 102-103.

¹⁷⁸ WEBER Eugène, «*Rapport sur la situation actuelle des sociétés de secours mutuels et leur avenir*», *Bulletin de la FSSM* 17, juillet 1901, pp. 50-51.

mirent également gratuitement à leur disposition des exemplaires des rapports de Kinkelin¹⁷⁹.

C'est à Genève que fut poussé le plus loin l'encouragement à l'adoption des principes actuariels et du bilan technique en particulier. En mai 1903 fut votée la loi d'encouragement aux sociétés de secours mutuels. Cette loi prévoyait que le gouvernement genevois accorde aux sociétés de secours mutuels un soutien financier, à la condition qu'elles adoptent un fonctionnement jugé rationnel et, notamment, le bilan technique. Son concepteur était Adrien Le Cointe, administrateur de la compagnie d'assurance-vie, la Genevoise, et membre d'une famille du patriciat local. Le Cointe joua un rôle important dans l'histoire du mutualisme romand du début du xx^e siècle, notamment en tant que représentant des sociétés suisses de secours mutuels lors des premiers congrès internationaux de la mutualité, et en tant que vice-président de la Fédération de 1912 à sa mort en 1915. Il publia en 1902 un ouvrage intitulé *Les sociétés de secours mutuels et leur organisation technique* dans lequel il se fit l'avocat de l'application de la science actuarielle aux caisses-maladie et présenta sous forme synthétique et simplifiée le système développé par Kinkelin quinze ans plus tôt¹⁸⁰.

En octobre 1903, la SVSM, désireuse de montrer l'exemple et de faire bonne figure, établit son propre bilan technique et se tourna directement vers Kinkelin afin que celui-ci le certifie¹⁸¹. Cette initiative s'inscrivait dans un contexte cantonal particulier: la Société vaudoise aspirait à obtenir du gouvernement vaudois des subventions. Inspirée par l'exemple genevois, elle pétitionna auprès du Grand Conseil dans le sens d'un soutien financier public en novembre 1903¹⁸². L'établissement du bilan technique représentait, de ce point de vue, davantage un moyen de faire preuve de sa bonne volonté qu'une expression de la croyance profonde en la nécessité économique d'un tel document. Les administrateurs reconnurent qu'il ne convenait pas d'insister auprès du gouvernement sur le contenu du bilan technique, mais qu'il suffisait d'affirmer que celui-ci avait été dressé: «*Il sera simplement dit [au Grand Conseil] que la société possède un bilan technique, sans entrer*

¹⁷⁹ «Circulaire. Le bureau du comité central aux sociétés fédérées», *Bulletin de la FSSM* 19, novembre 1902, pp. 104-105.

¹⁸⁰ LE COINTE Adrien, *Les sociétés de secours mutuels et leur organisation technique*, Genève, Journal de Genève, 1902.

¹⁸¹ SVSM, Séance du comité central du 30 novembre 1903, Lausanne, 30 novembre 1903, ACV, PP 940/2, Registre 6, f. 5.

¹⁸² «Subventions aux Sociétés de Secours mutuels», *Bulletin des séances du Grand Conseil du Canton de Vaud*, Session ordinaire, printemps 1904, Rapports au Grand Conseil, Pièces annexes, p. 262.

dans les détails.»¹⁸³ Les discussions sur une loi fédérale d'assurance-maladie ayant repris en janvier 1904, le gouvernement vaudois ne donna finalement pas suite à la demande des mutualistes vaudois.

Le ton des mutualistes romands changea en 1906. En décembre de cette année parut le message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale présentant le projet de loi qui devait être discuté aux chambres¹⁸⁴. Selon le projet fédéral, les caisses souhaitant recevoir la reconnaissance fédérale devaient se soumettre à une surveillance de l'OFAS, celui-ci devant en retour s'assurer de leur solvabilité. Le Conseil fédéral estimait cependant ne pas avoir besoin du bilan technique pour juger de la solvabilité des caisses. L'utilisation d'un tel outil était perçue comme impraticable, eu égard à la diversité de la situation des caisses. Une telle imposition aurait pu également freiner l'expansion de l'assurance-maladie, but fondamental de la loi, en imposant aux caisses de trop lourdes exigences administratives. Autrement dit: le Conseil fédéral proposait d'instaurer une surveillance de la solvabilité tout en mettant de côté l'outil – le bilan technique – dont les actuaires n'avaient cessé d'affirmer depuis 1865 (date de la publication du premier rapport Kinkelin) qu'il était indispensable à la mesure de la solvabilité.

Les mutualistes accueillirent favorablement cet assouplissement. «*Nous approuvons complètement [la] manière de voir [du Conseil fédéral, au sujet du bilan technique], ayant constaté par expérience qu'il faut se garder dans cette matière d'aller trop loin et de se laisser dominer par le dilettantisme de savants mathématiciens*», écrivit la Fédération dans son commentaire du projet de loi¹⁸⁵. Puisque le projet de loi satisfaisait l'essentiel des réclamations formulées par les mutualistes, il convenait de ne pas risquer de le mettre en péril en présentant des doléances portant sur des points qui n'étaient pas fondamentaux¹⁸⁶. Le comité de la Société vaudoise de secours mutuels qui avait, quelques années auparavant, travaillé en collaboration avec Kinkelin à l'élaboration d'un bilan technique, se prononça en avril 1907 «*contre le bilan technique, il n'en voit pas l'utilité*»¹⁸⁷. La loi acceptée par le peuple en 1912, suivant sur ce point le projet de 1906, se contentait de poser que

¹⁸³ SVSM, Séance de la commission du comité central pour réponse au Conseil d'État concernant l'obtention d'un subside et le bilan technique, Lausanne, 1904, ACV, PP 940/2, Registre 6, f. 80.

¹⁸⁴ «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant les assurances contre les maladies et les accidents (Du 10 décembre 1906)», pp. 213-401.

¹⁸⁵ CORREVON Gustave, «Projet de loi fédérale et Message sur les assurances contre les maladies et les accidents», *Bulletin de la FSSM* 35, décembre 1906, p. 14.

¹⁸⁶ «Séance du Bureau du Comité central du samedi 23 février 1907», *Bulletin de la FSSM* 36, mars 1907, pp. 10-11.

¹⁸⁷ SVSM, Séance du Bureau du 9 avril 1907, Lausanne, 9 avril 1907, ACV, PP 940/2, Registre 6, f. 206.

les caisses devaient «*offrir toute sécurité quant à l'exécution de leurs engagements*»¹⁸⁸, une sécurité que les experts de l'OFAS devaient estimer suivant leur jugement plutôt que par l'application d'une formule fixe.

En somme, le bilan technique en tant que norme comptable ne s'imposa pas légalement en Suisse. Cette norme ne s'imposa manifestement pas non plus dans la pratique : la problématique du bilan technique ne sembla plus guère préoccuper les mutualistes après l'entrée en vigueur de la LAMA en 1914. À Genève même, la loi Le Cointe fut abrogée en avril 1935, et les législateurs genevois adoptèrent comme critères de reconnaissance des caisses par le canton ceux que l'OFAS imposait au niveau confédéral¹⁸⁹.

Certains actuaires proches des milieux mutualistes tentèrent bien de temps à autre de relancer le sujet¹⁹⁰. Dans une série d'articles publiée en 1935 dans le *Bulletin de la FSSM*, Marc Haldy, membre de l'Association des actuaires suisses et de la SVSM, prit la défense du bilan technique, trop délaissé à ses yeux, et critiqua la méthode de la répartition annuelle en vigueur dans la plupart des caisses. La capitalisation consubstantielle à l'adoption du bilan technique était seule susceptible d'éliminer les problèmes propres au vieillissement du sociétariat : dans un système concurrentiel au sein duquel les caisses fonctionnaient selon le principe de la répartition annuelle, celles dont les membres étaient plus jeunes en moyenne étaient en mesure de fixer des cotisations plus basses et d'attirer de nouveaux membres en provenance des caisses à sociétariat plus âgé. Le système de répartition n'était donc viable, selon Haldy, que pour les caisses auxquelles l'adhésion était obligatoire, telles les caisses d'entreprises ou d'administrations publiques. En outre, la capitalisation, en permettant le paiement partiel des prestations par les intérêts du capital accumulé, permettait aux caisses de fixer des cotisations plus basses¹⁹¹.

¹⁸⁸ «Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie... (Du 13 juin 1911)», p. 816. Voir également : OFAS, *Guide pour les caisses d'assurance en cas de maladie, Les conditions de reconnaissance*, Berne, Staempfli, 1913, pp. 20-21.

¹⁸⁹ «Loi genevoise du 13 avril 1935 abrogeant celle du 27 mai 1903», *Bulletin de la FSSM* 6, 15 juin 1935, p. 76.

¹⁹⁰ JESTER E., «Grundzahlen der Krankenversicherung», *Bulletin de l'Association des actuaires suisses* 9, 1914, pp. 263-288.

¹⁹¹ HALDY Marc, «La question du bilan technique chez les sociétés du bilan d'assurance-maladie (1^{re} partie)», *Bulletin de la FSSM* 3, mars 1935, pp. 34-35; HALDY Marc, «La question du bilan technique chez les sociétés du bilan d'assurance-maladie (suite)», *Bulletin de la FSSM* 4, avril 1935, pp. 47-48; HALDY Marc, «La question du bilan technique chez les sociétés du bilan d'assurance-maladie (suite et fin)», *Bulletin de la FSSM* 5, mai 1935, pp. 56-57; HALDY Marc, «À Propos du bilan technique», *Bulletin de la FSSM* 7, juillet 1935, pp. 88-89. Pour les critiques de Haldy : C. M., «Les sociétés genevoises de SM et les bilans techniques», *Bulletin de la FSSM* 6, juin 1935, p. 72; ULDRY L., «Encore les bilans techniques», *Bulletin de la FSSM* 9, septembre 1935, pp. 117-118.

Le plaidoyer en faveur du bilan technique formulé par Haldy, qui intervenait plus de trente ans après les premières réflexions à ce sujet au sein de la Fédération, ne suscita guère l'enthousiasme des mutualistes. Il lui fut répondu que l'expérience genevoise n'avait pas été concluante et que telle avait été la raison de son abrogation. En effet, « à l'expérience les bilans techniques sont apparus comme un travail inutile et coûteux. Inutile, ce travail l'est parce qu'il n'apporte aucun élément nouveau. [...]. Les bilans techniques sont coûteux, pour les sociétés qui les font, pour l'État qui les contrôle [...]. Les sociétés de secours mutuels de la Suisse allemande se sont toujours refusées à l'obligation du bilan technique. » Beaucoup de sociétés préféraient se passer du lourd travail comptable qu'impliquait le bilan technique, « dont la valeur scientifique est du reste bien aléatoire »¹⁹².

L'article de Haldy intervenait dans un contexte local particulier: la Société vaudoise de secours mutuels, dont il était membre et conseiller technique, était, en 1935, en cours de restructuration, poussée vers la réforme par les difficultés financières auxquelles elle faisait face. La réforme ne consista cependant pas à introduire le bilan technique. L'innovation majeure de cette réforme était l'introduction du système de la participation aux frais médicaux et pharmaceutiques (voir chapitre 7). Le bilan technique était envisagé comme un complément éventuel, à dresser au cas où la participation ne se révélait pas suffisante pour résorber les déficits¹⁹³. Le bilan technique ne fut toutefois jamais dressé, et la possibilité de l'établir fut supprimée des statuts en 1943¹⁹⁴.

¹⁹² C. M., « Les sociétés genevoises... », *Bulletin de la FSSM* 6, juin 1935, p. 72.

¹⁹³ SVSM, Assemblée des délégués, Lausanne, 27 juin 1937, ACV, PP 940/2, Registre 8 (1937-1940), f. 9, p. 26.

¹⁹⁴ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 5 mars 1944, ACV, PP 940/2, Registre 10 (1943-1946), f. 163.

Conclusion intermédiaire I

L'acceptation de la LAMA en référendum populaire en 1912 clôt ce qui est traditionnellement considéré comme la première phase de l'histoire du système suisse d'assurance-maladie.

Cette période fut caractérisée par une absence de contrôle étatique sur l'établissement et sur le fonctionnement des mutuelles. Ces sociétés se développèrent spontanément et sans entraves. L'ensemble que formaient ces sociétés était en outre caractérisé par la grande diversité de ses constituants. Les couleurs du mutualisme local reflétaient les caractéristiques des structures économiques et politiques du territoire sur lequel il s'implantait. Ici dominaient les caisses d'entreprises, là les sociétés confessionnelles ; ici s'étaient établies des caisses à la faveur des efforts du patriciat local pour contrôler l'entraide, là elles émanaient des efforts spontanés des milieux ouvriers.

Cette première partie a replacé la SVSM dans l'écosystème des caisses d'entraide du XIX^e siècle, et a fait le récit de son émergence. La SVSM fut fondée dans le sillon de la Révolution radicale de 1845 en tant qu'association parapolitique cantonale dont le rôle consistait, par l'organisation de l'entraide ouvrière, à asseoir le pouvoir fraîchement acquis de la nouvelle classe dirigeante.

Si le phénomène mutualiste gagna quantitativement en importance au cours de la période, la forme concrète que prenaient les mécanismes d'entraide demeura quant à elle relativement stable. Aucune innovation majeure ne marqua la période. La façon dont les caisses étaient organisées demeura également stable. La croissance rapide et massive du sociétariat des caisses-maladie ne se manifesta qu'à partir des premières décennies

du xx^e siècle. Les sociétés étaient conservatrices dans leur recrutement et n'affichaient guère de volonté d'expansion. Rares étaient les sociétés disposant d'agents spécialement chargés du recrutement. Ces tendances conservatrices s'exprimèrent au sein de la SVSM. Les débats relatifs à l'admission des femmes – qu'au xix^e siècle, les sociétaires de la SVSM rejetèrent systématiquement – sont à cet égard symptomatiques.

Cette stabilité et ce conservatisme étaient attribuables au fait qu'au xix^e siècle et à l'échelle de la caisse individuelle, les incitations à l'expansion manquaient. L'écosystème d'entraide ignorait, sinon à la marge, les mécanismes de marché et la concurrence. L'affiliation était principalement déterminée soit par l'attachement contractuel à une entreprise, soit par l'appartenance à un groupe professionnel ou confessionnel, soit par la résidence. Les possibilités de choisir parmi les caisses demeuraient limitées. Il n'était pas envisageable que les ouvriers ferblantiers s'affilient à la société de secours mutuels des ouvriers plâtriers. Il n'existait pas non plus véritablement de bureaucratie mutualiste qui aurait pu aspirer à l'extension de son champ d'autorité et se faire le moteur d'une forme d'expansionnisme organisationnel. Les sociétés, de petite taille, étaient principalement gérées par des volontaires qui ne consacraient pas principalement leur temps à ces activités.

L'écosystème mutualiste fut secoué à la fin du xix^e siècle par le surgissement en Suisse de la problématique des assurances sociales. Les sociétés d'entraide se retrouvèrent soudainement au centre d'une vaste controverse politique. La gestion de l'assurance-maladie, éventuellement rendue obligatoire et encouragée par l'État, devait-elle leur être confiée ? Les mutuelles devaient faire preuve de fiabilité et se montrer en mesure d'accueillir en leur sein une large population. Elles entreprirent dans ce contexte des efforts de crédibilisation. Pour la SVSM, cela se traduisit par l'admission des femmes en 1901. Cette ouverture de la politique d'admission conduisit la SVSM à s'éloigner du monde mutualiste traditionnel, au sein duquel la mixité était demeurée rare. La véritable rupture intervint cependant à partir du début des années 1920, avec l'introduction de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Celle-ci transformait radicalement le modèle économique des mutuelles et laissait entrevoir une évolution profonde du profil sociodémographique du sociétariat.

PARTIE II.

MÉDICALISER L'ASSURANCE-MALADIE (1912-1936)

Chapitre 4

L'assurance des soins avant 1912

Dans un mémoire posthume publié en 1827, le médecin Louis Odier (1748-1817) entreprit d'exposer à ses confrères les principes qui devaient selon lui présider à la détermination des honoraires médicaux. Les médecins devaient à ses yeux se garder de fixer des honoraires devant conduire à des profits excessifs, car «*l'appât d'une grande fortune attireroit probablement dans la carrière médicale un beaucoup plus grand nombre de jeunes gens qu'elle ne peut en entretenir*»¹⁹⁵. Les honoraires devaient cependant être suffisants pour permettre au médecin de vivre «*honorablement et dans l'aisance*»¹⁹⁶ et pour lui permettre d'accumuler un capital suffisant pour vivre à la retraite de ses rentes. Si les honoraires devaient être établis sur la base de ce principe général, ils devaient également être ajustés au cas par cas, selon les circonstances des patients. À cet égard, Odier conseillait à ses confrères de prendre en considération dans la fixation du prix non seulement le temps passé à la consultation, mais également les efforts intellectuels requis par le diagnostic, les ennuis et les dérangements causés par les patients, le succès du traitement (pour les médecins payés annuellement) et, enfin, la situation économique du patient, le riche devant payer davantage que le pauvre. Si cette dernière pratique – l'ajustement des

¹⁹⁵ ODIER Louis, «Sur les honoraires des médecins», *Bibliothèque universelle des sciences, belles-lettres, et arts* 35, Genève, 1827, p. 79. En ligne : <<https://books.google.ch/books?id=UQpFzCrLiwiC>>, consulté le 12 mai 2020.

¹⁹⁶ ODIER Louis, «Sur les honoraires...», p. 82.

honoraires à la condition économique du patient – pouvait paraître contre-intuitive, elle n'en était pas moins légitime : « *Un médecin qui, appelé auprès d'un pauvre malade, lui refuserait ses conseils par cela seul qu'il est pauvre, exciterait tellement contre lui l'indignation publique, les riches eux-mêmes se permettraient de le critiquer si sévèrement, qu'il est bien juste qu'il se dédommage à leurs dépens [sic] de la perte de temps que lui occasionnent ces visites gratuites.* »¹⁹⁷

Ces affirmations mettent en évidence la grande liberté dont bénéficiaient les médecins durant la première moitié du XIX^e siècle dans l'exercice de leur art en général et dans la détermination des honoraires en particulier. La relation qu'entretenait le médecin avec son patient était directe et bipartite. Le patient – dès lors qu'il était solvable – payait lui-même en argent les prestations médicales, et le médecin avait le loisir de fixer lui-même les tarifs, dans les limites de ce que pouvait supporter le marché et de ce qui était susceptible de préserver sa réputation. Quant aux insolubles et aux indigents de toutes sortes (vieillards, incurables, voyageurs pauvres, etc.), leur traitement relevait de la charité. Si le médecin s'y soumettait parfois, ils étaient plus souvent pris en charge par les institutions spécialisées, hôpitaux ou asiles, relevant de la philanthropie publique ou privée¹⁹⁸.

Au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle, émergèrent un certain nombre de modèles alternatifs de financement des prestations médicales. L'industrialisation et le développement du modèle de l'usine concentrée s'accompagnèrent d'une multiplication des initiatives de « paternalisme patronal », qui s'incarna notamment dans les caisses d'entreprises à travers lesquelles les entreprises garantissaient à leurs salariés – entre autres – des traitements médicaux en cas d'accident ou de maladie. Cette forme collective de financement des prestations médicales gagna en popularité au sein des milieux réformateurs européens, notamment en Suisse, après que l'empire allemand eut introduit en 1883 l'obligation pour les travailleurs industriels de s'affilier auprès d'une caisse d'assurance, dont les fonds devaient en partie être financés par les employeurs. Par ailleurs, les médecins eux-mêmes, confrontés pendant les épidémies à des afflux de patients insolubles, élaborèrent à leur tour des solutions collectives de financement des soins, destinées aux catégories populaires, fondées sur le paiement de cotisations modiques offrant l'accès à des soins de base.

¹⁹⁷ ODIER Louis, « Sur les honoraires... », pp. 93-95.

¹⁹⁸ DONZÉ Pierre-Yves, *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers en Suisse romande*, Genève, Georg, 2003, pp. 37-41.

Le présent chapitre est consacré au développement de l'assurance des soins et aux discussions qu'elle suscita en Suisse, au cours de la période précédant sa diffusion massive durant les années 1920. La première section est consacrée à la place de l'assurance des soins dans les débats relatifs aux assurances sociales entre 1889 et 1912. La seconde section aborde les organisations pionnières fondées par les médecins en la matière, à partir de cas zurichois et bâlois.

1. L'assurance des soins, la Lex Forrer et la LAMA

Les premières discussions relatives à l'introduction en Suisse d'un système de remboursement des soins médicaux et pharmaceutiques apparurent durant les dernières décennies du XIX^e siècle, concomitamment aux débats portant sur le bien-fondé d'une intervention fédérale en matière d'assurance-maladie et accident. Comme le chapitre précédent l'a évoqué, le projet Forrer (élaboré en 1893 et rejeté en référendum en mai 1900) prévoyait dans son volet maladie de rendre obligatoire l'assurance pour tous les travailleurs et envisageait la création de caisses publiques opérant parallèlement aux caisses privées existantes. En outre, comme condition de la reconnaissance fédérale, le projet Forrer contraignait les caisses privées à fournir des prestations au moins égales à celles offertes par les caisses publiques tenues elles de rembourser à leurs membres les frais médicaux¹⁹⁹. Par conséquent, le projet, en astreignant les caisses privées à s'aligner sur les caisses publiques, les obligeait, *de fait*, à garantir elles aussi à leurs membres le remboursement de ces frais.

Cette dimension du projet Forrer, couplant l'assurance-maladie au remboursement des prestations médicales et pharmaceutiques, fut la cible de plusieurs attaques en provenance de différents segments du spectre idéologique. Les socialistes et syndicalistes de la Suisse alémanique craignaient qu'un régime d'assurance-maladie contraignant les caisses à couvrir à la fois les prestations médicales et les pertes de gain ne vienne renchérir les cotisations et n'ouvre ainsi la porte à une ingérence des employeurs dans la gestion et les finances des caisses ouvrières. Une telle immixtion menacerait nécessairement l'autonomie de ces caisses, et renforcerait le rapport de dépendance des ouvriers à l'égard de leurs

¹⁹⁹ « Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant deux projets de lois sur l'assurance contre les maladies et les accidents (Du 21 janvier 1896) », p. 361.

employeurs²⁰⁰. Plusieurs associations ouvrières, réunies en congrès extraordinaire à Zurich en novembre 1893 et représentées auprès des autorités fédérales par Hermann Greulich, figure du socialisme helvète de la fin du XIX^e siècle, portèrent la proposition selon laquelle les soins médicaux devaient être offerts gratuitement (financés par l'impôt) à tous les citoyens, indépendamment de leurs conditions d'emploi. Selon Greulich, rien ne justifiait qu'on lie les soins médicaux à l'activité assurantielle. Le projet socialiste – finalement rejeté par la commission d'experts chargée de rédiger le projet de loi – ne confiait aux caisses que le financement des indemnités pertes de gain pour cause de maladie.

Les articles du projet Forrer imposant aux caisses le remboursement des frais médicaux suscitait également l'appréhension des milieux mutualistes romands – pour des raisons bien différentes de celles mises en avant par les groupes socialistes. C'est précisément sur ce point que se cristallisa l'opposition de la Fédération mutualiste romande vis-à-vis de la Lex Forrer au cours des dernières étapes du processus d'élaboration du projet de loi. Le refus, considéré comme liberticide, du Conseil national d'accorder aux sociétés de secours mutuels la possibilité de choisir la nature des prestations offertes à leurs membres²⁰¹ empêcha la Fédération romande de soutenir officiellement le projet de loi, qui respectait pourtant les doléances mutualistes dans toutes ses autres dispositions²⁰².

Les mutualistes craignaient que l'assurance des soins, que peu de caisses pratiquaient, ne trouble leurs routines organisationnelles et ne menace la situation financière des mutuelles. Pire, ils redoutaient que cette nouvelle forme d'assurance ne les place dans une situation de dépendance vis-à-vis du corps médical²⁰³. En effet, tant qu'elles se bornaient à indemniser leurs membres pour les pertes de salaire causées par la maladie, les caisses n'entretenaient avec les médecins que des rapports distants et précisément circonscrits. Les services rendus par les médecins aux sociétés se limitaient souvent à l'établissement d'un certificat médical garantissant la santé des admissibles ou l'incapacité de travail des membres malades. L'assurance pure d'indemnité journalière,

²⁰⁰ « Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant deux projets de lois sur l'assurance contre les maladies et les accidents (Du 21 janvier 1896) », pp. 131-136.

²⁰¹ Sur le refus de la commission du Conseil national, voir « Rapport de la commission du Conseil national sur l'assurance contre les maladies et l'assurance contre les accidents (Du 10 juin 1897) », p. 534.

²⁰² « Compte rendu de l'assemblée des délégués, du 22 janvier 1899 », *Bulletin de la FSSM* 14, mars 1899, pp. 345-346.

²⁰³ LATOUR LÉON, « Du choix des médecins », *Bulletin de la FSSM* 47, décembre 1909, p. 16.

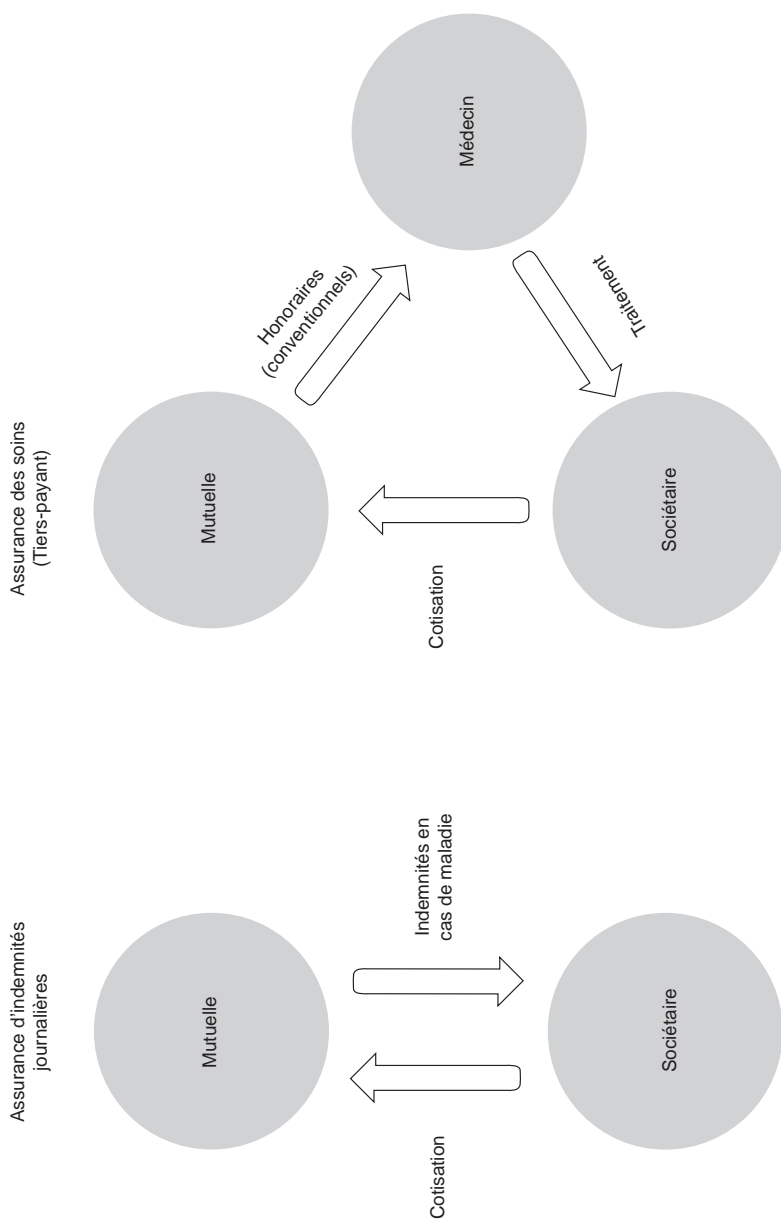


Illustration 4. Représentation schématique des différences entre assurance d'indemnités journalières et assurances des soins.
Source : auteur.

typique de la mutualité du XIX^e siècle, était bilatérale: elle ne concernait que le membre et la caisse qui l'assurait. Le premier payait une cotisation, la seconde promettait le paiement d'une indemnité en cas de pertes de gain pour cause de maladie. Les flux entre les deux parties étaient dans ce cas de nature purement monétaire. Dans l'assurance des soins, en revanche, la relation était trilatérale. Les cotisations payées par le membre lui donnaient droit en cas de maladie à des traitements, payés par la caisse au médecin (tiers payant). Ce nouvel arrangement exerçait une influence sur le rapport médecin-patient que nous aborderons au chapitre 7. L'illustration 4 résume schématiquement la différence de nature entre ces deux formes d'assurance.

La méfiance des milieux mutualistes vis-à-vis de cette nouvelle forme d'assurance se manifesta en particulier au cours des douze années qui suivirent le rejet référendaire de la Lex Forrer et qui aboutirent au vote de la LAMA en 1912.

Le projet de loi élaboré par le Conseil national fut rendu public en décembre 1907. Si l'esprit du projet parlementaire emportait l'assentiment enthousiaste des mutualistes (ainsi que nous l'avons vu au chapitre 3), ceux-ci rejetèrent l'une de ses dispositions particulières: celle réglant les conditions d'octroi aux mutuelles de la subvention fédérale. Le projet prévoyait en effet d'accorder une subvention plus élevée aux caisses fournissant à leurs membres le traitement médical en plus de l'indemnité de pertes de gain, qu'à celles offrant uniquement des indemnités journalières. Les mutualistes, en particulier des caisses ouvertes, qui n'offraient pour la plupart que des indemnités journalières, se sentirent lésés. Un tel système les aurait contraints, soit à renoncer au supplément de subvention, soit à adopter une forme d'assurance dont ils redoutaient les effets.

Ils défendirent donc à cette occasion l'assurance des indemnités journalières, à leurs yeux non moins légitime et socialement bienfaisante que l'assurance médicale. La raison d'être de la mutualité résidait, selon les mutualistes, dans sa faculté à protéger les familles contre les privations de revenus résultant de la maladie: *«Pour le travailleur, pour le père de famille qui vit au jour le jour et qui est privé de salaire quand il tombe malade, l'indemnité accordée pendant son chômage forcé est pour lui d'une grande importance; c'est pour la recevoir qu'il a adhéré à une société de secours mutuels.»*²⁰⁴ L'assurance en espèces n'était pas moins digne des libéralités fédérales que l'assurance médicale en nature.

²⁰⁴ LATOUR LÉON, «Du choix des médecins», *Bulletin de la FSSM* 47, décembre 1909, p. 16.

Cette dernière pouvait également se révéler dangereuse pour les sociétés mutuelles. Les mutualistes craignaient qu'une telle innovation leur fasse perdre le contrôle sur leurs dépenses et entraîne des difficultés financières. Plusieurs sociétés l'ayant introduite, telles la Société fraternelle de Prévoyance à Neuchâtel, avaient dû y renoncer en raison des dépenses insoutenables qu'elle avait entraînées. Les mutualistes redoutèrent que cette branche n'absorbe l'essentiel des subventions fédérales et n'épuise les fonds disponibles pour l'assurance des indemnités journalières. L'assurance médicale était particulièrement redoutée lorsqu'elle se combinait à la liberté pour les membres de choisir leurs médecins – disposition que prévoyait d'ailleurs le projet du Conseil national. La caisse ne disposait dans ce cas d'aucune garantie que les membres fassent appel à des médecins responsables, ne prescrivant que les remèdes les plus économiques et les plus adaptés. «*Les Sociétés mutuelles qui accordent à leurs assurés les soins médicaux et pharmaceutiques verront s'augmenter sensiblement leurs prestations dès que leurs malades seront libres de recourir aux soins de n'importe quels médecins qui pourront à leur tour leur ordonner des remèdes plutôt chers que bon marché, conseiller des cures de bain et pousser à des dépenses contestables*» prophétisait avec anxiété Léon Latour en décembre 1909²⁰⁵. Au reste, l'assurance en nature avait eu le fâcheux effet de ternir le rapport entre le corps médical et les sociétés mutuelles dans les pays où elle était largement pratiquée, comme en Allemagne. Encourager la pénétration de cette assurance aux dépens de l'assurance en espèces revenait à œuvrer en défaveur de la concorde médico-mutualiste en Suisse²⁰⁶.

Le Neuchâtelois Charles Favre synthétisa la position de la Fédération romande devant la commission centrale des sociétés suisses de secours mutuels en novembre 1908. Pour les sociétés composées de sections de ville et de campagne, le système du paiement des soins médicaux «*entraîne des complications très grandes et de grandes dépenses, voire même des abus de la part des malades et des médecins. Elles redoutent au surplus les conflits qui naissent entre le corps médical et les sociétés de secours mutuels. Quel intérêt y a-t-il donc à obliger ces sociétés à fournir gratuitement à leurs malades les soins médicaux et pharmaceutiques pour avoir droit au subside fédéral ?*»²⁰⁷

²⁰⁵ LATOUR Léon, «Du choix des médecins», *Bulletin de la FSSM* 47, décembre 1909, p. 16.

²⁰⁶ «Compte rendu de la séance du Bureau de la Commission centrale des Sociétés suisses de secours mutuels, du mercredi 10 juin 1908», *Bulletin de la FSSM* 41, juin 1908, pp. 34-35.

²⁰⁷ «Compte rendu de la séance de la commission centrale des sociétés de secours mutuels, du dimanche 8 novembre 1908», *Bulletin de la FSSM* 43, décembre 1908, pp. 22-23.

Les mutualistes alémaniques ne se désintéressèrent certes pas de l'assurance médicale dont ils comprenaient qu'elle obtenait les faveurs du Parlement comme instrument de médicalisation des masses. Certains d'entre eux s'y déclarèrent favorables, comme le Saint-Gallois Zweifel-Weber, délégué du Concordat du libre passage, pour qui le paiement du médecin pouvait donner lieu à un plus prompt rétablissement des membres et pouvait freiner les simulations²⁰⁸. Cette défense de l'assurance médicale était toutefois nuancée par les angoisses relatives au principe du libre choix du médecin que le projet de loi prévoyait d'instituer. L'assurance médicale était perçue par tous les mutualistes comme incompatible avec ce principe. Le représentant alémanique J. Blatter, de Zurich, affirma, devant la Commission centrale suisse des sociétés mutuelles, que l'instauration du libre choix risquait de placer les caisses dans une situation délicate. Et Blatter de poursuivre: «*Les caisses peuvent aussi subir du tort par un traitement des malades trop prolongé et par des complaisances à l'égard des simulateurs. Il faudrait pouvoir mettre à l'index les médecins fautifs ou réagir contre eux par quelque moyen efficace. Le libre choix du médecin rend en quelque sorte la situation difficile et il pourra arriver qu'avec la gratuité des soins médicaux elle ne devienne intenable.*»²⁰⁹

Les mutualistes alémaniques acceptèrent finalement de se joindre à leurs confrères romands et à leurs efforts visant à faire pression auprès du Conseil d'État pour que celui-ci supprime le système d'encouragement à l'assurance médicale contenu dans le texte de loi. Les Romands avaient après tout accepté d'entrer dans les vues alémaniques sur la question du libre passage²¹⁰. Les mutualistes suisses obtinrent gain de cause sur les deux fronts et défendirent à l'unisson la loi fédérale – dont la dernière mouture était en tous points conforme à leurs vœux – lorsque celle-ci fut finalement soumise à la votation populaire en février 1912.

²⁰⁸ «Compte rendu de la séance..., du dimanche 8 novembre 1908», *Bulletin de la FSSM* 43, décembre 1908, pp. 24-25.

²⁰⁹ «Compte rendu de la séance..., du dimanche le 8 novembre 1908», *Bulletin de la FSSM* 43, décembre 1908, p. 26.

²¹⁰ «Compte rendu de la séance..., du dimanche le 8 novembre 1908», *Bulletin de la FSSM* 43, décembre 1908, pp. 22-23.

2. Tentatives pionnières à l'initiative des médecins

Si les mutuelles demeuraient pour beaucoup circonspectes vis-à-vis de l'assurance des soins, cette modalité de financement des dépenses médicales n'était cependant pas inconnue au début du xx^e siècle. Elle était largement pratiquée par les caisses d'entreprises et représentait une forme de paternalisme patronal largement répandu au xix^e siècle. Sur les 185 caisses zurichoises qui, en 1903, offraient sous une forme ou une autre des prestations médicales en cas de maladie, 118 étaient des caisses d'entreprises²¹¹.

Ce sont cependant des médecins qui prirent l'initiative de fonder les premières caisses spécifiquement consacrées à l'assurance des soins. Deux réalisations méritent, par le succès qu'elles rencontrèrent, une mention particulière : l'*Allgemeine Krankenpflege* (AKP) fondée à Bâle en 1863 et la *Genossenschaft Krankenpflege Zürich* fondée en 1901.

L'AKP fut constituée dans un contexte marqué par les discussions relatives à la réforme de l'organisation sanitaire bâloise qui avaient notamment fait suite aux épidémies de choléra des années 1850. Les médecins avaient été confrontés à cette occasion à un afflux de patients, certains insolubles. L'on proposa alors d'engager sur fonds publics des médecins de districts afin qu'ils prennent en charge les besoins médicaux des couches défavorisées de la population. Une partie du corps médical s'opposa à cette proposition ; ces médecins y voyaient une source d'abus potentiels (de la part de patients susceptibles de bénéficier indûment de ces prestations), et une tentative d'ingérence étatique dans l'activité médicale. Elle portait également atteinte à la liberté du patient de choisir son médecin. Ces circonstances conduisirent le Dr Daniel Ecklin et le pharmacien J. Wimmer-Albrecht à fonder l'AKP²¹². Ils espéraient à travers elle assurer aux médecins, en particulier à ceux qui étaient actifs auprès des couches populaires, un revenu régulier et indépendant d'éventuelles poursuites judiciaires, auxquelles les médecins étaient parfois contraints de recourir face aux patients insolubles ou prétendant l'être. Puisque l'AKP offrait à ses membres le financement des soins médicaux et hospitaliers, il n'y avait guère de raison qu'elle limite comme le faisait la grande majorité

²¹¹ GUTKNECHT Alfred, *Les sociétés de secours...*, pp. 1-24.

²¹² AKP, *Zur Eröffnung der allgemeinen Krankenpflege in Basel, Bâle, 1863*, SWA, Versicherungen, C III 29, Statuten ; BURCKHARDT Fritz, «Die Allgemeine Krankenpflege in Basel», *Journal de statistique suisse* 34, 1898, pp. 124-131 ; *100 Jahre. Allgemeine Krankenpflege Basel. 99 Jahresbericht und Jahresrechnung*, Bâle, 1963.

des mutuelles de l'époque l'affiliation aux seuls travailleurs et employés ; les femmes hors du marché du travail et les enfants, par exemple, n'étaient pas moins qu'eux exposés à la morbidité (du moins non professionnelle). Autrement dit, l'AKP était une caisse de famille – la première du genre d'ailleurs en Suisse²¹³.

Une considération supplémentaire conduisit Ecklin et Wimmer-Albrecht à entreprendre de créer une telle institution. Il n'existait alors à Bâle aucune institution d'assurance pour les *domestiques*. Celles-ci – le personnel des maisons bourgeoises était essentiellement féminin – naviguaient hors des circuits assurantiels traditionnels. Leur statut professionnel était précaire. Les relations de travail étaient souvent de courte durée. Les domestiques n'étaient admissibles ni dans les caisses d'entreprises – elles n'étaient pas ouvrières d'usine – ni dans les mutuelles classiques qui, pour la plupart, étaient fermées aux femmes. Les éventuels frais médicaux et pharmaceutiques liés à l'état de santé des domestiques restaient à la charge des familles qui les employaient. Les fondateurs de l'AKP perçurent l'existence d'une demande latente pour l'assurance-maladie des employés de maison. L'AKP offrait donc aux familles de la bonne société bâloise – dont les fondateurs de l'AKP étaient eux-mêmes issus – la possibilité d'assurer leurs domestiques contre la maladie, individuellement ou en groupe²¹⁴.

L'AKP connut un succès rapide, tant auprès des médecins qu'auprès de la population en général. En 1880, elle comptait 11 371 membres, ce qui faisait d'elle la première caisse de Suisse, loin devant la SVSM (seconde au classement, avec 6 817 membres). En 1903, elle comptait 25 599 membres, devant la caisse-maladie du canton de Berne (12 370 membres). Cependant, la création de la caisse publique du canton de Bâle-Ville en 1914 (*Öffentliche Krankenkasse Basel*) à laquelle étaient obligés de s'affilier les ménages dont les revenus annuels étaient inférieurs à 2 200 francs (1 200 pour les personnes seules)²¹⁵, porta un coup d'arrêt au développement de l'AKP : son sociétariat chuta de 40 % entre 1913 et 1917 (de 39 029 à 15 324). L'AKP ne parvint finalement pas au xx^e siècle à imposer son modèle face à l'essor des grandes caisses centralisées telles l'Helvetia ou la CSS. Elle connut une longue période de stagnation jusqu'à la fin des années 1960 et fut finalement absorbée par la caisse du Grütli en 1969.

²¹³ AKP, Jahresbericht der Allgemeinen Krankenpflege vom Beginn derselben im November 1863 bis Ende des ersten Rechnungsjahres, Bâle, 31 janvier 1865, SWA, Versicherungen, C III 29, Jahresberichte.

²¹⁴ AKP, Zur Eröffnung der allgemeinen Krankenpflege in Basel, Bâle, 1863, SWA, Versicherungen, C III 29, Statuten Diverses.

²¹⁵ *Rapport du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur sa gestion en 1916*, Berne, pp. 448-449.

La *Genossenschaft Krankenpflege Zürich* fut quant à elle fondée à l'initiative du médecin thurgovien Hermann Häberlin (1862-1938), figure éminente du monde médical alémanique et de la vie politique zurichoise au début du xx^e siècle²¹⁶. Formé à la chirurgie et à la gynécologie, il s'établit après ses études aux États-Unis (Indianapolis) où il séjourna deux ans (1890-1892). De retour en Suisse, il ouvrit à Zurich sa propre clinique privée et s'intéressa aux problématiques relatives à la politique sociale en général et à l'assurance-maladie en particulier.

Häberlin se lamentait de la modicité et de l'insuffisance des prestations offertes à leurs membres par la plupart des caisses. Il observait qu'à Zurich, la majorité des caisses n'offraient que des prestations d'indemnités journalières et que l'assurance des soins y était en comparaison peu répandue. Cet état de fait présentait «*un grand danger, à savoir la négligence des patients*»²¹⁷. Le refus des caisses d'accorder le financement des soins à leurs membres devait produire «*un allongement de la maladie, un allongement de la période de perte de salaire, et parfois même une mort prématurée ou l'incurabilité*»²¹⁸. En outre, la propension des caisses à n'accorder que des compensations pour pertes de salaire les conduisait en pratique à exclure les personnes à l'écart du marché du travail – par exemple les enfants²¹⁹. Or, un système social réellement humaniste devait mettre à disposition de tous les bienfaits de la médecine moderne. La position d'Häberlin selon laquelle l'assurance-maladie devait œuvrer à la diffusion auprès des masses de la médecine moderne reflétait ses convictions hygiénistes. À travers d'innombrables interventions dans la presse, il figurait en Suisse alémanique parmi les principaux propagateurs de la médecine populaire.

Häberlin reconnaissait certes qu'il existait en Suisse des caisses offrant à leurs membres le remboursement des soins telles l'AKP de Bâle ou, à Zurich, l'*Allgemeine Krankenkasse* (fondée en 1856 par la société d'utilité publique locale). Ces caisses étaient cependant essentiellement destinées à des ménages aux revenus modestes et n'admettaient les nouveaux

²¹⁶ LENGWILER Martin, ROTHENBÜHLER Verena, *Macht und Ohnmacht der Ärzteschaft. Geschichte des Zürcher Ärzteverbands im 20. Jahrhundert*, Zurich, Chronos Verlag, 2004, pp. 33-34; BÜRGI Markus, «Häberlin, Hermann», *Dictionnaire historique de la Suisse*, 27 avril 2006. En ligne : <<https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/006356/2006-04-27/>>, consulté le 23 août 2023.

²¹⁷ HÄBERLIN Hermann, *Über das heutige Krankenkassenwesen und die zukünftige Krankenversicherung in der Schweiz*, Zurich, E. Speidel, 2004, p. 87.

²¹⁸ HÄBERLIN Hermann, *Über das heutige...*, p. 87.

²¹⁹ HÄBERLIN Hermann, *Über das heutige...*, p. 6.

membres en leur sein qu'après examen des déclarations fiscales. Les statuts de l'*Allgemeine Krankenkasse*, par exemple, fixaient des limites de fortune et de revenu annuels au-dessus desquelles cessait la jouissance des droits²²⁰. En 1898, ces seuils s'élevaient à 5 000 francs (pour la fortune) et à 2 000 francs (pour le revenu annuel)²²¹. Les membres étaient également exclus de la gestion. En raison de ces restrictions diverses, «*l'odeur de l'aide sociale collait à cette caisse*»²²².

Or, le principe de l'exclusion des classes moyennes ou supérieures n'était pas sans soulever des difficultés pratiques. Ces caisses tendaient à attirer à elles, en raison des tarifs avantageux qu'elles offraient, des ménages en provenance de milieux sociaux auxquels elles n'étaient pas destinées. Par ailleurs, le patrimoine des ménages n'était pas figé. Or, il était délicat d'exclure un sociétaire de longue date dont le patrimoine dépassait soudain le seuil fixé par les statuts²²³.

Afin de pallier ces difficultés, Häberlin plaidait en faveur d'une assurance-maladie organisée par *classes de revenus ou de fortunes*. C'est précisément selon ce principe que fonctionnait la *Genossenschaft Krankenpflege Zürich*. Le sociétariat se divisait en trois classes: les ménages dont le revenu annuel était inférieur à 1 500 francs, ceux dont le revenu était compris entre 1 501 et 2 400, et ceux dont le revenu était compris entre 2 401 et 3 000. En 1906, seuls 9,9% des contribuables zurichois (de la ville) gagnaient plus de 3 000 francs. Par comparaison, le revenu annuel moyen des contribuables zurichois du décile supérieur s'élevait en 2019 à 151 000 francs²²⁴. Ces classes devaient permettre d'éviter que les plus aisés bénéficient indûment – aux dépens, donc, du médecin – des tarifs bon marché destinés aux ménages moins aisés. Les cotisations étaient graduées selon la classe, de sorte que les riches paient plus que les pauvres. Les

²²⁰ Allgemeine Krankenkasse, Statuten, Zurich, 12 juin 1898, p. 3, in: *Jahresberichte der Allgemeinen Krankenkassen, 1887-1916*, ZB, LK 49/1.

²²¹ Par comparaison, la fortune moyenne s'élevait en 1900 à Zurich (ville) à 46 799 francs (par contribuable soumis à l'impôt sur la fortune), et le revenu moyen à 1 697 francs (par contribuable soumis à l'impôt sur le revenu). Voir: OFFICE CANTONAL DES IMPÔTS, *Übersicht der Vermögens- und Einkommenssteuerepflichtigen des Kantons Zürich nach Vermögens- und Einkommensklassen eingeteilt, vom Jahr 1900*, Winterthour, Ziegler, 1903.

²²² HÄBERLIN Hermann, *Über das heutige...*, p. 48.

²²³ HÄBERLIN Hermann, *Über das heutige...*, p. 44.

²²⁴ OFFICE CANTONAL DES IMPÔTS, *Übersicht der Vermögens- und Einkommenssteuerepflichtigen des Kantons Zürich, nach Vermögen und Einkommensklassen eingeteilt, vom Jahr 1906*, Zurich, Züricher Post, 1907. Pour le chiffre de 2019 (qui concerne le canton), voir: INSTITUT FÜR SCHWEIZER WIRTSCHAFTSPOLITIK, «*Ab welchem Einkommen zählt man zu den obersten Einkommensgruppen?*», <<https://www.iwp.swiss/sid/#graph-4>>, consulté le 23 septembre 2023.

prestations offertes étaient cependant identiques pour tous les membres, indépendamment de la classe²²⁵. La *Genossenschaft* garantissait en outre au membre l'entière liberté de choisir son médecin.

Si la *Genossenschaft* connut au cours de la première décennie de son existence une certaine prospérité (le nombre des membres s'élevait à 3 579 en 1908, sept ans après sa fondation), l'entrée en vigueur de la LAMA en 1914 représenta pour elle une rupture. L'article 23 de cette loi soulevait pour la caisse un problème de taille. Il spécifiait que «*les taxes [devaient] être les mêmes pour tous les membres d'une caisse*» (pour des prestations égales). Autrement dit, cet article abolissait le système des classes de revenus ou de fortunes pour les caisses désirant obtenir la reconnaissance confédérale. En 1930, Häberlin écrivit avec amertume : «*Malheureusement, le législateur se montra hostile à mes propositions [...]. Aujourd'hui, ce sont effectivement les membres les plus pauvres qui paient pour les plus aisés.*»²²⁶ La caisse continua certes un temps de croître, à la faveur du développement généralisé de l'assurance-maladie – le nombre de membres atteignit 20 000 dans les années 1940. Le sociétariat déclina cependant progressivement au cours des décennies d'après-guerre, et la caisse fut finalement absorbée par une caisse zurichoise de plus grande envergure en 1972.

La *Genossenschaft* avait fait œuvre pionnière en matière d'assurance des classes moyennes et supérieures. Si l'entrée en vigueur de la LAMA signa la fin d'un tel système, cette problématique ressurgit à partir de la fin des années 1930 à l'initiative des compagnies d'assurance privées (ce thème sera abordé dans la troisième partie).

²²⁵ Genossenschaft Krankenpflege Zürich, IV. Jahresbericht, vom 1. Januar bis 31. Dezember 1905, p. 3, ZB, LK 1326. Les membres des classes II et III pouvaient cependant choisir les divisions privées pour d'éventuels séjours hospitaliers.

²²⁶ HÄBERLIN Hermann, «Klassifizierung der Mitglieder und gestaffelter Aerztetarif», SKZ 9, 1^{er} mai 1930, p. 94.

Chapitre 5

Vers l'assurance médicale

La notion d'«assurance-maladie» désigne aujourd'hui l'ensemble des opérations par lesquelles des institutions publiques – Sécurité sociale – ou privées – caisses-maladie ou mutuelles – prennent en charge et collectivisent les coûts de traitement de leurs membres malades et les coûts des opérations préventives (par exemple des dépistages). Or, cette signification n'a pas toujours prévalu. C'est une tout autre activité économique qu'exerçaient la plupart des caisses et les mutuelles de la fin du XIX^e siècle. Ces sociétés s'adressaient principalement aux travailleurs et leur garantissaient, en échange du paiement d'une cotisation, le versement d'une indemnité compensant la perte de revenu résultant de l'incapacité de travail pour cause de maladie. Ces mutuelles entretenaient pour la plupart des rapports distants avec le corps médical et les producteurs de soins en général. Elles offraient à leurs membres des indemnités journalières et ne se préoccupaient guère du remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques. Pourquoi et comment, au cours des années 1920-1930, le glissement sémantique de la notion d'«assurance-maladie» s'est-il produit ?

Ce chapitre aborde cette question à travers l'expérience de la SVSM qui introduisit, en même temps que d'autres caisses d'importance nationale telles l'Helvetia, l'assurance des soins médicaux en 1920 et ce, après plusieurs décennies de tergiversations. La section 1 insiste sur le problème dit du «libre choix médical», et présente les raisons pour lesquelles il constituait un obstacle à la diffusion de l'assurance des soins.

Elle montre que la résolution de ce problème fut en partie rendue possible par la structuration au cours des décennies précédentes des caisses en associations faïtières disposant d'un certain poids dans les négociations qu'elles étaient amenées à conduire avec le corps médical. Les sections qui suivent explorent le contexte nouveau qui, à la fin des années 1910, poussa la SVSM à médicaliser son activité: la demande pour ces produits croissait à la faveur d'une foi grandissante dans le pouvoir curatif de la médecine (section 2); la situation concurrentielle se durcissait avec l'essor des grandes caisses centralisées (section 3); les discussions relatives à l'assurance obligatoire reprenaient tant au niveau fédéral que cantonal (section 4); enfin, un certain nombre de cantons romands, dont le canton de Vaud, introduisirent des caisses d'assurance infantile, sur le modèle desquels la SVSM entreprit de s'aligner (section 5).

1. La question du libre choix médical

Les caisses pionnières dans l'assurance des soins telles l'AKP à Bâle et la *Genossenschaft Krankenpflege* à Zurich (chapitre 4), reposaient sur le principe de la liberté pour le sociétaire de choisir son médecin. Ce principe était alors considéré comme essentiel par les médecins qui avaient fondé ces caisses; la liberté de choix constituait à leurs yeux une condition indispensable à la construction d'une relation durable de confiance entre le patient et son médecin. Les mutuelles traditionnelles considéraient en revanche ce principe comme une menace à leur indépendance et leur prospérité (voir chapitre 4). Elles tenaient pour inconcevable que l'assurance des soins puisse être introduite sans mécanismes de contrôle capables de prévenir les abus qu'une telle innovation était à même de susciter. La résolution du problème du libre choix du médecin constituait, en somme, l'une des conditions préalables à l'adoption massive par les caisses de l'assurance des soins.

Les négociations entre les groupes de caisses et de médecins aboutirent finalement à un compromis qui fut jugé satisfaisant – du moins dans un premier temps – par les parties prenantes. La solution consistait à garantir aux membres le libre choix *conditionnel* du médecin. Selon ce principe, que la loi fédérale de 1911 consacra – les caisses pouvaient s'octroyer le droit de ne confier les soins de leurs assurés malades qu'à des médecins ou à des associations de médecins ayant passé des conventions avec

elles²²⁷. Autrement dit, la loi n'exigeait pas des caisses comme condition d'obtention de la reconnaissance fédérale qu'elles laissent à leurs membres la liberté pleine et entière de choisir leurs médecins. L'éventail de choix était restreint à l'univers des médecins conventionnés. Quant aux médecins, la signature de la convention leur permettait de bénéficier d'une rente dès lors qu'un tel contrat obligeait la caisse à leur confier le traitement exclusif de ses membres malades²²⁸.

Enfin, les conventions ancrèrent les anticipations des caisses et leur simplifiaient le calcul économique en établissant des tarifs fixes et en déterminant précisément la liste des prestations admises au remboursement. La rédaction des conventions, toutefois, n'était pas laissée à l'entière discrétion des médecins et des caisses. La fixation des tarifs conventionnels relevait de l'autorité des cantons. Ceux-ci déterminaient les bornes tarifaires inférieures et supérieures entre lesquelles les médecins et les caisses étaient libres de négocier les honoraires. Les cantons disposaient également du pouvoir d'arbitrer les disputes éventuelles qui pouvaient éclater (et qui de fait, éclatèrent régulièrement) entre organisations de caisses et organisations de médecins²²⁹.

À partir de l'entrée en vigueur en 1914 de la loi fédérale d'assurance-maladie, un nombre croissant de caisses travaillèrent à l'introduction de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques; efforts certes ralentis par la Première Guerre mondiale, par la pandémie de grippe qui s'ensuivit et, surtout, par les difficultés soulevées à l'occasion des négociations conventionnelles avec le corps médical²³⁰. À partir de 1922, la caisse Helvetia instaura progressivement l'assurance médicale pour certaines de ses sections régionales d'abord, puis finalement, en 1924, pour l'ensemble du territoire sur lequel elle opérait. En 1927, la caisse cantonale bernoise, l'une des plus importantes du pays, qui comptait alors plus de 40 000 membres, introduisit l'assurance des soins après avoir signé l'année

²²⁷ «Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie... (Du 13 juin 1911)», p. 821.

²²⁸ OFAS, *Guide pour les caisses d'assurance...*, pp. 50-51.

²²⁹ «Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie... (Du 13 juin 1911)», p. 823.

²³⁰ Le Conseil fédéral posait ce diagnostic en 1916: «Plusieurs caisses importantes se sont montrées très sceptiques à l'égard de l'introduction de ce genre d'assurance [des soins médicaux et pharmaceutiques], non pas qu'elles en méconnaissent l'importance et les bienfaits au point de vue social, mais parce qu'elles craignent les charges financières qui pourraient en résulter pour elles. [...] La crainte qu'en fournissant les soins médicaux et pharmaceutiques elles soient livrées aux médecins existe encore chez plusieurs caisses et la confiance mutuelle entre médecins et caisses [...] ne paraît pas encore régner partout.» (*Rapport du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur sa gestion en 1916*, Berne, pp. 441-442).

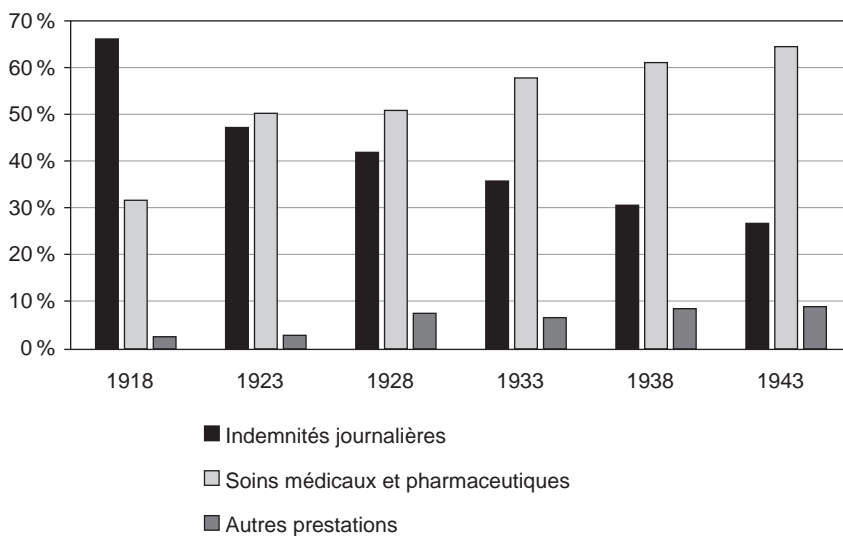
précédente une convention avec le corps médical du canton²³¹. La Caisse-maladie du personnel des entreprises suisses de transport (la caisse des CFF, aujourd'hui Atupri) l'introduisit en 1927²³². Pour l'ensemble des caisses reconnues, la part des dépenses totales consacrée au remboursement des frais médicaux augmenta, parallèlement au déclin de la part consacrée aux indemnités journalières. Le graphique 1 illustre cette tendance. Les caisses-maladie qui avaient jusqu'alors joué essentiellement un rôle de caisses de pertes de gain pour cause de maladie se transformèrent progressivement en caisse d'assurance-maladie à proprement parler. En seulement vingt ans, de 1917 à 1937, la part des remboursements médicaux et pharmaceutiques était ainsi passée de 30 % à presque 60 %.

Pourquoi les caisses ne choisirent-elles pas d'introduire plus tôt l'assurance des soins ? Elles auraient pu, après tout, se tourner spontanément vers le corps médical pour tenter d'élaborer avec lui des conventions réglant les tarifs des prestations remboursées, et ce avant que la loi fédérale n'encadre ces pratiques. Le caractère jusqu'alors fragmenté de l'écosystème des caisses explique sans doute en partie leurs réticences à poursuivre une telle démarche. Les associations faïtières de caisses n'apparurent que dans la dernière décennie du XIX^e siècle, dans le contexte des discussions portant sur la forme que devait prendre l'intervention confédérale en matière d'assurance-maladie. Il avait certes existé au XIX^e siècle des associations régionales mutualistes, mais celles-ci s'étaient avant tout occupées d'organiser le libre passage entre les caisses membres. Le Concordat était lui-même demeuré jusqu'à la fin de la décennie 1910 une association essentiellement consacrée au libre passage. Or, dépourvues de structure politique, les caisses auraient été en position de faiblesse dans d'éventuelles négociations tarifaires avec le corps médical, de longue date organisé. L'intense engagement politique que menèrent les caisses au cours de la période 1890-1911 contribua à muscler politiquement le mouvement mutualiste et à faire naître des structures à même de défendre leurs intérêts. La réforme statutaire mise en œuvre en 1914 par le Concordat des caisses alémaniques – consacrant la défense des intérêts des membres en tant qu'objectif fondamental de l'association – est symptomatique de cette évolution.

²³¹ 100 Jahre. Krankenkasse für den Kanton Bern 1870-1970, Wabern, KKB, p. 23.

²³² «La "CPT" célèbre son 75^e anniversaire», *Mutualité romande* 11, novembre 1965, p. 11.

Graphique 1. Dépenses consacrées aux indemnités journalières et aux prestations médicales et pharmaceutiques, 1918-1943



Source : HSSO, «Caisses-maladie reconnues...», Tab. P.11.

La SVSM introduisit l'assurance des soins en juillet 1920, non sans avoir, au préalable, élaboré et signé une convention tarifaire avec le corps médical vaudois²³³. La position de médecin-conseil fut également fondée à cette occasion²³⁴. La cotisation mensuelle pour cette nouvelle catégorie d'assurance (hors accident) s'élevait à 1,60 franc pour les moins de vingt ans et allait jusqu'à 7 francs pour les plus de septante ans. Pour un assuré de quarante ans, la prime s'élevait à 2,80 francs, ce qui représentait, par exemple, moins d'un pourcent du revenu mensuel d'un serrurier²³⁵. Par comparaison, en 2019, pour un assuré adulte, la prime mensuelle d'assurance-maladie (de base, modèle classique) dans le canton de Vaud, s'élève en moyenne

²³³ «Compte rendu du comité central sur sa gestion en 1919», *Bulletin de la SVSM* 4, mai 1920, p. 4.

²³⁴ Son rôle était de vérifier les pièces médicales et les bulletins d'entrée douteux, et de se prononcer sur les cas litigieux en général.

²³⁵ HSSO, «Salaires des fondeurs, des tourneurs, serruriers et des manœuvriers (1890-1921)», Tab. G.5e, 2012. En ligne : <<https://hssso.ch/fr/2012/g/5e>>, consulté le 7 novembre 2019. Nous supposons ici que le revenu correspond au salaire mensuel d'un serrurier travaillant dix heures par jour, six jours par semaine.

à 500 francs (pour une franchise de 300 francs), soit un peu moins de 10 % du revenu mensuel d'un serrurier. Les deux services – l'assurance des soins de 1920 et celle de 2020 – ne se confondent cependant qu'imparfaitement. En 1920, on parlait indifféremment de « gratuité des soins » et « d'assurance des soins » : les notions de co-paiements et de franchise y étaient encore étrangères (voir chapitre 7). Ces modalités de participation aux frais sont en revanche aujourd'hui largement répandues.

Afin de rendre plus clair aux yeux du public le nouveau positionnement de la société, le titre de « Caisse d'assurance-maladie » fut adjoint à celui de société de secours mutuels, un titre qui, bien que non encore complètement désuet, exhalait déjà un certain parfum de XIX^e siècle. Par ailleurs, le terme de « prestation » prit place aux côtés de celui d'« indemnité », pour désigner les services proposés par la caisse (voir illustration 5)²³⁶. Une telle addition terminologique, si elle peut sembler a priori insignifiante, révèle, en réalité, que le sens accordé au mot « assurance » se transformait et s'élargissait. L'activité assurantielle mutualiste ne consistait plus uniquement à protéger les membres contre les conséquences financières d'un événement imprévisible (la perte de gain résultant d'une maladie). Le remboursement des soins médicaux et pharmaceutiques donnait à l'activité assurantielle un sens nouveau : elle consistait, dès lors, également à protéger les assurés contre les coûts induits par leur consommation médicale – consommation dont la fréquence et le montant ne dépendaient pas uniquement d'événements aléatoires, mais aussi de facteurs subjectifs (perception par l'assuré de son propre état de santé). Autrement dit, le remboursement des frais médicaux contribuait à découpler les notions d'« assurance » et d'« aléa ».

La nouvelle forme d'assurance connut un succès rapide. Cinq ans après son introduction, les contrats d'assurance médicale représentaient 18 % du total des contrats souscrits. Ce ratio passa à 35 % en 1930, à 60 % en 1940 et à 71 % en 1950. La part des dépenses de la caisse affectées à ce genre d'assurance suivit une évolution similaire et, en 1950, cette part atteignait 80 %. Autrement dit, en trois décennies, la caisse, qui s'était consacrée jusqu'en 1920 presque exclusivement à l'assurance d'indemnités journalières, se transforma en une entreprise de remboursement des soins médicaux et pharmaceutiques. Ce changement reflétait le mouvement plus général de médicalisation à l'œuvre au cours de cette période au sein de l'écosystème des caisses d'entraide.

²³⁶ « Modifications aux Statuts du 1^{er} janvier 1914 », *Bulletin de la SVSM* 3, août 1919, p. 11.

LIBERTÉ ET PATRIE

HUMANITÉ ÉGALITÉ TRAVAIL

**Société Vaudoise
DE
SECOURS MUTUELS**

CAISSE D'ASSURANCE - MALADIE
RECONNUE, CONTROLÉE ET SUBSIDÉE PAR LA CONFÉDÉRATION

PRESTATIONS OFFERTES PAR LA CAISSE :

| | |
|--|--|
| Indemnité journalière en cas de maladie ou d'accident. | Indemnité au décès. |
| Gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques. | Conditions spéciales d'entrée offerts aux Associations et Collectivités. |
| Couches indemnisées pendant 6 semaines avec prime d'allaitement. | Jouissance du droit de libre passage. |

POUR RENSEIGNEMENTS ET DEMANDES D'ADMISSION
S'ADRESSER AU
BUREAU CENTRAL à LAUSANNE
OU AU COMITÉ DE LA SECTION D'

LITHO - A. HARRENS, Lausanne

Illustration 5. Faire connaître le nouveau positionnement commercial.
Affiche publicitaire de la SVSM dans les années 1920.

Source : collection de l'auteur.

2. Demande nouvelle pour l'assurance des soins et innovations médicales

L'émergence de l'assurance des soins ne se fit certes pas *ex nihilo*. Les administrateurs de caisses faisaient face depuis plusieurs décennies à l'expression de la part des membres d'une demande – initialement certes timide et modérément formulée – en faveur de l'introduction de cette modalité d'assurance. De 1885 au début du xx^e siècle, plusieurs sections régionales de la SVSM avaient émis le souhait que la première visite médicale soit remboursée par la société²³⁷. Ces demandes furent cependant systématiquement rejetées par le comité central au motif que la situation financière précaire de la société ne lui permettait pas d'entreprendre une telle expérience. Une telle pression interne s'était déjà exprimée au sein de la plus grande caisse-maladie suisse, l'Helvetia (établie à Zurich) ; au début du xx^e siècle, une partie de ses membres, « *ne cessaient de critiquer cette lacune [l'absence de cette forme d'assurance], et réclamaient le paiement des frais de médecins, de médicaments, d'hospitalisation* »²³⁸.

Ces revendications furent formulées dans un contexte marqué par de profondes transformations dans les sciences et les pratiques médicales, qui coïncidèrent avec les progrès de la foi dans le pouvoir curatif et préventif de la médecine en Europe occidentale. La consécration de la théorie microbienne en pathologie (selon laquelle les maladies infectieuses sont causées par des agents pathogènes externes, les bactéries) encouragea le développement de nouveaux procédés de traitement et de prévention des maladies infectieuses. L'industrie pharmaceutique en plein essor identifia rapidement le potentiel économique de la microbiologie et s'empressa d'exploiter ces résultats et d'encourager financièrement la recherche en vue d'améliorer les traitements existants et d'en élaborer de nouveaux²³⁹.

²³⁷ Voir les *Comptes rendus du comité central* [de la SVSM] *sur sa gestion* pour les années 1886 (p. 18), 1887 (p. 28), 1888 (p. 26), 1907 (p. 26).

²³⁸ SCHMID OTTO, *1900-1950. 50 ans de la Société de secours mutuels Helvetia*, Zurich, Buhler-Buchdruck, 1950, pp. 32-33.

²³⁹ Sur l'industrie pharmaceutique suisse à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècles, voir : LÜÖND Karl, *Principe actif: la connaissance. Passé et présent de l'industrie pharmaceutique suisse*, Zurich, Neue Zürcher Zeitung, 2009, pp. 21-92 ; DETTWILER Walter, GAFNER Philipp, BILLOD Carole, *Novartis. How a leader in healthcare was created out of Ciba, Geigy and Sandoz*, Londres, Profile Books, 2014, pp. 30-36 ; CIBA, *Origines et aspects de l'industrie chimique bâloise*, Olten, Urs Graf, 1959, pp. 154-195 ; SANDOZ, *Sandoz. 75 ans d'activité*, Bâle, Gasser, 1961, pp. 31-64 ; BÜRGI Michael, *Pharmaforschung im 20. Jahrhundert. Arbeit an der Grenze zwischen Hochschulen und Industrie*, Zurich, Chronos Verlag, 2011, pp. 26-35.

Sur le plan technico-médical, les rayons X – découverts en 1895 par Wilhelm Röntgen – qui permettaient aux médecins d'observer les organes sans ouvrir le corps, conquièrent en quelques décennies le domaine de la pratique médicale. L'utilisation des rayons X fut institutionnalisée en Suisse avec la création en 1913 de la Société suisse de radiologie²⁴⁰.

Aux yeux des partisans de l'assurance des soins, le devoir des caisses était précisément de participer à la diffusion auprès des masses de ces innovations et de leurs bienfaits :

«[L]e domaine du traitement médical moderne s'est élargi de manière gigantesque. [...] De nombreux vaccins contre différentes maladies ont été obtenus par ce biais. Des rayons particuliers nous permettent de voir l'intérieur du corps ou sont utilisés comme remède [...]. L'utilisation de l'eau, de la chaleur, de l'électricité, les méthodes de traitement mécaniques et diététiques sont inventées, vont et viennent dans une abondance et une diversité presque incalculables. De plus, la chimie invente tous les jours de nouveaux remèdes et l'industrie pharmaceutique se charge de les diffuser abondamment. [...] Pour la plus grande partie de la population, l'assurance-maladie, en tant que responsable du traitement, est appelée à être l'intermédiaire de ces conquêtes, qui représentent une bonne nouvelle de promesse de santé pour l'humanité souffrante.»²⁴¹

Les progrès des techniques médicales se traduisirent en outre par des transformations dans la façon dont le monde hospitalier était organisé et perçu. Les hôpitaux cessèrent progressivement d'être considérés comme des hospices pour les pauvres, pour devenir des lieux où se concentraient les machines médicales coûteuses et les laboratoires en mesure d'attirer les médecins prestigieux. À l'initiative des médecins, un nombre non négligeable de cliniques privées furent fondées au cours de cette période²⁴².

Ces transformations organisationnelles et ces innovations techniques, encouragées par des institutions scientifiques et par des intérêts commerciaux concrets, combinées à l'observation qu'en effet, la mortalité attribuable aux maladies infectieuses reculait et que l'espérance de vie augmentait,

²⁴⁰ WIESER Constant, ETTER Hans, WELLAUER Josef, *Radiologie in der Schweiz. Zu ihrem 75 jährigen Bestehen herausgeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Radiologie und Nuklearmedizin*, Berne, Verlag Hans Huber, 1989, p. 34.

²⁴¹ «Nachdenkliches zur Heilbehandlung in der Krankenversicherung», *SKZ* 23, 1^{er} décembre 1927, p. 265.

²⁴² DONZÉ Pierre-Yves, *Bâtir, gérer, soigner...*, pp. 166-169.

contribuèrent à accroître l'attractivité de l'assurance des soins²⁴³. Au sein de la SVSM, une série de circonstances combinées poussa les dirigeants à entreprendre des démarches dans le sens de son introduction.

3. La nouvelle donne concurrentielle

Le système mis en place par la LAMA n'affectait pas directement les caisses dans leurs modalités d'admission. Les dispositions de la loi étaient à cet égard relativement libérales ; l'article 3 spécifiait que « *la reconnaissance ne p[ouvait] être refusée à une caisse du fait que les statuts exigent que le candidat appartienne à telle profession ou entreprise, à telle confession ou à tel parti politique* »²⁴⁴. Autrement dit, la loi n'aspirait pas à uniformiser le *Krankenkassenwesen*. En fait d'organisation des caisses et de modalités d'admission, les deux décennies qui suivirent le vote de la LAMA furent marquées, comme du reste la période précédente, par une relative diversité. La classification élaborée par l'OFAS et utilisée par lui de 1920 à 1936 distinguait sept catégories de caisses : les caisses publiques, les caisses privées ouvertes, les caisses d'entreprises, les caisses professionnelles, les caisses professionnelles-confessionnelles, les caisses confessionnelles, et les caisses politiques. Le tableau 4 met en évidence le nombre et la proportion d'assurés selon le type de caisses, pour deux dates, 1920 et 1936.

Deux tendances distinguèrent la période post-LAMA de celle qui la précéda. Tout d'abord, la présence significative de caisses publiques. La loi accordait le droit aux cantons de créer des caisses publiques (ou de déléguer ce droit aux communes) et de rendre l'affiliation auprès d'elles obligatoire pour certaines catégories de la population, un droit dont usèrent un certain nombre d'entre eux. En 1920, date à laquelle l'OFAS publia pour la première fois les chiffres relatifs aux caisses publiques, il en existait 143, auxquelles étaient affiliés 26 % de l'effectif total des assurés. L'*Öffentliche Krankenkasse Basel* comptait parmi les caisses les plus importantes de cette

²⁴³ Entre 1888 et 1941, les taux de mortalité attribuables à la rougeole, à la scarlatine, à la diphtérie, à la coqueluche et à la fièvre typhoïde furent divisés par 21, 31, 20 et 38,5, respectivement. Voir HSSO, « Vue d'ensemble des causes de décès, de 1876 à 1995 ; décès masculins et féminins au total », Tab. D.34, 2012. En ligne : <<https://hssso.ch/fr/2012/d/34>>, consulté le 20 février 2021. Notons cependant que l'existence d'une telle corrélation ne prouve pas qu'il existait une relation de causalité, c'est-à-dire que la diminution des maladies infectieuses était le résultat du progrès médical. D'autres facteurs (hygiène, alimentation, etc.) contribuèrent significativement, sinon principalement, à ces évolutions.

²⁴⁴ « Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie... (Du 13 juin 1911) », p. 816.

Tableau 4. Nombre (en milliers) et proportion d'assurés selon le genre de caisse, 1920 et 1936

| | 1921 | 1936 |
|--------------------------|-------------|--------------|
| Caisses publiques | 264 (27 %) | 474 (25 %) |
| Caisses privées ouvertes | 415 (43 %) | 1004 (52 %) |
| Caisses d'entreprises | 130 (13 %) | 152 (8 %) |
| Caisses professionnelles | 106 (11 %) | 111 (6 %) |
| Caisses confessionnelles | 24 (2 %) | 90 (5 %) |
| Caisses politiques | 26 (3 %) | 100 (5 %) |
| Total | 965 (100 %) | 1932 (100 %) |

Source : Annuaires statistiques de la Suisse (1921 et 1936).

Note: La catégorie « caisses professionnelles-confessionnelles », insignifiante (ces caisses assuraient moins de 0,3% de l'effectif total), a été ici ignorée.

catégorie. En 1920, elle comptait plus de 68 000 membres, soit la moitié de la population de la ville (la loi obligeait à s'y affilier les habitants dont le revenu annuel était inférieur à 2 200 francs – un montant régulièrement ajusté à la hausse pour tenir compte de l'inflation)²⁴⁵. Il existait également des caisses publiques communales, de moindre envergure. La proportion d'assurés auprès de caisses publiques demeura stable autour de 25 % jusqu'au milieu des années 1930.

Ensuite et surtout, cette période vit émerger d'importantes caisses centralisées, assurant plusieurs dizaines de milliers de membres et opérant dans plusieurs cantons, voire sur le territoire entier de la Confédération. Quatre d'entre elles se distinguaient en particulier par leur taille et la rapidité de leur croissance durant cette période : la Concordia, la CSS, la caisse du Grütli et l'Helvetia (voir tableau 5). Les deux premières avaient pris naissance sous la forme d'associations de caisses confessionnelles²⁴⁶. Au début du xx^e siècle (en 1910 pour la CSS et en 1914 pour la Concordia), à l'initiative de leurs comités centraux respectifs, elles décidèrent de

²⁴⁵ AMSTUTZ Hans-Dieter, *75 Jahre ÖKK. Basel und seine Krankenkasse*, Bâle, GS-Verlag, 1989.

²⁴⁶ Le *Krankenkassenverband des katholischen Volksvereins*, fondé en 1890, devint Concordia en 1914. La CSS fut quant à elle fondée en 1905 en tant qu'association de tutelle des organisations d'entraide du mouvement « Chrétien social » (se voulant une alternative sociale catholique au socialisme dans le contexte de la fin du xix^e siècle).

Tableau 5. Quatre grandes caisses centralisées et SVSM, nombre de membres (en milliers) et parts de marché, 1915-1945

| | 1915 | 1925 | 1935 | 1945 | 1955 | 1965 | 1974 |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Concordia (1) | 7,8 | 43 | 82 | 126 | 190 | 304 | 378 |
| CSS (2) | 9,5 | 33 | 99 | 131 | 335 | 696 | 913 |
| Grütli (3) | 9,3 | 33 | 82 | 118 | 185 | 301 | 465 |
| Helvetia (4) | 37 | 66 | 180 | 267 | 503 | 797 | 1 170 |
| SVSM | 5,2 | 6,8 | 9,6 | 22 | 44 | 124 | 134 |
| Part de marché, caisses (1) à (4) | 15 % | 15 % | 23 % | 26 % | 33 % | 39 % | 44 % |
| Part de marché SVSM | 1,2 % | 0,6 % | 0,5 % | 0,9 % | 1,2 % | 2,3 % | 2,0 % |

Sources : Rapports annuels des caisses, HSSO, « Caisses-maladie reconnues... », Tab. P.11.

passer du statut d'association à celui de caisses centralisées, composées de sections, jouissant certes d'une certaine autonomie, mais relevant d'une entité juridique commune²⁴⁷. Cette transformation des associations de caisses en caisses à proprement parler était justifiée par le besoin perçu de standardiser les pratiques des sections dont la diversité était considérée comme nuisible au développement de ces organisations. La standardisation était également considérée comme utile en vue de l'obtention de la reconnaissance confédérale²⁴⁸.

Quant à la caisse du Grütli, elle avait été dès sa fondation en 1872 une caisse de dimension nationale en raison du caractère fédératif de l'association éponyme qui lui avait donné naissance et dont elle avait emprunté la structure (voir chapitre 1). Initialement ouverte aux seuls membres de la société-mère, la caisse du Grütli libéralisa au début

²⁴⁷ NIEDERER Eduard, *Das Krankenkassenwesen der Schweiz und das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911*, Zurich, Rascher & Cie, 1914, p. 70.

²⁴⁸ NIEDERER Eduard, *Das Krankenkassenwesen...*, p. 76.

du xx^e siècle sa politique d'admission. À partir de 1905, y devinrent admissibles les membres des syndicats et du Parti socialiste. En 1912 enfin, elle leva toutes restrictions à l'admission et devint une caisse ouverte. En 1921, elle comptait 56 sections réparties dans 20 cantons, y compris de Suisse romande (Vaud, Valais, Neuchâtel et Fribourg)²⁴⁹.

De ces quatre caisses, c'est cependant l'Helvetia qui était la plus importante par la taille du sociétariat. Cette caisse était issue d'un conflit qui avait agité, à la fin du xix^e siècle, l'*Allgemeine Schweizerische Krankenkasse* (fondée en 1893), opposant un groupe de membres aux administrateurs, les premiers reprochant aux seconds leur gestion et leurs choix stratégiques, considérés comme nuisibles aux intérêts de la caisse et des membres en général²⁵⁰. Les contestataires firent finalement sécession et fondèrent, en 1900, leur propre caisse, l'Helvetia. Ses dirigeants mirent en place dès sa fondation une politique de recrutement agressive, à travers des insertions massives dans les journaux et la distribution de prospectus, des méthodes alors peu pratiquées par les autres caisses²⁵¹. L'Helvetia connut un essor rapide, et, en 1925, elle comptait, sur toute la Suisse, 66 064 membres, soit dix fois plus que la SVSM. Si, à l'origine, les activités de l'Helvetia ne s'étendaient qu'aux cantons alémaniques (son comité central était installé à Zurich), elles se déployèrent progressivement, durant les premières décennies du xx^e siècle, en Suisse romande. En 1924, des sections de l'Helvetia avaient pris racine sur tout le territoire romand. Cette société était bien établie dans le canton de Vaud, puisqu'en 1924, seize de ses sections y opéraient²⁵².

L'essor rapide de ces caisses centralisées modifiait la perspective pour les individus et les travailleurs en fait d'assurance-maladie. Une pluralité d'offres émergeait; un choix s'offrait à eux. Ils n'étaient plus contraints de s'affilier à la caisse locale, par exemple de leur corps de métier. Les caisses locales, quant à elles, étaient soudainement confrontées à la concurrence. Elles se voyaient par conséquent contraintes de prendre en compte l'existence de ces nouveaux acteurs. Elles devaient dès lors adapter leurs services afin de ne pas tomber en désuétude.

²⁴⁹ NEBEL Julius, *Schweizerische Grütli-Krankenkasse 1873-1922. Denkschrift Herausgegeben bei Anlass des 50-jährigen Bestandes der Kasse*, Berne, Unionsdruckerei, 1922, p. 84.

²⁵⁰ SCHMID OTTO, *1900-1950...*, pp. 5-11; MEIER Hermann, *Société de secours mutuels Helvetia. Vingt-cinq ans d'activité 1900-1924*, Zurich, 1925, pp. 3-8; NIEDERER Eduard, *Das Krankenkassenwesen...*, pp. 149-159.

²⁵¹ NIEDERER Eduard, *Das Krankenkassenwesen...*, p. 150.

²⁵² MEIER Hermann, *Société de secours mutuels Helvetia...*, p. 26.

La SVSM redoutait particulièrement la présence de l'Helvetia. Celle-ci demeurerait certes, en terre vaudoise, moins puissante que la SVSM. Sa dynamique de croissance était cependant considérée comme suffisamment menaçantes pour inquiéter les administrateurs de la SVSM. En février 1916, plusieurs membres de la SVSM, appartenant à la section d'Orbe, annoncèrent au comité central que la «*société concurrente l'Helvetia fait une active propagande dans la contrée*»²⁵³ et demandèrent que des campagnes de contre-propagande soient menées. En mars 1917, «*la nécessité d'une propagande intense se faisant sentir aujourd'hui pour lutter efficacement contre la concurrence d'autres caisses*», le Bureau proposa d'insérer régulièrement des annonces dans la *Revue de Lausanne* et la *Feuille d'Avis de Lausanne*, afin de porter à l'attention du public l'œuvre de la société²⁵⁴. La présence en terre vaudoise de l'Helvetia menaçait même la cohésion interne de la SVSM: certaines sections utilisèrent la caisse alémanique comme outil de négociation pour exiger du comité central qu'il réduise les cotisations²⁵⁵. La concurrence menée par l'Helvetia et par d'autres caisses alémaniques rendait en outre nécessaire aux yeux du comité central un effort de professionnalisation des pratiques commerciales. «*Il nous faut consacrer quelques milliers de frais pour faire une réclame intense, pour payer un personnel supplémentaire et des agents de propagande. Il ne faut pas nous laisser mettre à l'arrière-plan, notre passé ne mérite pas cela*» proclama Gustave Delay en avril 1919 devant le Comité central²⁵⁶. Émile Buxcel émit en 1922 le souhait que la position de l'agent central soit rendue permanente: «*Il faut un homme actif. Nous avons à craindre la concurrence de caisses qui travaillent beaucoup: l'Helvetia, les Chrétiens sociaux.*»²⁵⁷

Pour convaincre le comité central de l'urgence d'introduire l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques dans ce nouveau contexte concurrentiel, Gustave Delay mobilisa une rhétorique cantonaliste, par

²⁵³ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 6 février 1916, ACV, PP 940/2, Registre 6, folios non numérotés.

²⁵⁴ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 18 mars 1917, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 4.

²⁵⁵ En mai 1918, par exemple: «*M. Buxcel déclare qu'il n'y a pas de possibilité de toucher aux tarifs tant que notre situation financière n'est pas garantie par un fonds de revenu suffisant. Il conteste la déclaration de la section de La Vallée que les cotisations de l'Helvetia sont inférieures aux nôtres. M. Henchoz constate que quelque chose grince à La Vallée, le ménage intérieur de cette section ne marche pas, il y a un mauvais esprit qui règne.*» SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 9 mai 1918, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 40.

²⁵⁶ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 18 avril 1919, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 58.

²⁵⁷ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 2 septembre 1922, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 146.

ailleurs répandue sous la plume des mutualistes romands. Les activités des grandes caisses «bureaucratiques» menaçaient l'existence des caisses aux frontières cantonales, enracinées dans leur territoire. Selon lui, «*les institutions qui ne font rien sont mûres pour mourir de leur belle mort où [sic] être écrasées par les institutions bureaucratiques ou les caisses professionnelles ou syndicatrices [sic]. Pour garder notre indépendance fédéraliste, il faut savoir créer chez nous des caisses capables de s'adapter à tous les besoins nouveaux créés par les circonstances actuelles dans lesquelles nous vivons*»²⁵⁸. Delay appela également de ses vœux «*la création de collectivités qui lutteront contre les caisses professionnelles fédérales qui deviendront dangereuses*»²⁵⁹. Le franchissement des limites cantonales était perçu comme «*une menace contre le fédéralisme. Nous devons lutter pour notre indépendance cantonale dans tous les domaines*»²⁶⁰. Les craintes formulées par Delay relatives à l'effritement de «*l'indépendance cantonale*» traduisaient une angoisse économique plus concrète, celle de la perte de contrôle commercial sur un territoire, celui du canton de Vaud, une situation dont la SVSM n'avait pas eu véritablement à souffrir jusqu'alors.

4. Le spectre de l'assurance obligatoire

À la nouvelle menace que représentait l'émergence des caisses centralisées s'ajoutait la possibilité que soit introduite l'assurance obligatoire sur le territoire du canton, voire au niveau confédéral. Si la LAMA ne prévoyait pas de rendre obligatoire l'assurance au niveau fédéral, elle prévoyait toutefois que les cantons (et les communes) puissent introduire cette obligation dans leurs juridictions respectives, ce que firent plusieurs d'entre eux²⁶¹. Dans ce contexte, la SVSM entendait prouver aux législateurs vaudois qu'ils pouvaient s'appuyer sur elle pour l'élaboration d'un éventuel projet d'assurance obligatoire cantonale. La construction d'une posture crédible passait par l'extension de la gamme des assurances et la proposition de combinaisons nouvelles. «*Si nous traitons avec Lausanne*

²⁵⁸ SVSM, Assemblée des délégués, Lausanne, 2 novembre 1919, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 77.

²⁵⁹ SVSM, Assemblée des délégués, Lausanne, 2 novembre 1919, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 78.

²⁶⁰ SVSM, Assemblée des délégués, Lausanne, 2 novembre 1919, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 78.

²⁶¹ Voir le «Tableau chronologique de la progression de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse de 1914 à 1926», dans SEILER Jean, «L'assurance en cas de maladie», *Bulletin de la FSSM* 113, mars 1928, p. 40.

qui décrètera [sic] l'obligation d'assurance, notre système actuel ne sera plus vrai, d'où nécessité de refondre nos statuts pour recevoir tout le monde», suggéra l'un des membres du comité central en avril 1919²⁶². Le peu d'ardeur que mirent les administrateurs centraux à répandre auprès du public la nouvelle de l'introduction de l'assurance médicale suggère en effet qu'une telle innovation représentait avant tout un moyen de se signaler auprès des autorités en tant que caisse à vocation universelle. «*Il ne faut pas trop pousser la roue pour ces nouvelles combinaisons, mais se préparer tranquillement en prévision de l'assurance obligatoire. Nous allons au-devant de gros risques, pléthores de médecins, augmentation de leurs tarifs etc. époque très critique, crise sérieuse avec laquelle il faut faire attention*», avertit avec prudence le Dr Delay en janvier 1921²⁶³.

En réalité, le vote de la LAMA (qui ne prévoyait donc qu'une éventuelle obligation cantonale ou communale) ne fit pas disparaître l'idée d'une obligation au niveau fédéral. Le projet de réviser cette loi – dans le sens d'une extension au niveau fédéral de l'obligation – surgit quelques années seulement après son acceptation référendaire en février 1912. En février 1919, le Conseil fédéral chargea le département de l'économie publique de préparer un projet de révision de la LAMA²⁶⁴. Aux yeux des conseillers fédéraux, un tel projet était rendu souhaitable par l'introduction éventuelle de nouvelles branches d'assurances sociales. Dans son message de juin 1919 aux Chambres, le Conseil fédéral appela de ses vœux une modification constitutionnelle accordant «*à la Confédération le droit de légiférer en matière d'assurance-invalidité, d'assurance-vieillesse et survivants et la création de ressources nécessaires pour les assurances sociales*». Or, l'assurance-maladie entretenait des relations étroites avec, en particulier, l'assurance-invalidité, celle-ci n'étant qu'une extension temporelle de celle-là. Au reste, le Conseil fédéral considérait que les chances de guérison d'un malade non assuré étaient plus faibles que celles d'un malade assuré, qui pouvait accéder plus promptement aux soins médicaux adéquats. Une maladie non assurée, par conséquent, «*rapproche l'époque de l'invalidité et en augmente le degré*»²⁶⁵. Cette liaison étroite

²⁶² SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 18 avril 1919, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 58.

²⁶³ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 23 janvier 1921, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 101.

²⁶⁴ *Rapport du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur sa gestion en 1919*, Berne, pp. 676-677.

²⁶⁵ «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant l'attribution à la Confédération du droit de légiférer en matière d'assurance-invalidité, d'assurance-vieillesse et survivants et la création de ressources nécessaires pour les assurances sociales (Du 21 juin 1919)», *Feuille fédérale* 4 (27), 9 juillet 1919, p. 149.

entre l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité exigeait, selon le Conseil fédéral, que la première soit rendue obligatoire à toutes les personnes pour lesquelles la seconde devait l'être.

Les discussions relatives à l'AVS et l'AI furent finalement ajournées et, avec elles, le projet d'adapter l'assurance-maladie à ces nouvelles formes d'assurance sociale. Toutefois, la question de la révision de l'assurance-maladie en tant que telle et non plus en tant qu'élément du système d'assurance sociale dans sa globalité fut, quant à elle, poursuivie. La commission (au sein de laquelle siégèrent des représentants des caisses-maladie) qui, au cours de l'année 1920, se réunit pour élaborer un projet de révision, se prononça en faveur de l'obligation au niveau fédéral. La commission ne souhaitait d'ailleurs pas limiter l'obligation à certaines catégories de la population (les travailleurs, par exemple); elle devait couvrir la population suisse *dans son ensemble*. Une telle proposition suscita la contestation des médecins qui redoutaient l'ingérence de la Confédération dans leurs affaires. Ils craignaient que leur liberté de contracter et d'exercer, déjà quelque peu écornée par la LAMA, ne soit de nouveau atteinte. En particulier, ils ne souhaitaient pas que les malades aisés soient traités aux mêmes conditions que les malades de conditions plus modestes²⁶⁶. Finalement, les travaux entrepris au début des années 1920 en vue de refondre le volet maladie de la loi fédérale dans le sens de l'assurance obligatoire, n'aboutirent pas. L'énergie de l'OFAS fut rapidement absorbée par le problème plus immédiat des subventions supplémentaires aux caisses, que ces dernières réclamaient à cor et à cri. Quant aux autorités fédérales – Conseil et Chambres – elles se consacrèrent finalement à l'élaboration d'une loi instaurant l'AVS et l'AI, un texte loi rendu nécessaire par l'article 34^{quater} de la Constitution, accepté par la population en décembre 1925 et qui contraignait la Confédération à légiférer dans ce sens²⁶⁷.

Quoi qu'il en soit, la possibilité que l'assurance soit rendue obligatoire, au niveau confédéral, pour l'ensemble de la population – et non pas seulement pour les travailleurs – était à la fin des années 1910, bien réelle. Les caisses devaient en tenir compte et étendre leurs activités aux remboursements des frais médicaux et pharmaceutiques. Les indemnités journalières n'étaient, par définition, d'aucune utilité pour les personnes hors du marché du travail,

²⁶⁶ *Rapport du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur sa gestion en 1920*, Berne, p. 670.

²⁶⁷ Sur ces questions, voir les *Rapports du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur sa gestion*, de 1919 à 1925.

que l'on envisageait de contraindre à s'affilier aux sociétés mutuelles. Seules les prestations médicales concernaient ces assurés potentiels. La SVSM ne s'y trompait pas. L'exposé des motifs justifiant la réforme statutaire de 1920, établissant l'assurance médicale, évoquait *«l'introduction de l'assurance-vieillesse et invalidité, avec laquelle l'assurance-maladie a de nombreux points de contact [...], [l]'une des préoccupations principales des pouvoirs fédéraux, qui devront également songer au développement de l'assurance-maladie.»* Or, *«l'obligation une fois décrétée pour toute ou partie de la population, nous n'entrerons en ligne de compte qu'autant que nos dispositions statutaires nous permettront d'offrir des prestations au moins équivalentes à celles que la loi fixera»²⁶⁸*. Gustave Delay formula en ces termes les nouvelles exigences: *«Il rend attentif chacun que la Société ne représente pas le noyau de cristallisation capable d'offrir à l'État la possibilité d'organiser la Caisse maladie officielle qui doit précéder la Caisse d'invalidité qui va se créer. La Confédération veut sauvegarder les caisses existantes, en laissant aux assurés le choix de leur caisse, d'où nécessité pour le CC [comité central] de modifier notre activité et de la transformer pour que nous soyons aptes à remplir les nouvelles obligations qui nous seront imposées.»²⁶⁹*

En somme, une double pression était à l'œuvre et poussait la SVSM à étendre son offre: d'une part, la possibilité que le canton de Vaud introduise l'obligation dans sa juridiction, conformément à l'article 2 de la LAMA; et, d'autre part, la possibilité que l'obligation soit instaurée au niveau confédéral.

5. L'essor de l'assurance infantile en Suisse romande

Une circonstance supplémentaire poussa les administrateurs de la SVSM à introduire l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques: le développement de l'assurance infantile. Durant les premières décennies du xx^e siècle, plusieurs communes, puis certains cantons, élaborèrent des lois visant à offrir aux enfants et aux adolescents une protection assurantielle en cas de maladie. La commune de Lausanne, par exemple, institua en avril 1907 une mutualité scolaire facultative. Pouvaient y adhérer les enfants des écoles publiques de la commune, âgés de cinq à dix-huit ans. L'adhésion

²⁶⁸ «Révision des statuts», *Bulletin de la SVSM* 3, août 1919, p. 6.

²⁶⁹ SVSM, Assemblée des délégués, Lausanne, 2 novembre 1919, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 77.

donnait droit à une indemnité quotidienne en cas de maladie, ainsi qu'à l'ouverture d'un livret d'épargne²⁷⁰. Plusieurs personnages importants des milieux mutualistes et assurantiels vaudois travaillèrent à l'élaboration de cette œuvre législative communale: Max de Cérenville, sous-directeur de la compagnie d'assurance-vie La Suisse, que dirigeait son père Henri (celui-ci céda la direction à son fils en 1912)²⁷¹; l'instituteur Émile Buxcel, futur président de la SVSM (1914-1926); le juge cantonal Gustave Correvon, déjà cité, président de la SVSM (1901-1908), interlocuteur romand auprès des autorités fédérales dans les discussions relatives à la loi d'assurance-maladie et représentant suisse au sein des congrès internationaux de la mutualité. Ce dernier était particulièrement actif dans le domaine des œuvres sociales pour l'enfance, puisqu'il participa à la fondation de La Solidarité, société «*en faveur de l'enfance malheureuse*» et de La Paternelle, société mutuelle d'assurance en faveur des orphelins²⁷².

L'initiative lausannoise s'inspirait en réalité de ce qui se pratiquait à Fribourg, qui faisait figure de commune pionnière en la matière; dès 1902, la mutualité scolaire y avait été établie au niveau local²⁷³. Les mutuelles scolaires, dues à l'initiative privée, prirent à Fribourg le nom de «Jeunesses prévoyantes». Les éducateurs fribourgeois s'inspiraient et prenaient explicitement pour modèle l'œuvre des mutualistes français et belges, qui, durant les dernières décennies du XIX^e siècle, avaient travaillé énergiquement en faveur de l'assurance infantile²⁷⁴.

Par la suite, plusieurs cantons, principalement romands, élaborèrent des lois d'assurance scolaire. Le canton de Vaud initia le mouvement. Y fut établie, par la loi du 31 août 1916, une caisse cantonale d'assurance infantile qui commença ses opérations en octobre 1917. La caisse cantonale assurait le paiement des soins médicaux et pharmaceutiques aux enfants affiliés, moyennant une prime modique, au paiement de laquelle contribuaient le

²⁷⁰ «Mutualité scolaire», *Gazette de Lausanne*, 7 février 1907, p. 3.

²⁷¹ GILBERT Marion, «Cérenville, Max de», *Dictionnaire historique de la Suisse*, 12 juillet 2005. En ligne: <<https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/004286/2005-07-12/>>, consulté le 24 août 2023.

²⁷² HELLER Geneviève, «*Tiens-toi droit!*». *L'enfant à l'école primaire au 19^e siècle. Espace, morale, santé. L'exemple vaudois*, Lausanne, Éditions d'En bas, 1988, p. 190. Voir également «Gustave Correvon 1841-1911», *Bulletin de la FSSM* 53, juillet 1911, pp. 122-123.

²⁷³ «La Mutualité scolaire à Fribourg», *La Liberté*, 28 septembre 1904, p. 3; J. R. «Les origines de notre mutualité scolaire», *La Liberté*, 9 novembre 1957, p. 5.

²⁷⁴ PYTHON Francis, «Les professeurs français de l'Université de Fribourg. Relais des idées sillonnistes en Suisse», in: MAYEUR Jean-Marie (éd.), *Le Sillon de Marc Sangnier et la démocratie sociale. Actes du colloque des 18 et 19 mars 2004*, Besançon, Universitaires de Franche-Comté, 2006, p. 191.

canton (pour un tiers) et la Confédération (pour un tiers également)²⁷⁵. Au titre de la LAMA, la caisse bénéficiait des subventions de la Confédération dont elle avait obtenu la reconnaissance. Les communes vaudoises disposaient initialement du droit de rendre obligatoire l'affiliation à la caisse. La ville de Lausanne exerça ce droit en avril 1918. Finalement, la caisse ayant pris un essor jugé suffisant, le Conseil d'État vaudois décida, en septembre 1920, de rendre obligatoire l'adhésion à la caisse de tous les enfants du canton²⁷⁶. Dans le sillage du canton de Vaud, Genève fonda en octobre 1919 une caisse cantonale d'assurance scolaire en cas de maladie et rendit l'assurance obligatoire pour tous les enfants fréquentant les écoles primaires et secondaires du canton. Genève, toutefois, n'accorda pas à la caisse cantonale le privilège du monopole; les parents des écoliers genevois demeuraient libres de faire adhérer leurs enfants à d'autres caisses offrant des prestations jugées équivalentes²⁷⁷. À Fribourg, la loi du 20 décembre 1919 (qui entra en vigueur en janvier 1922) institua une caisse publique, la Mutualité scolaire, à laquelle étaient tenus d'adhérer tous les élèves des écoles primaires du canton, jusqu'à quatorze ans révolus²⁷⁸. L'assurance infantile était plus développée dans le canton de Vaud qu'ailleurs en Suisse: les enfants (jusqu'à quatorze ans) représentaient presque 80 % de la population totale vaudoise assurée. Suivaient Genève et Fribourg où ce ratio s'élevait respectivement à 43 et 40 %.

Autrement dit, un processus d'assurantialisation de l'enfance était à l'œuvre. Dans le journal de la fondation *Pro Juventute* (fondation créée en 1912 par la Société suisse d'utilité publique et qui avait pour objectif initial de combattre la tuberculose infantile), le sous-directeur de l'OFAS, Arthur Lamazure, déclarait en 1921 espérer «*que, dans un avenir plus ou moins rapproché, il sera possible de mettre dans le berceau de chaque petit citoyen suisse un certificat d'affiliation à une caisse d'assurance en cas de maladie*»²⁷⁹.

²⁷⁵ «L'activité du Grand Conseil vaudois pendant la dernière législative», *Gazette de Lausanne*, 1^{er} mars 1917, p. 1.

²⁷⁶ «Arrêté du 29 septembre 1920 rendant obligatoire l'assurance infantile en cas de maladie pour tous les enfants fréquentant les écoles primaires du canton ou les écoles privées qui leur sont assimilées.», *Recueil des lois et décrets du Canton de Vaud* 117, 1920, pp. 472-474.

²⁷⁷ LAMAZURE Arthur, «L'assurance scolaire obligatoire et les mutuelles genevoises», *Bulletin de la FSSM* 83, septembre 1920, pp. 88-91.

²⁷⁸ «Assemblée des délégués», *Bulletin de la FSSM* 88, décembre 1921, pp. 248-250.

²⁷⁹ LAMAZURE Arthur, «L'assurance infantile en cas de maladie», *Bulletin de la FSSM* 86, juin 1921, p. 200.

Les administrateurs centraux de la SVSM, conscients de la tendance, entendaient en tirer parti. Ils l'encouragèrent en poussant les comités des sections locales à travailler en faveur de l'affiliation des enfants à la mutualité scolaire vaudoise²⁸⁰. Mais afin de véritablement tirer profit du développement de l'assurance infantile, la SVSM devait être en mesure de cueillir les jeunes mutualistes en fin de parcours scolaire, au moment où ils sortaient du champ de l'assurance obligatoire. La société devait ajuster et étendre son offre de façon à la rendre plus attractive pour les enfants, les adolescents et leurs familles²⁸¹. Autrement dit, un pont devait être construit entre la mutualité infantile et la mutualité d'adulte. La SVSM pouvait offrir une forme de continuité et de stabilité aux jeunes mutualistes sortant de l'école en leur proposant de souscrire une assurance des soins médicaux. Le Dr Delay énonça clairement la chose dès juin 1917, quelques mois avant que la caisse cantonale d'assurance infantile ne commence ses opérations. Selon lui, «*les bases de l'assurance infantile sont différentes des nôtres, et il nous faudra évoluer dans ce sens, soins médicaux au lieu de chômage, afin d'obtenir une liaison. Il faudrait aussi offrir aux affiliés de l'assurance infantile des avantages spéciaux pour les attirer à nous*»²⁸². Une commission chargée d'étudier l'introduction de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques pour les enfants sortant de l'école fut nommée en septembre 1917²⁸³ et, en mai 1918, elle prononça son verdict. La commission reconnaissait certes la tension entre la mutualité traditionnelle et la mutualité infantile. Selon elle, «*les principes de l'assurance infantile sont de prévenir les maladies, tandis que ceux de la mutualité en général sont de payer le chômage causé par la maladie. Ces principes sont opposés*»²⁸⁴. Elle formait toutefois le souhait que la SVSM concilie ces deux activités. Et le Dr Delay (qui portait devant le comité central les conclusions de la commission) de poursuivre: «*Nous pouvons trouver le moyen de les rapprocher. Nous devons nous faire une situation malléable. Pas d'articles dans les statuts exclusifs. Il faut pouvoir nous prêter à toutes espèces d'adaptations. Il faut que notre organisation évolue car on va de préférence aux sociétés qui font la gratuité des soins*

²⁸⁰ «Compte rendu du comité central sur sa gestion en 1919», *Bulletin de la SVSM* 4, mai 1920, p. 6; «La mutualité scolaire devant le xvii^e congrès de la Société pédagogique de la Suisse romande», *Bulletin de la FSSM* 38, septembre 1907, pp. 34-39.

²⁸¹ «Compte rendu du comité central sur sa gestion en 1919», *Bulletin de la SVSM* 4, mai 1920, p. 6.

²⁸² SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 24 juin 1917, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 13.

²⁸³ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 23 septembre 1917, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 23.

²⁸⁴ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 9 mai 1918, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 37.

médicaux. On ne peut aujourd'hui bouleverser notre système, mais on peut déjà créer une classe d'assurés pour les soins médicaux avec les enfants sortants de la caisse d'assurance infantile. »²⁸⁵

Au surplus, la convention que la SVSM passa avec la Société vaudoise de médecine en 1919 fut modelée sur celle qu'avait établie quelques années auparavant la Caisse cantonale d'assurance infantile – preuve supplémentaire de la priorité de l'assurance-maladie infantile²⁸⁶.

²⁸⁵ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 9 mai 1918, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 38.

²⁸⁶ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 20 juin 1920, ACV, PP 940/2, Registre 7 (1), f. 91.

Chapitre 6

Mutualisme, assurance-maladie et organisations internationales pendant l'entre-deux-guerres

En Europe, les années qui suivirent la fin de la Première Guerre mondiale furent marquées par une intense activité législative dans le domaine des assurances sociales, consistant tantôt à consolider les acquis issus de la période précédant le conflit, tantôt à poser des nouveaux jalons de protection sociale. En Angleterre, la coalition de Lloyd George fut à l'origine de l'*Unemployment Insurance Act*, voté en 1920, qui avait pour ambition d'étendre à une population plus large de travailleurs la protection assurantielle contre le chômage déjà instaurée par le *National Insurance Act* de 1911. Aux Pays-Bas, la *Vrijwillige Ouderdomsverzekering* (VOV, la loi sur l'assurance-vieillesse volontaire) de 1919 et la *Ziektewet* (loi sur les indemnités de maladie), qui fut votée en 1913 mais n'entra en vigueur qu'en 1930, étendirent également la protection sociale à des individus qui avaient vécu jusqu'alors hors de son champ. En Belgique, pays d'assurance volontaire, la question de la création d'une caisse nationale d'assurance, étatique et en monopole, encouragée par les socialistes mais combattue par les forces politiques chrétiennes, fut débattue au sortir de la guerre. Si une telle institution ne vit finalement pas le jour, plusieurs lois modifiant le système d'assurance sociale furent votées au cours de la décennie 1920. En France, les discussions sur ce sujet aboutirent à la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales,

en gestation depuis 1920, qui transforma en profondeur le système en place²⁸⁷.

Dans ce contexte d'effervescence législative, les efforts de coordination internationale visant à promouvoir le développement des assurances sociales et à harmoniser les législations en la matière reprirent de plus belle. Sur ce front, l'institution qui joua le rôle le plus fondamental fut sans doute l'Organisation internationale du travail (OIT). Créée en 1919 par le Traité de Versailles en tant que branche de la Société des Nations, l'OIT fut chargée d'organiser une action internationale commune en vue de favoriser la stabilité de l'emploi et d'améliorer les conditions de travail. La problématique de la protection des travailleurs contre les maladies et les accidents professionnels, qui fut inscrite dans le préambule de la constitution de l'OIT, représenta durant l'entre-deux-guerres un sujet permanent de préoccupation pour les commissions et les experts de l'organisation.

Les caisses d'assurance-maladie, qui jouèrent encore pendant l'entre-deux-guerres un rôle de premier plan dans la plupart des pays d'Europe, furent directement impliquées dans les activités de l'OIT. Plus précisément, le contact entre cette organisation internationale et les caisses donna lieu à une alliance de circonstance qui forma la base d'une collaboration s'incarnant dès 1927 dans la Conférence internationale des unions nationales de sociétés mutuelles et de caisses-maladie. Les experts de l'OIT comptaient sur les responsables de caisses pour promouvoir auprès de leurs gouvernements respectifs les projets d'uniformisation et d'extension des assurances sociales qu'ils (les experts de l'OIT) appelaient de leurs vœux. En retour, les caisses s'appuyaient sur les experts de l'OIT pour structurer leurs efforts et se renforcer dans les conflits qui les opposaient régulièrement au corps médical. Les intérêts de ces deux mondes – celui des organisations internationales d'une part et le monde mutualiste d'autre part – ne se chevauchant qu'imparfaitement, les contacts ne se firent pas sans heurts

²⁸⁷ FRASER Derek, *The Evolution of the British Welfare State*, Londres, Macmillan, 1973; DREYFUS Michel, RUFFAT Michele, VIET Vincent, VOLDMAN Daniele, VALAT Bruno, *Se protéger, être protégé. Une histoire des assurances sociales en France*, Paris, Presses universitaires de France, 2006; LEEUWEN Marco H. D. van, *Mutual Insurance 1550-2015. From Guild Welfare and Friendly Societies to Contemporary Micro-Insurers*, Londres, Macmillan, 2016. Pour une revue des principaux changements au cours de cette période, couvrant l'Allemagne, la France, la Grande-Bretagne, l'Autriche et la Suisse, voir NEF Urs Christoph, « Die Entwicklung zwischen den beiden Weltkriegen », in: KÖHLER Peter, ZACHER Hans (éd.), *Beiträge zu Geschichte und aktueller Situation der Sozialversicherung. Colloquium des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Sozialrecht über « Ein Jahrhundert Sozialversicherung - Bismarcks Sozialgesetzgebung im internationalen Vergleich »*, Berlin 16. bis 20. November 1981, Berlin, Duncker und Humblot, 1983, pp. 125-140.

et conflits culturels. Cette collaboration aboutit cependant à un important travail de promotion du mutualisme à l'échelle européenne et des assurances sociales en général. S'il est délicat de mesurer l'influence directe de l'OIT dans l'activité concrète des caisses, les experts, en contribuant à définir ce qui relevait de la « bonne pratique mutualiste », concoururent à normaliser l'assurance médicale et à en accroître la respectabilité.

La première section de ce chapitre évoque la place de l'assurance-maladie dans l'agenda général du BIT (le secrétariat permanent de l'OIT). La seconde section aborde la Conférence internationale des unions nationales de sociétés mutuelles et de caisses-maladie et son attitude vis-à-vis de l'assurance médicale.

1. Le Bureau international du travail et l'assurance-maladie

La question de l'assurance-maladie fut placée à l'ordre du jour de la X^e Conférence internationale du travail, déjà évoquée, qui se tint à Genève en mai et juin 1927. Les conventions internationales qui résultèrent de cette conférence fixèrent les standards que les pays membres – ou du moins ceux qui acceptèrent de ratifier ces documents – devaient faire respecter dans leurs législations respectives en fait d'assurance-maladie²⁸⁸. Plus précisément, les conventions imposaient aux ratifiants de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour tous les travailleurs, ceux de l'industrie comme ceux de l'agriculture. Elles spécifiaient également que les prestations devaient couvrir à la fois les pertes de gain et les soins médicaux et pharmaceutiques. Les conventions, sans toutefois rendre ces dispositifs obligatoires, encouragèrent les membres à étendre l'assurance médicale non plus seulement aux travailleurs, mais aussi à leur famille entière, au motif que la prospérité du travailleur ne dépendait pas uniquement de sa propre santé, mais également de celle de l'entourage immédiat dont il avait la charge financière. *«L'ouvrier engage la prospérité ou la misère des siens dans le contrat de travail. Lorsque la famille souffre, le travailleur en subit un amoindrissement, et sur son activité pèsent les soucis qui l'assaillent lorsque sa femme ou ses enfants sont malades ou privés de*

²⁸⁸ Deux conventions résultèrent de la X^e Conférence internationale du travail : une pour les travailleurs industriels, l'autre pour les travailleurs agricoles. Ce sont les deux conventions auxquelles nous faisons référence ici.

soins»²⁸⁹ déclara au cours de la Conférence le député radical-socialiste français Justin Godart. Grâce à une large propagation de l'assistance médicale, l'assurance-maladie devait devenir «*la gardienne de la santé de la famille ouvrière*» et «*le principal instrument d'une politique d'hygiène sociale*»²⁹⁰.

Les conventions établies lors de la X^e Conférence internationale du travail rencontrèrent un certain succès. En 1935, quatorze pays les avaient ratifiées et s'étaient, par cet acte, engagés à introduire dans leurs législations respectives un système d'assurance-maladie obligatoire, au moins équivalent dans ses conditions à celui que les conventions esquissaient²⁹¹. La Suisse, plus précisément le Conseil fédéral, refusa en revanche de les ratifier au motif qu'elles contrevenaient à certains principes fondamentaux qui gouvernaient le système mis en place par la LAMA de 1911. Certes, sur certains points, les recommandations de l'OIT étaient conformes aux règles que la loi suisse avait instituées : les conventions stipulaient par exemple que l'assurance-maladie devait être gérée par des institutions autonomes, à but non lucratif, placées sous la supervision administrative et financière d'agences gouvernementales. Mais le principe central sur lequel étaient fondées les conventions – l'assurance obligatoire pour tous les travailleurs – était incompatible avec le système suisse : la LAMA confiait aux cantons la responsabilité de rendre ou non l'assurance obligatoire. Après tout, la tentative de rendre obligatoire l'assurance au niveau fédéral pour certaines catégories de travailleurs s'était soldée par un échec référendaire (le rejet de la Lex Forrer en mai 1900). En outre, la LAMA ne faisait pas de la fourniture des soins médicaux une condition nécessaire de la reconnaissance fédérale pour les caisses-maladie. Elle ne prescrivait pas non plus la participation des employeurs au paiement des cotisations. Enfin, l'instauration de l'assurance-vieillesse et survivant était perçue, à la fin de la décennie 1920, comme plus urgente qu'une éventuelle réforme du système d'assurance-maladie, qui avait été débattue au début de la décennie, puis abandonnée²⁹².

²⁸⁹ *Conférence internationale du travail à Genève*, vol. I, Dixième session, 18^e séance, Genève, 13 juin 1927, p. 313.

²⁹⁰ BIT, *L'assurance-maladie obligatoire. Analyse comparative des législations nationales et des résultats de leur application*, Genève, 1927, p. 22.

²⁹¹ BIT, Ratifications of C024. Sickness Insurance (Industry). Convention n° 24, 1927. En ligne : <https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:11300:0::NO:11300:P11300_INSTRUMENT_ID:312169>, consulté le 15 novembre 2019.

²⁹² «Rapport du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur les dixième et onzième sessions de la conférence internationale du travail (Du 13 décembre 1928)», *Feuille fédérale* 2 (51), 19 décembre 1928, pp. 1205-1251.

Mais l'influence des experts du BIT sur les pays membres allait au-delà de la rédaction de documents que les gouvernements avaient la liberté de ratifier ou non. Les experts du BIT, *via* une activité intense de construction de réseau, établirent des connexions avec de nombreux groupes issus de la société civile, qu'ils soutinrent de multiples façons, afin d'assurer aux recommandations du BIT un soutien plus local et *in fine* de faciliter le processus de ratification conventionnelle au niveau législatif et national. En retour, les organisations soutenues par le BIT tiraient profit du prestige, des réseaux et des compétences techniques dont disposaient les experts du Bureau. Le sujet de l'assurance-maladie offre un exemple particulièrement frappant des efforts poursuivis par les spécialistes du BIT pour s'assurer le soutien d'acteurs extérieurs et promouvoir les intérêts de l'organisation. Cet exemple offre également une illustration des relations symbiotiques qui pouvaient être établies entre le BIT et les différents groupes qui gravitaient autour de lui²⁹³.

Parmi les experts qui œuvrèrent en Suisse en tant que porte-voix du BIT auprès des milieux mutualistes, figurait Arthur Lamazure. Juriste de formation, avocat, docteur en droit, ce Neuchâtelois était entré à l'OFAS en tant que secrétaire en juin 1914 et y avait été promu directeur adjoint en septembre 1922. C'est en sa qualité d'expert confédéral et d'expert de l'OFAS qu'il fut sollicité par le BIT : il fit en effet partie du premier comité d'experts constitué par le BIT en 1923, au moment de l'établissement, au sein de l'institution, du département des assurances sociales²⁹⁴. Lamazure représenta également l'OFAS lors du Congrès de Zurich, organisé en 1929 par la Conférence internationale des unions nationales de caisses-maladie²⁹⁵. Après quinze ans de services, il démissionna de l'OFAS en novembre 1929 afin de poursuivre une carrière dans le monde de l'assurance privée. En mai 1930, il fut nommé sous-directeur de l'Union-Genève, compagnie d'assurance sur la vie, dont le président du conseil d'administration était William Rappard, fondateur de l'Institut universitaire de hautes études internationales et personnage important

²⁹³ Sur ce point, voir KOTT Sandrine, LENGWILER Martin, «Expertise transnationale et protection sociale», *Revue d'histoire de la protection sociale*, n° 10, 2017, pp. 9-21 ; KOTT Sandrine, «Towards a Social History of International Organisations: The ILO and the Internationalisation of Western Social Expertise (1919-1949)», in : JERÓNIMO Miguel Bandeira, MONTEIRO José Pedro (éd.), *Internationalism, Imperialism and the Formation of the Contemporary World*, Londres, Macmillan, 2017, pp. 33-57.

²⁹⁴ BIT, *L'Organisation internationale du travail et les assurances sociales*, Genève, 1925, p. 15 et 20.

²⁹⁵ TIXIER Adrien, Rapport à Albert Thomas sur le Congrès international de l'assurance-maladie à Zurich le 10-12 septembre 1929, s. l., 15 octobre 1929, p. 1, BIT, SI 1000/11/3.

de la Genève internationale de l'entre-deux-guerres²⁹⁶. Lamazure officia ensuite au sein de l'Helvetia-Vie, compagnie dont il fut nommé directeur adjoint en décembre 1948²⁹⁷. Arthur Lamazure fut considéré comme le « père fondateur » de l'assurance-maladie privée en Suisse (c'est-à-dire de l'assurance-maladie offerte par les compagnies privées, par opposition avec les mutuelles)²⁹⁸.

Bien que Lamazure ne soit pas issu du monde mutualiste et que jamais il n'ait exercé de fonction officielle au sein d'une société de secours mutuels, il participait régulièrement et activement aux assemblées des mutualistes romands et entretenait avec eux des relations cordiales. La Fédération romande lui offrit une tribune dans son *Bulletin*, où il put exposer ses thèses. Si Lamazure reconnaissait que le système de subventions confédérales prévu par la LAMA n'avantageait pas plus les caisses d'assurance médicale que les caisses d'assurance pertes de gain, une telle neutralité ne devait pas, selon lui, être interprétée comme une affirmation de l'équivalence sociale et prophylactique de ces deux modalités d'assurance. En réalité, seule l'assurance des soins pouvait à ses yeux prétendre représenter une forme aboutie d'assurance-maladie et partant, seules les sociétés fournissant ce genre de prestations pouvaient légitimement s'octroyer le titre de « caisse-maladie ». Selon lui, le but de l'assurance-maladie était de « *fournir à l'assuré le moyen de prévenir et de combattre la maladie. Ces moyens sont, d'une part, l'intervention d'une personne exerçant l'art de guérir, le médecin, et, d'autre part, les remèdes dont l'emploi et l'application, selon les expériences faites, sont de nature à amener et à activer la guérison. Le médecin et les médicaments constituent donc les deux facteurs auxquels le malade doit, dans la règle, recourir pour recouvrer la santé, pour guérir.* »²⁹⁹

La valeur économique et sociale de l'assurance des soins était donc perçue comme « *infiniment plus grande que celle de l'assurance pour une*

²⁹⁶ *Feuille officielle suisse du commerce* 48 (110), 13 mai 1930, p. 1021 ; *Feuille officielle suisse du commerce* 53 (221), 21 septembre 1935, p. 2367.

²⁹⁷ L'Helvetia-Vie était issue de l'absorption de l'Union-Genève par l'Helvetia-Accident en 1941. Voir *Feuille officielle suisse du commerce* 66 (306), 30 décembre 1948, p. 3559.

²⁹⁸ Le profil d'Arthur Lamazure est à rapprocher de celui de Peter Binswanger pour l'assurance-vieillesse. Binswanger, qui contribua à élaborer la législation sur l'AVS et à façonner la doctrine des trois piliers, travailla dans un premier temps à l'OFAS pour joindre ensuite les rangs d'une compagnie d'assurance privée, la Winterthur-Vie. Voir LEIMGRUBER Matthieu, *Solidarity without the State ?...*, pp. 223-234.

²⁹⁹ LAMAZURE Arthur, « Soins médicaux et pharmaceutiques et assurance de la famille entière », *Bulletin de la FSSM* 76-77, 9 décembre 1918, p. 343.

indemnité de chômage.»³⁰⁰ L'assurance-maladie représentait, dans cette perspective, un moyen, en vue d'une fin : la diffusion de l'accès aux soins, aux services médicaux, aux médicaments, éléments déterminants de la santé des masses. Les craintes relatives aux coûts de cette assurance ne constituaient donc pas des motifs suffisants pour renoncer à l'introduire, car «*devant les besoins impérieux de leurs assurés, toute considération de convenance personnelle, d'économie [...] doit tomber.*» Du reste, Lamazure reprochait à certaines caisses leur refus, fondé sur des raisons morales, de rembourser les traitements pour les maladies vénériennes. Plus généralement, il souhaitait voir disparaître la clause d'«exception pour faute», contenue dans les statuts de certaines caisses, par laquelle elles refusaient de rembourser les soins dès lors que ceux-ci étaient rendus nécessaires par une conduite jugée fautive³⁰¹.

2. Naissance et développement de la Conférence internationale des unions nationales de sociétés de secours mutuels

L'énergique activité législative que déployèrent au cours de cette période les gouvernements européens en matière d'assurances sociales fit prendre conscience aux caisses-maladie du besoin de s'unir pour défendre leurs intérêts. Elles formèrent à cette fin, en octobre 1927, à Bruxelles, la Conférence internationale des unions nationales de sociétés mutuelles et de caisses-maladie (CIMAS)³⁰². Le groupe était, à l'origine, composé de dix-sept organisations faîtières de caisses, provenant de neuf pays différents et représentant ensemble 20 millions de membres assurés³⁰³. Son objectif affiché était de «*coordonner internationalement et d'intensifier les efforts pour la défense, le développement et le perfectionnement de l'assurance*

³⁰⁰ LAMAZURE Arthur, «Soins médicaux...», p. 343.

³⁰¹ LAMAZURE Arthur, «Les caisses-maladie et les maladies vénériennes», *Bulletin de la FSSM* 107, septembre 1926, pp. 93-101.

³⁰² L'acronyme CIMAS se réfère au nom pris ultérieurement (en 1937) par l'organisation : la Conférence internationale de la mutualité et des assurances sociales. C'est l'acronyme généralement utilisé dans la littérature pour désigner cette institution. Sur la naissance de la CIMAS et ses rapports avec l'OIT, voir GUINAND Cédric, «La création de l'AISS et l'OIT», *Revue internationale de sécurité sociale* 61 (1), 2008, pp. 91-109.

³⁰³ TIXIER Adrien, Rapport sur la conférence internationale des Unions nationales de sociétés de secours mutuels et des caisses d'assurance-maladie à Bruxelles du 4-5 octobre 1927, Genève, 15 octobre 1927, BIT, SI 22/1/1.

sociale et en particulier de l'assurance-maladie»³⁰⁴. À cette fin, la Conférence prévoyait l'organisation de réunions internationales régulières durant lesquelles devaient être échangées des informations de nature légale et administrative, relatives aux différents systèmes d'assurance, à leur évolution et au fonctionnement des mutuelles. Le groupe était ouvert à toutes les institutions autonomes (indépendantes de l'État et gouvernées par leurs membres). La structure de gouvernance était formée: d'une assemblée générale, au sein de laquelle toutes les fédérations nationales étaient représentées en proportion de leur sociétariat; d'un comité international, qui s'assurait de l'exécution des décisions votées par l'assemblée générale; et d'un secrétariat, fixé à Genève³⁰⁵.

Si la Conférence fut officiellement fondée à Bruxelles en octobre 1927, c'est en Suisse, une année plus tôt, qu'était née l'idée d'une telle organisation. Plus précisément, c'est aux mutualistes bâlois que revient le crédit d'avoir les premiers pris l'initiative d'unir les sociétés mutuelles de différents pays européens et de fonder une organisation faîtière internationale des caisses-maladie. Dans une circulaire envoyée en 1926 à plusieurs fédérations mutualistes de différents pays, le comité directeur de la Caisse publique du canton de Bâle-Ville avait convoqué une réunion internationale mutualiste, afin de poser les jalons d'une institution permanente de collaboration. Par cette convocation, les mutualistes bâlois réagissaient à la création de l'Association internationale des médecins – initiative perçue alors sinon directement comme une menace, du moins comme un événement assez significatif pour justifier la fondation d'une institution internationale mutualiste, servant de contrepoint³⁰⁶.

Le congrès fut présenté par ses initiateurs comme une opportunité pour les mutualistes de partager leurs expériences, d'échanger des informations et de tisser des réseaux. La question de l'assurance médicale et de son organisation figurait en tant que préoccupation centrale pour les organisateurs de la réunion. «*La question médicale paraît la plus importante [...] [et] deviendrait le point principal à l'ordre du jour*», affirmait la circulaire. Le congrès envisageait la création de commissions d'étude spéciales, «*qui examineraient les questions de l'indemnité de maladie, de l'assistance*

³⁰⁴ Annexe II: Statut de la Conférence internationale des Unions nationales de sociétés mutuelles et de caisses d'assurance-maladie, Genève, 1927, BIT, SI 22/1/1.

³⁰⁵ Annexe II: Statut de la Conférence internationale des Unions nationales de sociétés mutuelles et de caisses d'assurance-maladie, Genève, 1927, BIT, SI 22/1/1.

³⁰⁶ Congrès international des caisses-maladie. Internationale Zeitschrift für Sozialversicherung (Revue de Korkisch – Prague), s. l., 1926, p. 1, BIT, SI 22/1/1.

pharmaceutique, du personnel sanitaire auxiliaire, des soins dentaires, du traitement polyclinique, de la protection de la mère et des nourrissons». En particulier, la réunion pouvait aider les mutualistes à établir un certain nombre de thèses «*contre les demandes exagérées du corps médical*»³⁰⁷. Les rédacteurs de la circulaire espéraient que la voix des caisses se ferait entendre davantage si de telles thèses étaient portées par l'ensemble des mutualistes européens plutôt que séparément, par chacune des fédérations nationales.

La réunion envisagée par les mutualistes bâlois ne se tint jamais, et le projet de collaboration internationale qui lui était associé échoua. Il fut, en réalité, saboté par la division des assurances sociales du BIT qui ne percevait pas de façon positive la création d'une association mutualiste hors de sa juridiction et de sa sphère d'influence, en particulier parce que devait se tenir au cours de l'année 1927 la X^e Conférence internationale du travail, consacrée à l'assurance-maladie. Comme Osvald Stein (expert de la division des assurances sociales du BIT) l'écrivit dans son rapport au directeur du BIT en décembre 1926, «*le danger pour le Bureau de voir se former, en dehors de son influence, une internationale des caisses, était réel*»³⁰⁸. Afin de court-circuiter la formation d'une telle institution, Stein se rendit en Allemagne et entreprit de convaincre le *Hauptverband Deutscher Krankenkassen* (organisation faîtière des caisses allemandes) de se retirer du projet bâlois. Pour appuyer sa demande, Stein avertit ses interlocuteurs qu'en acceptant l'invitation bâloise ils prenaient le risque de ne pas être représentés lors de la X^e Conférence internationale du travail, puisqu'il était fort possible que l'institution bâloise en gestation décide d'une stratégie qui ne serait pas conforme à celle du BIT. Le *Hauptverband* céda et se retira de l'initiative suisse qui, en conséquence, s'effondra. Finalement, Stein et le *Hauptverband* s'entendirent pour organiser à Genève, quelques jours avant la Conférence internationale de mai 1927, une réunion des mutualistes européens, sous les auspices du BIT, afin de poser les jalons d'une organisation internationale des caisses-maladie patronnée par le Bureau³⁰⁹.

La CIMAS émergea en effet des réunions informelles de mutualistes qui se tinrent à Genève en marge de la X^e Conférence internationale

³⁰⁷ Congrès international des caisses-maladie. Internationale Zeitschrift für Sozialversicherung (Revue de Korkisch – Prague), s. 1., 1926, pp. 2-3, BIT, SI 22/1/1.

³⁰⁸ STEIN Osvald, Rapport du Dr Stein sur sa mission à Berlin, s. 1., 10 décembre 1926, p. 5, BIT, SI 2/1/1.

³⁰⁹ STEIN Osvald, Rapport du Dr Stein sur sa mission à Berlin, s. 1., 10 décembre 1926, p. 6, BIT, SI 22/1/1.

du travail³¹⁰. À partir de cette date, la CIMAS, bien que formellement autonome, demeura sous la surveillance étroite du BIT. Plusieurs experts du Bureau siégèrent au sein du premier secrétariat de l'organisation. Parmi les plus influents de ces experts figurait Adrien Tixier, directeur de la division des assurances sociales, et ardent partisan de l'uniformisation des politiques sociales en Europe³¹¹. Tixier exerça une influence profonde sur le ton et le contenu des discussions qui se tinrent lors des réunions de la CIMAS. Dans son mémo au directeur du BIT concernant la Conférence de Vienne (10-14 septembre 1928), Tixier rapporta que, de concert avec son collègue du BIT Osvald Stein (lui aussi secrétaire de la CIMAS), il avait contribué «à la rédaction de tous les rapports, atténué les expressions d'opinions portant trop ouvertement la marque de certaines tendances nationales ou professionnelles, revu les textes des résolutions préparés par les rapporteurs [...]. Nous avons voulu un succès sans nuage. Nous l'avons obtenu [...]. En fait, toutes les résolutions que nous avons préparées ont été adoptées sans aucune modification, même légère»³¹². En outre, le BIT offrit une aide technique et fournit à la CIMAS des données, de la matière statistique et des informations juridiques à même de nourrir les rapports qui devaient être présentés aux congrès.

De sa naissance en 1927 jusqu'au déclenchement de la Seconde Guerre mondiale, au moment où la conférence suspendit *sine die* toutes ses activités, l'énergie de la CIMAS fut consacrée essentiellement à la promotion de l'assurance-maladie obligatoire et à la défense de l'autonomie des caisses, contre les prétentions des États à s'immiscer dans leur organisation et leur gestion.

Mais les activités de la CIMAS allèrent au-delà de ces deux thèmes clés. Au cours des congrès et dans les publications qui en résultèrent, d'autres sujets de nature plus pratique et d'une pertinence administrative plus directe furent aussi étudiés. Parmi ceux-ci, les questions relatives aux soins médicaux pharmaceutiques et à l'organisation de l'assurance médicale

³¹⁰ TIXIER Adrien, lettre au président de la Fédération nationale de la mutualité française, Genève, 4 juin 1927, BIT, SI 22/1/1.

³¹¹ THOMAS Albert, Discours (rédigé par Adrien Tixier), Congrès international de l'assurance-maladie, Genève, 10-14 septembre 1928, BIT, SI 1000/11/2.

³¹² TIXIER Adrien, Rapport au directeur sur la Conférence internationale des Unions nationales de sociétés mutuelles et de caisses-maladie, 2^e Congrès international, Vienne, 10-12 septembre 1928, p. 4, BIT, SI 1000/11/2.

occupèrent une place importante³¹³. Adrien Tixier évoquait en ces termes l'évolution du mutualisme et de l'assurance-maladie plus généralement :

«Les caisses d'assurance-maladie, à leur début, se donnaient pour mission principale de fournir au malade incapable de continuer l'exercice de sa profession une indemnité pécuniaire et n'attribuaient au traitement curatif ou préventif qu'une place relativement restreinte. Lentement, mais avec une progression incessante, les conceptions ont changé et les efforts ont pris une orientation nouvelle. Le but primordial est maintenant le rétablissement de la santé et de la capacité de gain et en conséquence, les prestations médicales, chirurgicales et pharmaceutiques prennent la première place; la fonction d'indemnisation cède le pas à la fonction de répartition.»³¹⁴

La question de l'assistance médicale et des efforts préventifs fit l'objet d'une attention particulière durant le Congrès de Dresde en octobre 1930. Tous les membres s'accordèrent à cette occasion sur le besoin pour l'assurance-maladie de *«fournir aux assurés le traitement médical et les prestations pharmaceutiques»* et sur l'idée que *«le remplacement des prestations en nature par des prestations en espèces n'est qu'un expédient dont la généralisation compromettrait gravement l'activité de l'assurance comme instrument de protection de la santé des travailleurs»³¹⁵*. Certes, les délégués reconnurent que cette forme d'assurance pouvait donner lieu à des excès, mais le devoir des caisses était de s'organiser de façon à en prévenir l'apparition. Elles devaient à cette fin exercer un contrôle permanent sur leurs membres et sur les médecins, en particulier les indépendants³¹⁶. Les efforts des caisses ne devaient pas s'exercer seulement en direction de la couverture médicale des travailleurs. Conformément aux recommandations

³¹³ En juillet 1935, en jetant un regard rétrospectif sur les sept années d'existence de la Conférence, Osvald Stein résuma de la façon suivante les activités de cette institution : *«1) le principe de l'obligation d'assurance pour tout salarié, 2) le principe de la gestion autonome des institutions d'assurance par des représentants librement élus des assurés et éventuellement des employeurs, 3) le principe de l'action, à la fois curative et préventive du service médical de l'assurance-maladie»* (STEIN Osvald, Les relations internationales dans le domaine des assurances sociales et le récent Congrès de Budapest, s. l., 8 juillet 1935, p. 2, BIT, SI 1000/11/12).

³¹⁴ TIXIER Adrien, «L'Assurance-maladie devant la Conférence internationale du travail dans sa dixième Session (juin 1927)», *BPMS* 12, 22 mars 1929, p. 131.

³¹⁵ Les méthodes de contrôle du service médical de l'assurance-maladie. Congrès international de la Conférence internationale des unions nationales des sociétés mutuelles et de caisses d'assurance-maladie, Dresde, 19-22 octobre 1930, BIT, SI 1000/11/3.

³¹⁶ Les méthodes de contrôle du service médical de l'assurance-maladie. Congrès international de la Conférence internationale des unions nationales des sociétés mutuelles et de caisses d'assurance-maladie, Dresde, 19-22 octobre 1930, BIT, SI 1000/11/3.

du BIT, dont on percevait ici l'influence, la CIMAS défendait l'extension de la couverture médicale à la famille entière. «*Il importe de développer la protection générale de la santé de la famille, et la mutualité et les assurances sociales sont les principaux agents de cette protection*»³¹⁷, affirma en octobre 1937, durant le Congrès de Paris, le mutualiste socialiste belge Arthur Jauniaux, lui-même étroitement impliqué dans les réformes sociales de son pays. La Conférence exhortait ses membres à promouvoir dans leurs pays respectifs les dispositions de la loi française de 1928 sur les «*Assurances sociales*», qui prévoyait, dans les prestations d'assurance, des aides médicales aux familles ouvrières.

Lors de la Conférence de Zurich, qui se tint en septembre 1929, la CIMAS prit position en faveur d'une implication plus profonde des caisses dans le domaine de la prévention, de l'hygiène et de l'assistance médicale, *via* des efforts d'investissement dans des équipements médicaux modernes. La CIMAS reconnut que l'innovation médicale avait fait des progrès rapides et que de nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement étaient désormais disponibles telles la radiothérapie et l'électrothérapie³¹⁸. Les organisations mutualistes avaient le devoir de mettre ces technologies à la disposition de leurs membres afin de leur donner toutes les chances de rester en bonne santé et de se soigner dans l'éventualité d'une maladie. La dépendance excessive vis-à-vis d'acteurs extérieurs – tels que les hôpitaux – pour accéder à ces technologies pouvait placer les sociétés dans des situations indésirables d'asservissement. La CIMAS appelait donc ses membres à réaliser des efforts supplémentaires pour l'internalisation de la production de soins médicaux, *via* la construction d'hôpitaux mutualistes et de sanatoria. Une telle internalisation pourrait permettre aux sociétés de contourner les exigences perçues comme excessives du corps médical et des producteurs de soins en général et d'éviter les rapports, souvent conflictuels, avec ces groupes et ces institutions. Le développement de services médicaux mutualistes permettrait d'aboutir à l'application à large échelle «*des méthodes curatives propres à renforcer l'efficacité du traitement médical et de nature à rendre le malade à la vie active après le temps de repos strictement nécessaire à son rétablissement complet*»³¹⁹.

³¹⁷ CIMAS, XXIII^e Session du Comité international. Compte rendu et relevé des décisions, Paris (Maison de la Mutualité), 1-2 octobre 1937, p. 17, BIT, SI 1000/11/14.

³¹⁸ S. n., Note au directeur. Conférence internationale des caisses d'assurance-maladie, 1929, p. 4, BIT, SI 1000/11/3.

³¹⁹ S. n., Note au directeur. Conférence internationale des caisses d'assurance-maladie, 1929, p. 4, BIT, SI 1000/11/3.

Si, au cours de ces congrès, les caisses parvinrent à s'entendre sur un certain nombre d'éléments d'un programme commun, ces rencontres furent parfois le théâtre d'oppositions culturelles. Adrien Tixier et le BIT entendaient faire prévaloir leur programme d'uniformisation des politiques sociales. Ils percevaient cette uniformisation comme un moyen d'éviter que les progrès de la législation sociale soient ralentis par la concurrence des États peu avancés en la matière³²⁰. La défense des particularismes locaux, l'attachement aux traditions d'entraide ouvrière et à la prévoyance volontaire, constituaient autant d'obstacles à la réalisation des aspirations unificatrices du BIT. À cet égard, le jugement porté alors par le BIT sur le mutualisme romand mérite d'être évoqué. Les mutualistes romands incarnaient aux yeux de Tixier une conception passéiste du mutualisme qui ne correspondait pas à son idéal technocratique. Le mutualisme représentait pour Tixier non une fin en soi, mais un moyen de faire avancer son programme de socialisation d'une partie des salaires des travailleurs par le biais de cotisations³²¹. Il décrivait en ces termes l'hétérogénéité qu'il semblait percevoir au sein de la CIMAS :

« Pour acquérir dès le début une force suffisante, l'Internationale des caisses-maladie a groupé des institutions d'assurance obligatoire et des sociétés de secours mutuels qui, en fait, pratiquent surtout l'assurance libre. Cette double participation momentanément indispensable n'a pas que des avantages. Elle a même un sérieux inconvénient : celui de faire participer à une action d'avant-garde un certain nombre de mutualistes qui sont restés rivés aux formules d'antan. Ils donnent le sentiment très net d'avoir complètement perdu pied. Exemple : les délégués de la mutualité suisse-romande ne sont pas intervenus une seule fois dans les discussions. Motif : incapacité de collaborer effectivement à l'organisation de l'assurance-maladie sur la base rationnelle de l'obligation ; formule à laquelle ils restent au fond d'eux-mêmes hostiles. »³²²

³²⁰ THOMAS Albert, Discours (rédigé par Adrien Tixier) au Congrès international de l'assurance-maladie, Vienne, 10-14 septembre 1928, p. 7, BIT, SI 1000/11/2.

³²¹ Tixier opposait son approche des assurances sociales, fondée sur le « *prélèvement d'un pourcentage appréciable de la rémunération du travail [...] ; gestion collective par les intéressés, et en particulier par les travailleurs, des ressources ainsi constituées [...]* », à la conception « *individualiste qui prédomine aux États-Unis : remise au travailleur de la totalité de son salaire, qui comprend la prime de couverture des risques ; liberté entière pour le travailleur de prélever lui-même sur ce salaire cette prime et de contracter une police d'assurance auprès des compagnies commerciales.* » C'est le premier modèle que Tixier entendait faire prévaloir. Voir TIXIER Adrien, Note à Albert Thomas, 1^{er} septembre 1928, BIT, SI 1000/11/2.

³²² TIXIER Adrien, Rapport à Albert Thomas sur le Congrès international de l'assurance-maladie à Zurich les 10 et 12 septembre 1929, 15 octobre 1929, p. 10, BIT, SI 1000/11/3. Soulignement dans l'original.

Le programme que portaient la CIMAS et le BIT – développement des assurances sociales, assurance-maladie obligatoire, expertise internationale, médicalisation de l'activité des caisses – entraînait en contradiction avec la vision d'un acteur directement intéressé à ces problématiques: le corps médical, qui possédait depuis 1925 un organe de représentation internationale à travers l'Association professionnelle internationale des médecins (APIM). La conception que se faisait l'APIM de l'activité et des traditions médicales n'était en effet guère compatible avec celle que défendaient les experts du BIT. Les principes défendus par la CIMAS dans sa résolution sur «*la situation des médecins traitants dans l'assurance-maladie*» (élaborée au cours de sa VI^e conférence, qui se tint à Paris en septembre 1933), entraînaient en effet directement en contradiction avec la «*pratique traditionnelle et libéraliste de la médecine*». La CIMAS promouvait notamment: le tiers payant (paiement du médecin par la caisse) plutôt que tiers garant; le choix par les caisses des médecins traitants (limitation du libre choix du médecin par les assurés); la limitation du secret médical pour les besoins administratifs des caisses; le paiement des médecins par forfait plutôt qu'à la prestation; et l'intervention des caisses dans la détermination des listes de spécialités pharmaceutiques prescriptibles³²³. Les médecins s'opposaient à toutes ces thèses sans exception.

En réalité, les activités et les prises de position de la CIMAS ne faisaient que contribuer à porter sur la scène internationale les conflits opposant les médecins aux caisses, qui avaient émergé au niveau national dans la plupart des pays où se développaient des institutions d'assurance-maladie. La CIMAS jouait d'ailleurs le rôle de soutien auprès des fédérations nationales qui lui étaient affiliées, en leur apportant une expertise technique et en les renforçant d'un poids politique international, afin de les aider à faire face aux réclamations des associations médicales nationales qui pouvaient leur être défavorables³²⁴.

³²³ CIMAS, Projet de résolution de la première commission. Situation des médecins traitants dans l'assurance-maladie. VI^e Assemblée générale, Paris, 27-30 septembre 1933, BIT, SI 1000/11/8.

³²⁴ TIXIER Adrien, Rapport au directeur sur le Congrès international de l'assurance-maladie à Vienne le 10-14 septembre 1928, 20 septembre 1928, p. 15, BIT, SI 1000/11/2; TIXIER Adrien, Rapport au directeur sur la Conférence internationale des caisses d'assurance-maladie. 6^e Assemblée générale, Paris, 27-30 septembre 1933, pp. 5-6, BIT, SI 1000/11/8.

Chapitre 7

Les conséquences de la médicalisation

«En dix-sept ans, les primes ont doublé. Elles ont augmenté de 116%! C'est la faillite d'un système où un seul acteur, les caisses-maladie, s'est enrichi, où un seul acteur a su tirer du profit. [...] On a spolié le peuple, pris l'argent des citoyens pour engraisser les assureurs, qui, de fait, n'ont aucun intérêt à voir les règles changer.»³²⁵

C'est ainsi que s'exprimait en 2014 l'ophtalmologue genevois Michel Matter, dans le contexte des débats relatifs à l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» (finalement rejetée le 28 septembre 2014). Ces affirmations sont symptomatiques de la méfiance réciproque, voire de l'hostilité qui caractérise de longue date les rapports qu'entretiennent les médecins et les caisses-maladie. Les désormais traditionnelles annonces annuelles d'augmentation de primes et les discussions médiatiques et politiques qui les accompagnent constituent autant d'opportunités pour ces deux groupes d'exprimer leurs désaccords. Selon les caisses, l'inflation des coûts de la santé serait en partie attribuable à la surprescription et à la surfacturation dont se rendraient coupables certains médecins, abusant du statut privilégié que leur garantirait «l'obligation de contracter» prévue par la LAMal.

³²⁵ MATTER Michel, «Le 28 septembre, ce sera OUI», La lettre de l'AMG, Association des médecins du canton de Genève 5, juin 2014, p. 1. En ligne : <<https://amge.ch/app/wp-content/uploads/2020/02/2014-05Lamg.pdf?redirect=no>>, consulté le 12 avril 2023.

Les médecins affirment quant à eux être victime d'un «*harcèlement administratif*» exercé par des caisses excessivement zélées en matière de contrôle des prestations³²⁶. Ils reprochent en outre aux caisses ce qu'ils estiment être leur hypertrophie administrative, leur tendance à accumuler des réserves dont les montants dépasseraient les exigences de sécurité actuarielle et des pratiques de fixation des primes jugées opaques³²⁷.

Ce chapitre aborde l'histoire troublée des rapports qu'entretenaient les médecins vis-à-vis de l'assurance sociale en général et des caisses-maladie en particulier. Il met en évidence que les conflits opposant le corps médical aux mutuelles sont aussi anciens que l'assurance des soins elle-même. La diffusion progressive de cette modalité d'assurance durant les premières décennies du xx^e siècle transformait profondément le rapport que le médecin entretenait avec ses patients et le contraignait à les traiter aux tarifs conventionnels, indépendamment de leur situation économique. Cette contrainte nouvelle restreignait la liberté médicale et affectait négativement les revenus des médecins (section 1). Ceux-ci, à travers les associations faitières représentant leurs intérêts, tentèrent de limiter l'expansion de l'assurance-maladie sociale (subventionnée), se confrontant ainsi directement aux intérêts des caisses-maladie qui aspiraient quant à elles à la promouvoir. La vague d'inflation des cotisations des années 1920 et 1930 forma la toile de fond de conflits préfigurant dans une large mesure les oppositions contemporaines (section 2). Les médecins et les mutualistes s'accordèrent cependant sur ce qu'ils percevaient être la nécessité d'introduire des formes de participation des assurés aux frais médicaux – qui de fait se diffusèrent à partir du début des années 1930 (section 3).

1. « L'odieux système du tiers payant » : le corps médical et la diffusion de l'assurance des soins

Le corps médical figurait au premier rang des groupes affectés par la diffusion de l'assurance des soins. Celle-ci transformait le rapport au patient et la façon dont les médecins étaient rémunérés. Avant l'émergence de l'assurance

³²⁶ CORNU Yves-Alain, «Huit médecins sur dix dénoncent un “harcèlement administratif”», 4 avril 2017, <<https://www.rts.ch/info/regions/vaud/8517604-huit-medecins-sur-dix-denoncent-un-harcelement-administratif-.html>>, consulté le 12 avril 2023.

³²⁷ BUCHS Bertrand, «Franchement, à quoi servent les réserves des caisses-maladie?», *Le Temps*, 25 septembre 2020.

sociale et, plus spécifiquement, de l'assurance médicale, la relation de soin était essentiellement bipartite: le médecin était rémunéré directement par son patient, en échange des soins prodigués (voir chapitre 4). Avec l'introduction de l'assurance médicale, un nouvel acteur faisait donc son apparition: le « tiers payant », c'est-à-dire la mutuelle. Selon ce nouveau système, les honoraires n'étaient plus payés directement par le patient mais par la caisse-maladie. Les médecins devaient donc traiter avec ce nouveau personnage, ce qui troublait leurs habitudes et bouleversait leurs pratiques séculaires. La relation devenait, en somme, tripartite. Le patient privé se transformait en assuré et devait être traité comme tel, avec la perte de liberté que cela impliquait pour le médecin.

L'expansion de l'assurance des soins au début des années 1920 suscita l'opposition des associations de médecins. Ces associations, au premier rang desquelles la Fédération des médecins suisses, affirmèrent redouter la mort de la médecine libérale. L'assurance limitait la liberté de prescrire et de déterminer les honoraires. Elle s'immisçait illégitimement dans le domaine médical, en s'arrogeant le droit de juger du bien-fondé des prescriptions, en décidant de ce qui devait être couvert et de ce qui ne devait pas l'être. L'indépendance du médecin était en danger. L'assurance privait le médecin de son libre arbitre et le transformait en exécutant ou en fonctionnaire au service des bureaucraties, en « *subalterne salarié* »³²⁸. « *L'envahissement de l'étatisme et de la bureaucratie tendent [sic] à faire du médecin un fonctionnaire, et souvent un fonctionnaire mal rétribué* »³²⁹, se lamentait le Dr Louis Exchaquet devant la Société vaudoise de médecine en juin 1919.

« *L'odieux système du tiers payant* »³³⁰ menaçait, en somme, de mécaniser la pratique médicale, d'en faire une industrie soumise aux impératifs du rendement. L'intérêt des caisses était de limiter les dépenses médicales. Concrètement: que les arrêts de travail soient les plus courts possibles, et les traitements médicaux, les moins coûteux possibles. Les médecins craignaient que les caisses exercent sur eux des pressions dans ce sens et qu'elles contestent les diagnostics et les prescriptions. Autrement dit, les considérations financières consubstantielles à l'assurance-maladie menaçaient de pervertir l'art médical et les valeurs hippocratiques³³¹.

³²⁸ RYCHNER P., « Secret professionnel et déclaration médicale », *BPMS* 5, 1922, p. 37.

³²⁹ EXCHAQUET L. « De l'évolution dans l'organisation médicale », *BPMS* 6, 1920, p. 50.

³³⁰ RYCHNER P., « Suppression, entre médecins et clients, de l'intermédiaire des caisses-maladie », *BPMS* 16, 1923, p. 131.

³³¹ CHAPUIS Samuel, « Hier et aujourd'hui », *BPMS* 4, 1921, p. 31; « Assemblée générale de la Société médicale de la Suisse romande », *BPMS* 52, 1921, p. 464; BURCKHARDT-ROCHAT H. A., « Chacun son métier... », *BPMS* 11, 1926, pp. 94-95.

L'assurance mettait également en péril le secret médical, puisque les caisses exigeaient – afin d'éviter les abus – que les informations relatives au diagnostic et au traitement leur soient transmises³³². En 1926, André Guisan (cousin du célèbre général), rédacteur du *Bulletin des médecins suisses*, tempêtait contre « *les déclarations médicales de toute sorte qui violent le secret professionnel, [les] fiches, [les] formulaires* », qui obligeaient de plus en plus les médecins « *à inscrire en regard de chaque prestation le prix de celle-ci, comme l'épicier du coin facturant les denrées qu'il a livrées à son client* »³³³.

Selon les médecins, l'assurance ne corrompait pas uniquement la pratique médicale: elle corrompait également le patient, en développant chez lui le penchant à la simulation et la propension aux abus. La « gratuité des frais médicaux » (selon les termes de l'époque) poussait les patients à consulter excessivement, au point que les médecins, débordés, tels des ouvriers de fabriques, se trouvaient contraints d'expédier les consultations, aux dépens de la rigueur du diagnostic et de la justesse du traitement³³⁴. L'affirmation selon laquelle les actes médicaux étaient plus nombreux pour les assurés que pour les non-assurés était « *une assertion absolument justifiée. [...] Un assuré qui a "droit aux soins gratuits" réclame le médecin plus facilement et plus souvent que s'il devait payer de sa poche. [...] L'assuré consultera le médecin même dans un cas bénin, insignifiant, tout simplement pour "l'ordonnance" qui lui permettra d'avoir gratuitement les médicaments usuels qu'il se serait procurés de lui-même s'il avait dû payer le médecin.* »³³⁵

Les médecins niaient que cet afflux de patients leur soit profitable. D'ailleurs, affirmaient-ils, là n'était pas la question: l'enjeu était celui de la défense d'un idéal, celui de la médecine libérale. Comme l'écrivit un médecin de Grandson, « *c'est une formidable erreur de croire que le pour ou le contre des assurances se résume dans "être ou ne pas être payé". Cela n'est pas une question d'argent qui nous fait adversaire des assurances. C'est une question de moralité. [...] Médecin, garde ton idéal, répète le serment d'Hippocrate, mais ne te laisse pas juguler.* »³³⁶

³³² RYCHNER P., « Secret professionnel... », p. 37.

³³³ GUISAN André, « L'assurance-maladie et les caisses d'assurance-maladie », *BPMS* 50, 1926, pp. 440-441.

³³⁴ SCH. K., « Quelques mots sur l'assurance-maladie », *BPMS* 38, 1935, p. 526.

³³⁵ DECOURT Fernand « Les "abus" dans l'Assurance-Maladie, ne peuvent-ils, en majorité, disparaître ? », *BPMS* 36, 1934, pp. 474-475.

³³⁶ CHAPUIS Samuel, « Hier et aujourd'hui », *BPMS* 4, 1921, p. 31.

Certes, le risque existait que la perspective de gains rapides, acquis aux dépens de la saine pratique hippocratique, corrompe certains médecins parmi les moins consciencieux. Le rôle des associations professionnelles était précisément de contrôler ces comportements néfastes à la profession entière et de veiller à ce que l'assurance-maladie ne conduise pas à une sorte de «tragédie des communs médicale». Comme l'expliqua Louis Exchaquet, «l'ensemble du corps médical a donc été amené à s'organiser pour défendre ses intérêts contre des tendances qui auraient fait œuvre sociale à ses dépens et contre l'imprévoyance de certains confrères qui, désireux d'un gain immédiat, auraient accepté de travailler "au rabais" et conduit notre corporation au prolétariat médical»³³⁷.

En Suisse, comme d'ailleurs dans d'autres pays³³⁸, c'est sur la question des modalités de paiement des prestations médicales que se cristallisèrent les conflits. Cette question suscitait avant toute autre l'angoisse des médecins. Ceux-ci ne s'opposèrent pas à l'assurance-maladie tant qu'elle prenait la forme d'indemnités journalières³³⁹. Cette forme d'assurance n'affectait pas la liberté tarifaire des médecins. Elle pouvait même en partie garantir des flux de paiement réguliers et la solvabilité des patients. En revanche, l'assurance des soins médicaux entraînait une transformation radicale de la façon dont les médecins étaient payés: les patients traités en tant qu'assurés devaient tous l'être au même tarif. Les médecins ne pouvaient pas dans ce cas ajuster leurs honoraires à la situation économique des patients. La LAMA formulait légalement le principe en imposant, par son article 23, l'égalité des cotisations à tous les membres d'une même caisse.

Les médecins étaient attachés au principe de l'ajustement des honoraires à la richesse ou au revenu des patients. Si un discours humanitaire justifiait généralement cette pratique – des honoraires plus élevés pour les riches permettaient de financer le traitement des pauvres gratuitement ou à des tarifs très faibles³⁴⁰ –, elle n'en était pas moins conforme à l'intérêt économique direct du médecin. La théorie économique énonce qu'un offreur aspirant à maximiser son profit et jouissant d'un certain pouvoir

³³⁷ EXCHAQUET L. «De l'évolution...», p. 49; THOMAS E., «La position du médecin vis-à-vis des assurances sociales», *BPMS* 4, 1930, p. 38.

³³⁸ Voir par exemple pour la France: GUILLAUME Pierre, *Mutualistes et médecins. Conflits et convergences, XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Éditions ouvrières, 2000.

³³⁹ Voir par exemple, LAMBERG H., «L'assurance-indemnité journalière et l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques», *BPMS* 49, 1936, p. 530.

³⁴⁰ BIRKHÄUSER Hans, «Le problème médecin/caisse-maladie», *BPMS* 3, 1959, p. 27; «Cinquante-sixième assemblée générale de la Société médicale de la Suisse romande à Lausanne et Ouchy, le 20 octobre 1927», *BPMS* 44, 1927, p. 470.

de marché tend à adapter ses prix à la disposition marginale à payer des différents groupes auxquels il fournit ses services. L'offreur maximisant son profit et disposant d'un certain degré de monopole fait payer « ce que le marché peut supporter ». L'attachement des médecins suisses au principe de la tarification différentielle était conforme à cet énoncé théorique.

C'est donc à la défense du droit d'ajuster les prix des consultations à la situation économique des patients et à la critique du nivellement tarifaire consubstantiel à l'assurance des soins que les médecins consacrèrent essentiellement leur énergie politique. L'assurance était d'autant plus menaçante pour les médecins qu'elle s'étendait aux classes moyennes et aux catégories aisées de la population. L'affiliation à une caisse permettait aux personnes aisées d'être traitées aux tarifs conventionnels, c'est-à-dire à un prix inférieur au prix qu'elles auraient dû payer hors du système assurantiel. Aux yeux des médecins, la jouissance de ce privilège était indue. Cette situation contrevenait à la raison d'être originelle des assurances sociales et de la LAMA en particulier. Cette loi apportait, à travers les subventions aux caisses, une aide financière aux travailleurs peinant à supporter par leurs propres moyens les frais de traitements médicaux. L'assurance permettait donc aux riches désireux de s'affilier à une caisse de profiter des aides de l'État destinées aux pauvres³⁴¹. Plus pragmatiquement, la popularité croissante de l'assurance-maladie – la proportion de la population affiliée à une caisse passa 25 % en 1920 à 50 % en 1941³⁴² – limitait le bassin des patients privés et la capacité des médecins à facturer aux riches des honoraires plus élevés, correspondant, dans le langage de la théorie économique, à leur disposition marginale à payer. L'assurance des soins représentait donc un mécanisme de redistribution de richesses, du médecin vers les patients aisés traités au tarif préférentiel des

³⁴¹ Le *Bulletin professionnel des médecins suisses* contient de très nombreuses discussions relatives à cette problématique : TRÜEB H. « Das Verhältnis der Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern », *BPMS* 47, 1930, pp. 639-641 ; LEUCH, « Pléthore médicale et assurance-maladie », *BPMS* 8, 1933, pp. 74-75 ; « L'assurance-maladie généralisée », *BPMS* 49, 1933, pp. 632-633 ; RYCHNER P., « Pour l'assainissement financier de l'assurance-maladie : "Primum non nocere" », *BPMS* 17, 1934, pp. 209-211 ; « Craintes sans consistance », *BPMS* 20, 1934, pp. 245-247 ; « L'assurance-maladie en Suisse », *BPMS* 21, 1935, p. 252 ; SCH. K., « Quelques mots... », pp. 524-525 ; FÉDÉRATION DES MÉDECINS SUISSES, « Principes concernant l'assurance-maladie et la révision de la LAMA », *BPMS* 34, 1936, pp. 372-373 ; LEUCH, « L'hypertrophie des assurances sociales (La question de la limitation de l'assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques) », *BPMS* 39, 1936, p. 436 ; LAMBERG H., « L'assurance-indemnité journalière... », pp. 530-531 ; MORARD C., « Bons et mauvais côtés des Assurances sociales », *BPMS* 51, 1937, p. 614 ; VETTER H., « Assurances-maladie et corps médical », *BPMS* 13, 1946, pp. 132-133.

³⁴² HSSO, « Caisses-maladie reconnues... », Tab. P.11.

caisses. C'est précisément ce qu'expliquait le Dr Segond en 1922: «*En fin de compte la Caisse-maladie a pour but d'assurer à ses membres des soins médicaux à des conditions égoïstement favorables, cela grâce aux subventions de l'État et aux tarifs médicaux extorqués aux médecins dupés dans leur philanthropie.*»³⁴³

Les médecins avaient donc intérêt à ce que l'assurance-maladie soit étroitement limitée aux catégories les moins favorisées de la population et ne s'étende pas au-delà. Le *Bulletin professionnel des médecins suisses* appelait les caisses-maladie à reconnaître «*la nécessité de mettre une limite à l'effectif des membres*», et à se souvenir «*de leur but primitif – l'aide aux indigents – et [à] réglem[en]t[er] en conséquence le nombre des membres des classes supérieures (soit les éléments auxquels leur situation permet sans autre de supporter leurs frais de maladie)*»³⁴⁴. Et le *Bulletin* d'insister: «*Les caisses comptent en effet aujourd'hui tant de membres des classes supérieures qu'il n'y a plus aucun déshonneur à y adhérer également et à revendiquer pour soi les subsides de la Confédération et les fonds des caisses-maladie, destinés aux nécessiteux. Aussi longtemps que les caisses favoriseront une telle mentalité par l'admission constante de gens aisés, le corps médical combattra ce système et son injustice flagrante. Telle que nombre d'autres institutions, l'assurance-maladie entière est réservée aux indigents et aux classes économiquement faibles: les subventions qui lui sont allouées et les fonds propres dont elle dispose appartiennent uniquement à ces catégories.*»³⁴⁵

Ces considérations expliquent l'opposition systématique du corps médical aux projets et aux réformes visant à instaurer l'assurance-maladie obligatoire. Au niveau fédéral, la pression exercée par les médecins poussa la commission de révision de la LAMA à écarter, au début de l'année 1922, le principe de l'obligation générale, qu'avaient pourtant soutenu en son sein les autres parties prenantes (caisses et représentants

³⁴³ SEGOND Louis, «À propos des caisses-maladie», *BPMS* 46, 1922, p. 404. Voir également «Rapport annuel du comité central sur son activité durant l'année 1926», *BPMS* 22, 1927, p. 220: «*Les caisses-maladie actuelles ayant de plus en plus la tendance d'accepter dans leur sein une plus forte proportion d'assurés de situation sociale aisée, et la loi obligeant les médecins à les soigner au même tarif que les assurés de condition modeste, il est absolument nécessaire de réagir et de trouver un moyen de ne pas léser nos intérêts économiques et autres compromis par cette classe de la population qui désire bénéficier de l'assurance-maladie.*»

³⁴⁴ «L'assurance-maladie en Suisse»..., *BPMS* 21, 1935, p. 252.

³⁴⁵ «L'assurance-maladie en Suisse»..., *BPMS* 21, 1935, p. 252. Souligné dans l'original.

de l'agriculture)³⁴⁶. Cette commission, qui avait été nommée au titre de l'arrêté fédéral du 10 février 1919 sur la révision de la LAMA, abandonna finalement ses travaux au motif que l'énergie réformatrice devait être consacrée à l'élaboration de la loi sur l'assurance-vieillesse et invalidité³⁴⁷. Au niveau romand, pendant l'entre-deux-guerres, les médecins s'opposèrent à l'instauration de l'assurance *infantile* obligatoire généralisée – en vain, puisque Genève et Fribourg l'introduisirent en 1919 et le canton de Vaud en 1920³⁴⁸. Plus généralement, les médecins suisses montrèrent du doigt la situation du corps médical allemand : celui-ci, affirmèrent-ils, avait été « prolétarisé » par l'assurance obligatoire. Ils redoutaient que l'élan réformateur en Suisse leur réserve un sort similaire³⁴⁹. Le corps médical suisse observa quelques années plus tard avec répulsion l'instauration en Angleterre du NHS, qui devait susciter la « *destruction, grâce au schématisme obtus d'un "terrible simplificateur", des rapports de confiance entre médecin et patient* »³⁵⁰. Sur le plan suisse, les médecins s'opposèrent dans l'ensemble à la Loi Bircher de 1949 (sur cette loi, voir le chapitre 3), qui, en plus d'imposer des examens radiographiques à toute la population, avait, à leurs yeux, le tort d'introduire l'assurance-maladie obligatoire pour certaines catégories de la population³⁵¹. Ils s'opposèrent également au projet de révision de la LAMA de 1954 : ils lui reprochaient d'instaurer une assurance *maternité* obligatoire³⁵². La résistance des médecins à l'obligation fédérale peut être considérée comme une constante de l'histoire de l'assurance-maladie suisse au xx^e siècle et ce, jusqu'à LAMal de 1996.

³⁴⁶ COMMISSION FÉDÉRALE D'EXPERTS, *Rapport et avant-projet relatifs à une loi fédérale sur l'assurance-maladie et l'assurance-maternité : du 3 février 1954*, Berne, 1954, pp. 28-29.

³⁴⁷ Sur l'histoire de l'échec de cette première tentative de réviser la LAMA, voir « Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur un projet d'arrêté fédéral allouant une subvention extraordinaire aux caisses-maladie reconnues (Du 21 mars 1927) », *Feuille fédérale* 1(13), 30 mars 1927, pp. 424-438 ; WEBER Charles, « Exposé sur les "Affaires fédérales" durant ces deux dernières années », *Bulletin de la FSSM* 96, décembre 1923, pp. 612-627 ; LAMAZURE Arthur, « La révision de l'assurance-maladie », *Bulletin de la FSSM* 102, juin 1925, pp. 859-867 ; E. B., « Commission fédérale pour l'assurance-maladie », *Bulletin de la FSSM* 107, septembre 1926, pp. 102-116.

³⁴⁸ MAILLART H., PORTE G., « Assurance scolaire. Ce que répondent les médecins », *Journal de Genève*, 15 janvier 1921, p. 4.

³⁴⁹ « La misère des médecins allemands et l'assurance-maladie », *BPMS* 14, 1923, pp. 115-116 ; YERSIN, « L'asservissement de la médecine », *BPMS* 51, 1926, pp. 445-449.

³⁵⁰ IFF W., « Répercussions de l'assurance-maladie anglaise », *BPMS* 48, 1948, pp. 585-587.

³⁵¹ « Discussion sur la loi contre la tuberculose. Le procédé radiophotographique », *BPMS* 8, 1949, pp. 72-73.

³⁵² « L'assurance fédérale obligatoire dans le cadre de l'assurance-maladie et maternité », *Bulletin des médecins suisses* 8, 1955, pp. 67-68.

Le corps médical était toutefois bien conscient du fait que l'assurance-maladie prenait racine, et que le pouvoir et la taille des caisses s'accroissaient continuellement. De fait, après l'entrée en vigueur de la LAMA, plusieurs cantons et de nombreuses communes avaient introduit l'assurance-maladie obligatoire, générale ou pour certaines catégories de la population. Comme mentionné précédemment, la plupart des cantons romands avaient institué l'assurance infantile obligatoire, sous une forme ou une autre. Les médecins percevaient qu'un retour en arrière, à la situation qui avait prévalu avant l'émergence du tiers payant, était difficilement envisageable. Le monde de la médecine libérale pure semblait définitivement révolu. Le docteur Samuel Chapis, d'Yverdon, l'exprimait en ces termes : « *L'empire des assurances est toujours plus grand, plus étouffant et plus dangereux. Les médecins y ont laissé beaucoup de plumes, ils en laisseront encore quelques-unes ; et puis, ils finiront par s'adapter. On s'adapte à toute chose. [...] Ce peu de liberté qui reste ira en diminuant. Il n'y a aucun moyen de s'opposer à ce danger. Le fatalisme résigné du musulman est ce qui convient le mieux à l'heure présente.* »³⁵³

Si un retour au monde de la médecine libérale pure était inenvisageable, le corps médical était toutefois déterminé à limiter les dégâts. Dans les cantons ou les communes où avait été instaurée l'obligation, les médecins œuvrèrent à faire en sorte que les limites de revenus ou de fortune déterminant l'appartenance aux catégories assurées obligatoirement soient aussi basses que possibles³⁵⁴. Dans le même esprit, au niveau fédéral, les médecins soutinrent avec enthousiasme la proposition de l'OFAS, formulée en novembre 1935 à l'occasion des discussions sur le versement de subventions supplémentaires de crise, d'introduire des « classes d'assurés » (*Versicherungsklassen*) au sein des caisses. L'OFAS suggéra de scinder le sociétariat des caisses en trois groupes, correspondant à des niveaux de revenu ou de patrimoine différents : pour les plus pauvres, le projet prévoyait le remboursement total des frais médicaux ; pour les personnes appartenant à la classe intermédiaire, le remboursement partiel des frais médicaux ; et pour les plus riches, uniquement l'assurance des indemnités journalières. Les subventions confédérales devaient bénéficier aux seuls assurés des catégories inférieures et non à tous les assurés comme c'était le cas sous le régime de la loi de 1911. Cette proposition de l'OFAS

³⁵³ CHAPUIS Samuel, « Sur : "le libre choix du médecin" », *BPMS* 4, 1926, p. 34.

³⁵⁴ Voir, par exemple, pour le cas bâlois : « Oeffentliche Krankenkasse, obligatorische Krankenversicherung und kantonales Stillgeld in Basel-Stadt », *BPMS* 13, 1921, pp. 117-118.

s'inspirait du système qui avait été établi en 1935 à Berne, où la convention tarifaire cantonale prévoyait des traitements à des tarifs différenciés selon la situation économique de l'assuré³⁵⁵, une organisation qui reçut largement les faveurs du corps médical suisse en général. Plus tard, des systèmes du même genre, fondés sur la classification des assurés, furent introduits à Zurich et à Soleure (1949) puis dans le canton de Vaud (1951)³⁵⁶.

Les mutualistes s'opposèrent à l'idée d'une classification. Ce sujet figurait parmi leurs principales préoccupations au milieu des années 1930. Ils concevaient la classification comme contraire à la valeur mutualiste d'égalité et à «*l'esprit démocratique*»³⁵⁷. L'instauration d'un système de classes au sein des caisses posait un certain nombre de problèmes pratiques difficilement surmontables. Comment établir les limites de revenus ou de patrimoine séparant les catégories? Ces limites ne pouvaient être qu'arbitraires. Au surplus, l'obtention des informations nécessaires à l'établissement de ces catégories exigeait le recours à des instruments perçus comme inquisitoriaux. Si la classification venait à devenir réalité, «*ce sera le tombeau de la Mutualité telle que la comprend notre peuple qui veut l'égalité absolue entre les membres*»³⁵⁸. Les mutualistes craignaient également qu'un tel système complique les tâches administratives des caisses³⁵⁹. Comme la Fédération romande, le Concordat alémanique s'opposa également à l'idée d'une classification. Sous la pression commune de ces deux groupements, la commission du Conseil national chargée de l'étude du versement de subventions supplémentaires de crise, abandonna l'idée de subordonner l'obtention des subsides à une classification des membres des caisses³⁶⁰. L'abandon de la classification ne fut toutefois pas définitif: ce système, qui avait le mérite aux yeux des réformateurs de propitier la faveur des médecins, fut proposé de nouveau par la commission de révision de 1954 et fut finalement introduit dans la loi de révision partielle de la LAMA en 1964 (sur laquelle nous reviendrons au chapitre 8).

Les médecins, en somme, encourageaient les propositions de réformes qui minimisaient les atteintes à leur liberté de prescrire et de tarifier et qui

³⁵⁵ WALTHER Fritz, «Neue Wege in der Krankenpflegeversicherung», *BPMS* 44, 1941, pp. 453-463.

³⁵⁶ COMMISSION FÉDÉRALE D'EXPERTS, *Rapport et avant-projet... du 3 février 1954*, p. 42.

³⁵⁷ J. U., «Echos du Concordat», *Bulletin de la FSSM* 12, décembre 1936, p. 174.

³⁵⁸ LOEB Ad., «Regardons vers l'avenir», *Bulletin de la FSSM* 2, février 1937, pp. 19-20.

³⁵⁹ «Procès-verbal de la séance du Comité central de la Fédération des S. S. M. de la Suisse romande», *Bulletin de la FSSM* 6, juin 1936, pp. 88-89. Voir également COMMISSION FÉDÉRALE D'EXPERTS, *Rapport et avant-projet... du 3 février 1954*, pp. 42-43 et pp. 116-117.

³⁶⁰ «Extrait du procès-verbal de la séance du Bureau», *Bulletin de la FSSM* 2, février 1937, p. 16.

ne risquaient pas – ou risquaient moins – de conduire à une extension du sociétariat des caisses et donc, à une réduction de leur clientèle privée. Mentionnons à ce propos une idée de réforme qui fut formulée et défendue par quelques médecins suisses au cours des années 1930 et au début des années 1940 : l'instauration d'une « assurance épargne » (*Sparvericherung*). Selon ce système, dont le médecin bâlois F. Koepplin figurait parmi les principaux partisans, une partie des cotisations versées par les membres individuels ne serait plus mutualisée et redistribuée pour financer les prestations de soins des membres malades mais formerait un capital qui demeurerait la propriété individuelle du membre. L'objectif était de « limiter au strict nécessaire les exigences des malades envers les médecins. » et « d'éveiller chez le public un sens de l'épargne » afin de « combattre la crainte excessive de la maladie »³⁶¹. Le mutualiste pouvait donc, selon ce système, avoir recours à son capital accumulé pour financer les prestations médicales de routine et payer directement, en argent comptant, les fournisseurs de soins. Après l'épuisement du livret d'épargne, la caisse générale était mise à contribution. En d'autres termes, les dépenses étaient privatisées jusqu'à un certain seuil, puis mutualisées ensuite. Selon le système de Koepplin, 80 % des primes de soins et 50 % des primes d'indemnités journalières devaient être inscrites au compte d'épargne personnel de l'assuré. Le capital devait être reversé à l'assuré à soixante-cinq ans ou à ses légataires en cas de décès avant cet âge. L'une des vertus essentielles de ce système, aux yeux de son concepteur, était d'exercer « une fonction éducative en ce sens qu'il pousse l'assuré à s'aider par ses propres moyens et affermit son sens de responsabilité envers sa famille » et de « réduire les prétentions excessives du public à l'égard des médecins en développant chez les assurés le sens de l'épargne »³⁶². L'assurance épargne était également conforme à l'intérêt du médecin, puisque son activité « sera plus conforme à son rang et à sa dignité professionnelle en ce sens que le nombre moins élevé des patients permettra au médecin de consacrer plus de temps à l'examen et au traitement approfondi des malades et à son perfectionnement médical ».

Ce système ne suscita guère l'intérêt des réformateurs et ne donna lieu à aucune réalisation législative concrète. Il mérite néanmoins une mention dans la mesure où il préfigure les recommandations issues, à

³⁶¹ KOEPLIN F., « L'assurance épargne contre la maladie et pour la vieillesse », *BPMS* 51, 1945, pp. 525-527.

³⁶² KOEPLIN F., « L'assurance épargne... », pp. 528-529.

partir des années 1990, du mouvement connu outre-Atlantique sous le nom de *consumer-driven health care*, mouvement qui a suscité au cours des dernières décennies quelques sympathies en Suisse. L'idée fondamentale des partisans de cette approche est de structurer le système de financement des soins de façon à préserver les incitations individuelles en faisant supporter aux patients les coûts monétaires de leur choix et de minimiser les distorsions et l'aléa moral résultant du principe du tiers payant. La privatisation des dépenses de santé routinières, *via* l'instauration d'un système de livret d'épargne sur lequel un capital individuel – qui demeure la propriété personnelle de l'assuré – peut être accumulé, permet de préserver de saines incitations, de limiter les dépenses de soins et de freiner l'augmentation régulière des coûts. Le *consumer-driven health care movement* émergea aux États-Unis au début des années 1990, promu par un certain nombre d'intellectuels et de *think tanks* libertariens³⁶³, et connut un certain succès législatif, d'abord au niveau des États, puis au niveau fédéral en 2003, avec le plan Bush qui introduisit le système des comptes d'épargne santé fiscalement avantageés. En Suisse, l'idée d'un compte d'épargne santé ressurgit de temps à autre dans les milieux libéraux. Par exemple, le conseiller national UDC Guy Parmelin déposa un postulat dans ce sens en mars 2004, sans succès. De même, en juin 2018, le groupe libéral radical a déposé au Parlement une initiative visant à «*permettre aux assurés qui le souhaitent de provisionner sur un compte de cautionnement un montant destiné à financer leur participation aux coûts de santé*»³⁶⁴. Le Conseil national a refusé en juin 2021 de donner suite à cette initiative.

Revenons cependant à l'entre-deux-guerres. Au cours de cette période, les relations entre les médecins et les caisses furent marquées par une certaine instabilité. Il n'était pas rare alors que les conventions tarifaires cantonales soient dénoncées par l'une ou l'autre des parties : à Genève en 1927, dans le canton de Vaud en 1933, à Zurich en 1928. Les dénonciations pouvaient

³⁶³ Parmi lesquels le Cato Institute et le National Center for Policy Analysis. Parmi les principaux avocats des comptes d'épargne santé, figure John C. Goodman, économiste lié aux deux *think tanks* précédemment cités.

³⁶⁴ BESSARD Pierre, CRESPO Alphonse (éd.), *Au chevet du système de santé. De la dépendance à la prévoyance*, Genève, Institut Libéral, 2013; INSTITUT LIBÉRAL, *Système de santé. Comment renouer avec la responsabilité*, Genève, Institut Libéral, 2017; PARMELIN Guy, «Le compte d'épargne médical», Postulat 04.3066 déposé auprès du Conseil national, 15 mars 2004. En ligne : <<https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20043066>>, consulté le 11 mai 2020; NANTERMOD Philippe, «Participation aux coûts. Permettre un compte d'épargne santé», Postulat 18.429 déposé auprès du Conseil national, 12 juin 2018. En ligne : <<https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20180429>>, consulté le 11 mai 2020.

être motivées par la conviction que des changements dans les conditions économiques – l’inflation, générale ou médicale, par exemple – rendaient les tarifs conventionnels inadaptés. Le corps médical estimait également que les tarifs conventionnels méritaient d’être revus à la hausse à mesure que des personnes issues de la classe moyenne et des catégories aisées adhéraient aux caisses reconnues et conventionnées. Aux yeux des médecins, cette évolution rendait inappropriés des tarifs initialement élaborés pour les classes populaires. À Genève, par exemple, l’événement déclencheur de la dénonciation de la convention en 1927 fut l’admission au sein de la Fédération mutualiste genevoise de la Caisse du personnel de la ville de Genève dont les membres étaient «*moins modestes que la moyenne de ceux de la plupart des autres Caisses*»³⁶⁵.

Soulignons toutefois que la relative fragilité des relations caisses-médecins n’est pas propre à la période de l’entre-deux-guerres : c’est en réalité une constante de l’histoire du système suisse d’assurance-maladie, et la LAMal de 1996 n’est, semble-t-il, pas parvenue à pacifier ces rapports.

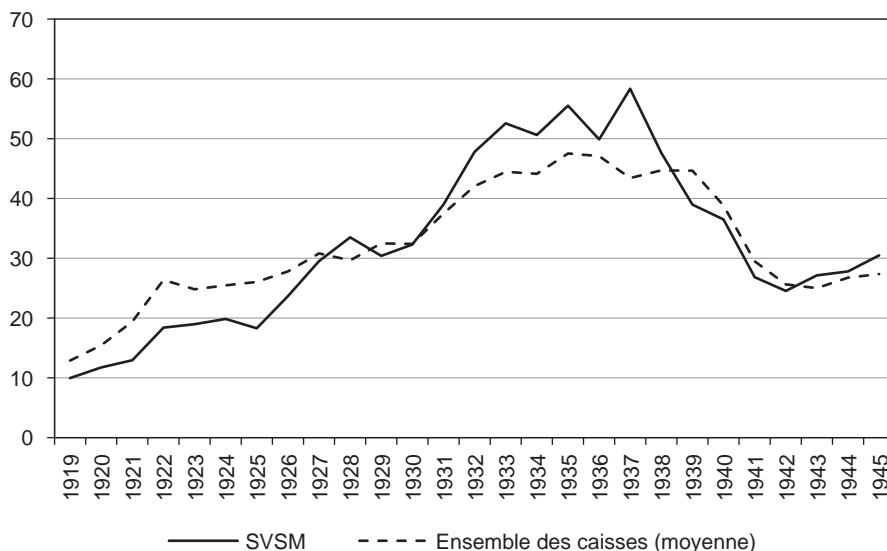
Les conflits médecins-caisses de l’entre-deux-guerres se déroulèrent sur fond d’augmentation des frais médicaux et pharmaceutiques. Cette problématique figura parmi les principaux sujets de discordance entre ces deux parties qui s’entraccusèrent de contribuer, par leurs «abus» respectifs, à alimenter cette inflation. C’est à ce sujet que la section suivante est consacrée.

2. Médecins et mutualistes face à l’augmentation des coûts

L’introduction de l’assurance des soins au début des années 1920 en Suisse fut suivie par une période d’augmentation rapide des frais médicaux et pharmaceutiques *par assuré et par an*, une phase qui atteignit son point culminant au milieu des années 1930. Les prestations annuelles par assuré déclinèrent ensuite jusqu’au début des années 1940 pour retrouver alors leur niveau du milieu des années 1920 (graphique 2). En moyenne (pour l’ensemble des caisses suisses), le montant réel des prestations totales par assuré passa de 20 francs en 1921 à un peu moins de 47 francs en 1935, soit une croissance totale de 135 %. Comme le montre le graphique 3, c’est

³⁶⁵ ASSOCIATION DES MÉDECINS DU CANTON DE GENÈVE, *Tiers payant et clientèle des caisses d’assurance-maladie*, Genève, Henri Studer, 1927.

Graphique 2. Prestations totales (soins et indemnités) par membre, en francs constants, 1919-1945



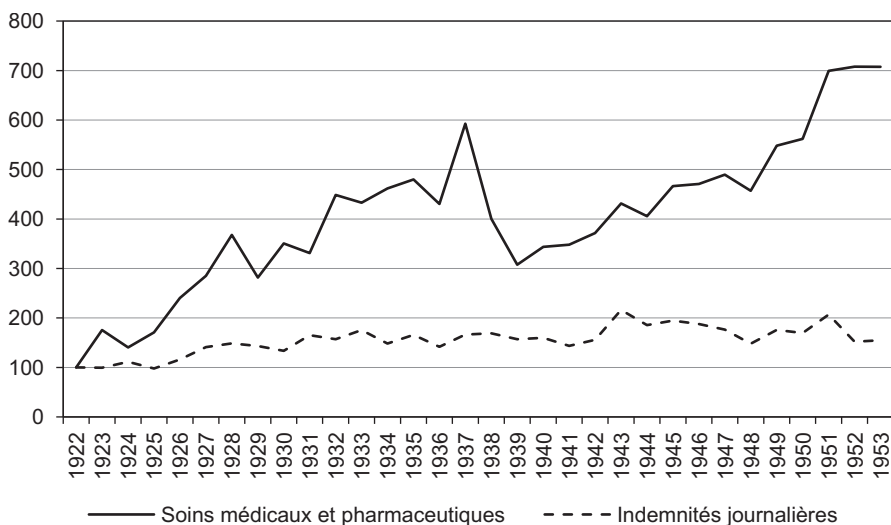
Sources : Bulletins annuels de la SVSM ; HSSO, « Caisses-maladie reconnues... », Tab. P.11 ; et HSSO, « Indice suisse des prix à la consommation, par groupes de dépenses, de 1914 à 1966 (juin 1914 = 100) », Tab. H.20, pour les données relatives à l'évolution du niveau général des prix.

essentiellement la branche des soins qui tira cette croissance des frais, plutôt que la branche d'indemnités journalières qui présentait, elle, une tendance inflationniste relativement moins forte.

Une comparaison avec la période contemporaine permet de mettre en perspective le cycle de l'entre-deux-guerres. Il n'est pas rare en effet que l'on parle aujourd'hui « d'explosion des coûts » pour qualifier la dynamique tarifaire des décennies récentes. L'explosion contemporaine apparaît cependant bien peu détonante, pour ainsi dire, lorsqu'on la compare avec celle de l'entre-deux-guerres. Les frais médicaux par tête augmentèrent en termes réels de 200 % entre 1920 et 1935, contre 82 % sur la période 2001-2018³⁶⁶.

³⁶⁶ Voir également LENGWILER Martin, « Gründen wir ein Kässeli ! », *NZZ Folio*, septembre 2005, p. 52.

Graphique 3. Évolution comparée des prestations par tête (nominales) de soins médicaux et d'indemnités journalières, base 100 en 1922



Sources : Bulletins annuels de la SVSM.

Cette période de hausse des frais, qui représenta le baptême du feu en la matière pour les parties prenantes, suscita l'angoisse des dirigeants de caisses et s'accompagna d'importants déficits dans la branche soins pour la plupart d'entre elles. Cet épisode donna l'occasion aux mutualistes et aux milieux médicaux de formuler leurs diagnostics quant aux dysfonctionnements du système. C'est dans ce contexte qu'émergèrent les premières discussions relatives au bien-fondé de la participation des assurés aux frais médicaux et à la forme spécifique que celle-ci devait prendre. La participation en tant que modalité de financement des soins se diffusa à partir du début des années 1930, avant que le Conseil fédéral ne la rende finalement obligatoire pour toutes les caisses en juillet 1936.

L'augmentation des frais médicaux fut à l'origine de difficultés financières pour de nombreuses caisses et mit à mal le modèle économique mutualiste tel qu'il avait été conçu par la LAMA. Cette loi accordait des subventions aux caisses afin que celles-ci puissent offrir à leurs membres des cotisations réduites de façon à encourager l'affiliation auprès

d'institutions de prévoyance. Les subventions étaient toutefois accordées *par membre*, plutôt qu'en proportion des prestations totales, de sorte que l'augmentation rapide des frais par assuré durant les années 1920 et au début des années 1930 se traduit par des déficits pour les caisses, du moins dans la branche soins médicaux.

Afin de soulager leur situation financière, les caisses demandèrent au Conseil fédéral, dès le début des années 1920, que des «subventions extraordinaires» leur soient versées. Entre 1923 et 1937, ces aides «extraordinaires» confédérales leur furent accordées à quatre reprises (1923, 1927, 1932 et 1937). Aux yeux des autorités fédérales, de telles subventions étaient justifiées par le besoin d'empêcher que la diffusion de la prévoyance assurantielle ne ralentisse : les hausses des cotisations consécutives à l'augmentation des frais menaçaient en effet d'exclure «les classes pauvres» de l'assurance-maladie³⁶⁷. Du début des années 1920 jusqu'à la révision partielle de mars 1964 (qui transforma finalement le système de calcul du soutien financier aux caisses dans le sens d'un ajustement automatique des subventions à l'évolution des prestations), les autorités fédérales octroyèrent régulièrement aux caisses des «subventions extraordinaires» – qui n'avaient donc d'extraordinaires que le nom – afin de limiter les hausses de cotisations et d'encourager les affiliations.

La situation fragile des caisses fut aggravée au début des années 1930 par la crise économique mondiale, qui affecta la Suisse, étroitement insérée dans le système des échanges internationaux. Le nombre de chômeurs passa de 10 000 en 1930 à presque 100 000 en 1936³⁶⁸. Dans le même temps, la déflation comprimait les salaires. Ces évolutions se répercutèrent naturellement sur l'activité des caisses, en particulier dans les régions industrielles. D'un côté, la crise tarissait leurs ressources – il était plus difficile aux mutualistes au chômage de payer leurs primes, ou de les payer à temps – et, de l'autre, elle accroissait leurs charges en rendant plus fréquentes les prestations de secours. Les troubles macroéconomiques menaçaient un équilibre financier déjà fragilisé par l'augmentation rapide des frais médicaux. Les médecins, conscients de la situation délicate dans laquelle se trouvaient les caisses, leur accordèrent des rabais ponctuels de crise³⁶⁹. Non pas qu'ils soient pris d'un soudain accès de commisération : la

³⁶⁷ «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur un projet d'arrêté fédéral allouant une subvention extraordinaire aux caisses-maladie reconnues (Du 21 mars 1927)», pp. 424-425.

³⁶⁸ TABIN Jean-Pierre, TOGNI Carla, *L'assurance chômage en Suisse...*, p. 63.

³⁶⁹ TRÜEB H., «Sacrifice de crise ou réduction des tarifs?», *BPMS* 3, 1933, pp. 26-27.

déflation salariale les y contraignait. Les réductions tarifaires reflétaient la baisse de la disposition marginale à payer des patients. Quant aux caisses, déjà maintenues à flot par les subventions extraordinaires, elles réclamèrent, en 1932, et obtinrent en 1934, de nouvelles aides publiques, «de crise», spécifiquement pour leur permettre de faire face aux impayés de cotisations³⁷⁰.

Toutes les parties prenantes s'accordèrent pour attribuer en partie la hausse des frais par assuré au «progrès médical». Les décennies qui précédèrent l'éclatement de la Seconde Guerre mondiale furent marquées par l'émergence et la diffusion de nouvelles méthodes thérapeutiques ou de diagnostic, plus coûteuses que celles qui avaient prévalu jusqu'alors. La radiographie, issue, on l'a vu, de la découverte des rayons X par Wilhelm Röntgen durant les dernières années du XIX^e siècle, gagnant en précision au cours de cette période, faisait figure d'outil indispensable aux médecins et aux hôpitaux en matière de diagnostic. Cependant, la reconnaissance de nombreuses affections auparavant indétectables ou difficilement détectables – inflammations, cancers du tube digestif, ulcères de petite taille – nécessitait souvent plusieurs prises et, parfois, l'injection de produits de contrastes, ce qui rendait d'autant plus coûteux les diagnostics fondés sur la radiographie³⁷¹. Quant à l'électrocardiographie, elle était considérée comme indispensable à l'identification de troubles cardiaques, et son utilisation devait être répétée afin de suivre l'état du malade. En thérapeutique, de nouveaux médicaments, des «spécialités», virent le jour : des somnifères aux moindres effets secondaires, des médicaments pour le traitement des troubles de la circulation, des préparations vitaminées, des préparations à base d'hormones. Les coûteuses machines à rayons X étaient également utilisées pour traiter (radiothérapie) certaines maladies, comme la leucémie ou certains cancers.

Le recours à ces outils perfectionnés entraînait naturellement des augmentations de frais par patient. «*La radiographie, la radioscopie, les rayons, la diathermie, les analyses compliquées, tous ces facteurs inconnus il y a 25 ans, saignent notre Caisse*» déclara inquiet, le président de la SVSM en 1932³⁷². Le médecin-conseil de cette caisse évoqua en ces

³⁷⁰ «L'allocation aux caisses-maladie», *Bulletin de la FSSM* 7, juillet 1934, p. 80.

³⁷¹ STAEHELIN Rudolf, «L'évolution de la médecine interne depuis 1915 et son influence sur les frais de traitements médicaux», *BPMS* 47, 1941, pp. 491-497.

³⁷² «Rapport du comité central sur sa gestion», *Bulletin de la SVSM* 16, décembre 1932, p. 6.

termes la problématique du progrès technique médical dans son rapport pour l'année 1939 :

«Aujourd'hui le médecin n'a plus le droit de réduire une fracture sans contrôle radiologique; il ne peut pas non plus faire un diagnostic de tuberculose ou d'ulcère d'estomac sans plusieurs radiographies. Il en résulte un gros avantage pour les malades, qui sont certainement soignés dans de meilleures conditions et qui ont beaucoup plus de chances de retrouver la santé qu'il y a une vingtaine d'années seulement. Les traitements modernes comme les ondes courtes, la diathermie, l'électrothérapie sont aujourd'hui continuellement utilisés. Loin de moi l'idée de méconnaître l'utilité de ces méthodes, dans certains cas tout de moins, mais il faut aussi savoir que tout cela coûte cher et n'existait pas ou n'était pas répandu il y a peu d'années.»³⁷³

Le renchérissement était donc perçu comme inévitable dans la mesure où il résultait des progrès technologiques. Il était, de ce point de vue, considéré comme une manifestation fâcheuse d'un processus fondamentalement bienfaisant.

Pendant, les caisses, tout en reconnaissant le caractère inévitable et bienfaisant du progrès médical, accusaient régulièrement les médecins *d'abuser* de ces nouvelles technologies et de prescrire des traitements trop coûteux. Plus généralement, les caisses reprochaient à certains médecins de surprescrire dès lors qu'il s'agissait de traiter un assuré. Cette accusation portait un nom, d'étymologie grecque mais issu de la littérature médicale allemande de la fin du XIX^e siècle : la «polypragmasie», une notion encore utilisée aujourd'hui dans la jurisprudence médicale suisse (le terme, plus intuitif, d'*Überartzung*, littéralement «surmédicalisation», était parfois utilisé dans la littérature alémanique). Le médecin prescrivant des traitements longs ou coûteux *non nécessaires du strict point de vue médical* se rendait coupable de polypragmasie. D'ailleurs, la LAMA de 1911 ainsi que la plupart des conventions cantonales contenaient des articles destinés à limiter l'occurrence de tels abus. Cependant, la notion demeurait difficile à cerner précisément, et la distinction de ce qui relevait du «médicalement nécessaire» pouvait susciter – et de fait, suscitait – des désaccords. La notion de polypragmasie donna d'ailleurs lieu à de nombreux conflits juridiques entre caisses et médecins, et fut à l'origine d'une volumineuse jurisprudence. Les caisses pointaient donc du doigt ces excès médicaux

³⁷³ «Rapport du médecin-conseil», *Bulletin de la SVSM* 23, mai 1939, p. 15.

**Der neue
Vier-Ventil Grossapparat
für Röntgen-Diagnostik**

Metalix-Super



**In allen Teilen
hochspannungs- und
strahlensicher,
vereinigt er in sich
die Vorzüge der be-
kannten „Metalix“-
Klein- und Mittel-
apparate!**

**Er ist anspruchslos im Raumbedarf und in der Handhabung,
wirtschaftlich im Betrieb und sehr leistungsfähig!**

Illustration 6. Publicité auprès des médecins pour un nouvel appareil de diagnostic à rayons X, 1934.

Source : BPMS, 1934.

Traduction : « La nouvelle machine à quatre valves pour le diagnostic à rayons X. Sans danger en ce qui concerne la haute tension et les rayonnements, elle réunit en tous points les avantages des petits et moyens appareils "Metalix" ! Elle n'exige que peu d'espace, elle est maniable et économique de fonctionnement, et très efficace. »

comme l'une des causes essentielles de l'augmentation des frais par tête. Les milieux mutualistes déploraient le «*zèle exagéré*» que déployaient un certain nombre de médecins à visiter les malades, et dénonçaient «*ces abus de confiance professionnelle*» qui n'étaient pas «*à l'honneur de la confrérie d'Esculape*»³⁷⁴. La crainte de la polypragmasie était en partie fondée sur l'idée que les médecins pouvaient avoir intérêt à surprescrire et surdiagnostiquer afin de rentabiliser les machines coûteuses dont ils avaient pu faire l'acquisition (illustration 6). Autrement dit, d'amortir les coûts par un effet de volume. L'intérêt économique du médecin était dans ce cas contraire à celui de la caisse et, incidemment, à celui du patient. C'est précisément pour parer à ce genre «*d'abus*» que les caisses employaient des médecins-conseils, en charge de vérifier chacun des diagnostics et chacune des prescriptions.

Pour profonds que soient les désaccords entre les caisses et les médecins, ces deux groupes s'accordaient sur l'identité du coupable principal : l'assuré. C'est lui qui, par ses doléances exagérées et ses «*abus*», causait l'augmentation des frais. Les caisses et les médecins observaient que nombre d'assurés ne se comportaient pas comme les patients privés. Dès l'instant qu'un membre était couvert et jouissait de la gratuité des soins médicaux, ses exigences augmentaient. L'assuré avait tendance à réclamer qu'on le soigne avec les traitements les plus pointus et qu'on lui prescrive les «*spécialités pharmaceutiques*» (c'est-à-dire les médicaments brevetés) les plus chères. L'assurance altérait la morbidité et la perception de la douleur. «*L'assuré n'est pas toujours tire-au-flanc, mais il a la mentalité de l'assuré. Ce fait modifie ses sensations, son entorse le gênera plus longtemps que celle d'un non assuré*» écrivait en 1921 le médecin vaudois Samuel Chapuis³⁷⁵. Pour les médecins, cette altération des exigences était la conséquence directe d'un système intrinsèquement dysfonctionnel, celui du tiers payant, et plus généralement des assurances sociales³⁷⁶. Les caisses considéraient en revanche que ce n'était pas l'outil qui devait être condamné, mais l'utilisation que certains en faisaient. Les administrateurs de caisses se lamentaient de la «*mentalité d'assuré*» de plus en plus répandue, de la volonté de certains membres à «*rentrer dans leurs frais*», et de la perte de l'«*esprit mutualiste*». La Fédération romande avertissait les sociétés mutuelles et les exhortait à «*se méfier de cette catégorie*

³⁷⁴ Ces mots sont tirés d'un article du *Mercure de Zurich*, traduit et reproduit dans le *Bulletin de la FSSM* : Ch. H., «*Bienfaits et méfaits de l'assurance-maladie*», *Bulletin de la FSSM* 6, juin 1934, pp. 75-76.

³⁷⁵ CHAPUIS Samuel, «*Hier et aujourd'hui*», *BPMS* 4, 1921, p. 31.

³⁷⁶ DECOURT Fernand, «*Les "abus" dans l'Assurance-Maladie...*», *BPMS* 36, 1934, p. 477.

de membres qui ne voient dans la mutualité qu'une assurance contre la maladie et qui estiment qu'il faut autant que possible chaque année rentrer dans l'argent de sa cotisation. Rien n'est plus facile pour eux, au début de l'hiver, que d'aller chez un médecin et de se faire prescrire, par exemple, un vin fortifiant, qui a toujours une saveur agréable.»³⁷⁷ Les caisses appelaient les adhérents à la modération, comme par ces vers en 1935 :

*«De tout genre d'excès, se garder avec soin,
Et s'estimer heureux quand on n'a pas besoin,
Étant robuste et sain, de cure et de remède.
Puis apprendre aux enfants qu'ils doivent eux aussi
Apprécier déjà les bienfaits de l'entr'aide.
Un vrai mutualiste agit toujours ainsi!»³⁷⁸*

3. La participation des assurés en tant que solution ?

C'est dans ce contexte qu'émergèrent les premières discussions relatives à la « participation des assurés aux frais médicaux » et que furent mises en place les premières initiatives concrètes à ce sujet. Cette problématique apparut en Suisse au début des années 1930 ; cette modalité de financement des soins n'a en réalité pas cessé depuis lors de faire l'objet de débats, essentiellement relatifs à la forme que la participation devait prendre et à son étendue. En Suisse, la participation prend aujourd'hui, trois formes : la franchise (le montant en dessous duquel la totalité des frais est à la charge de l'assuré), la quote-part (pourcentage des frais médicaux, en l'occurrence 10 %, à la charge de l'assuré, dès lors que le montant de la franchise a été dépassé) et, enfin, une participation aux frais hospitaliers de 15 francs par jour. Le reste-à-charge des ménages (l'*out-of-pocket* des Anglo-Saxons, c'est-à-dire les dépenses qui ne sont pas mutualisées) est en Suisse l'un des plus élevés de la zone OCDE. Il s'élevait en 2019 à 23,4 % des dépenses courantes de santé, contre 13,3 % en Allemagne et 9,5 % en France³⁷⁹. Des propositions visant à modifier – de façon

³⁷⁷ « Coup d'œil sur l'activité d'un médecin-conseil », *Bulletin de la FSSM* 80, décembre 1919, p. 414.

³⁷⁸ R. G., « Le vrai mutualiste », *Bulletin de la SVSM* 19, mai 1935, p. 19.

³⁷⁹ OCDE, « Statistiques de santé. Dépenses de santé et financement », OECD.Stat., <<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&lang=fr>>, consulté le 13 mai 2020.

fondamentale ou paramétrique – le système de participation consacré par la LAMal sont régulièrement présentées. Un exemple récent : en avril 2018, Philomena Colatrella, la directrice générale de la CSS, a proposé de faire passer la franchise maximale de 2 500 à 5 000 ou 10 000 francs, afin de limiter l’augmentation des primes en permettant aux assurés de pouvoir arbitrer en faveur de copaiements plus importants – une proposition qui a suscité de nombreuses critiques³⁸⁰.

Si la notion de participation est aujourd’hui peu contestée et semble faire figure d’évidence, tel n’était pas le cas durant les années 1920 quand l’assurance des soins fut introduite. La plupart des caisses finançaient alors les frais de traitement «au premier franc», et intégralement, du moins jusqu’à ce que le membre malade atteigne un «plafond» (défini en général temporellement, en jours par an). L’assurance soin des années 1920 était donc une assurance «sans plancher mais avec plafond», contrairement à notre assurance-maladie contemporaine, qui est «avec plancher (franchise) mais sans plafond». L’on parlait d’ailleurs indifféremment de «gratuité des soins» ou d’assurance des soins, les deux notions étant alors interchangeables.

La gratuité des soins fit cependant rapidement l’objet de critiques et fut accusée d’encourager les abus (voir la section précédente). L’idée d’introduire une forme de participation visant à inciter les assurés à la modération en leur faisant supporter une partie des dépenses de soins, émergea au début des années 1920. La commission de révision de la LAMA, réunie en 1922 (dont les activités ne débouchèrent alors sur aucune réforme, comme l’a évoqué la section précédente), défendit l’introduction de la participation des assurés aux frais et suggéra que cette participation soit rendue obligatoire pour toutes les caisses et qu’elle prenne la forme du «ticket modérateur», une modalité de partage des coûts alors répandue auprès des mutuelles françaises (voir ci-dessous)³⁸¹. Les médecins percevaient également d’un œil favorable le système du ticket modérateur ; ils y voyaient une façon d’atténuer l’emprise du tiers payant sur la relation qu’ils entretenaient avec les patients³⁸².

Mais surtout, les médecins honnissaient les *méthodes alternatives* de contrôle des coûts proposées par les groupements mutualistes, Concordat et Fédération romande en tête. Selon les mutualistes, l’augmentation

³⁸⁰ FRAMMERY Catherine, «L’idée d’une franchise maladie à 10 000 francs allume le feu», *Le Temps*, 16 avril 2018.

³⁸¹ «Bericht über die Konkordatsversammlungen», *SKZ* 4, 1^{er} avril 1922, p. 42.

³⁸² «L’assurance-maladie», *BPMS* 12, 1922, pp. 105-106.

des frais n'était pas uniquement attribuable aux «abus» des assurés: ils pointaient du doigt la polypragmasie comme l'un des cofacteurs contribuant à cette tendance. Si la participation des assurés pouvait limiter dans une certaine mesure la polypragmasie, une autre méthode, agissant directement sur la tarification médicale pouvait se révéler à cet égard plus efficace: le paiement des médecins par forfait, c'est-à-dire par un montant fixe, indépendant du traitement, du diagnostic, du nombre de visites, etc. (un mode de rémunération répandu aujourd'hui dans les cabinets de groupe). Ce système faisait donc disparaître l'incitation à surprescrire. Les médecins voyaient bien sûr le forfait d'un mauvais œil, car il risquait de les «fonctionnariser»³⁸³. Contribuer à créer un consensus autour de la participation des assurés aux frais leur permettait d'éloigner le risque que le forfait soit introduit.

La forme de participation aux frais initialement envisagée fut donc le «ticket modérateur», ou «système lyonnais», puisque, disait-on, il avait été d'abord introduit par les mutuelles de la région lyonnaise. Le système fonctionnait de la façon suivante: le sociétaire achetait à sa caisse un «ticket» qu'il devait remettre au médecin lors de la consultation ou de la visite. En retour, le médecin était payé par la caisse, sur la production du ticket transmis. Au sein de certaines mutuelles françaises, après le premier ticket gratuit, le prix unitaire croissait avec le nombre de tickets demandé³⁸⁴. Arthur Lamazure, le représentant de l'OFAS auprès des mutuelles romandes (voir le chapitre 6 pour des éléments biographiques à son sujet), recommanda en 1923 à ces sociétés d'adopter le ticket modérateur, adapté bien sûr dans sa conception aux spécificités de la LAMA et du fonctionnement des caisses suisses. Le ticket permettait de «mettre un frein aux abus et par là ramener à une mesure raisonnable les frais toujours plus onéreux du médecin et du pharmacien». Le système du ticket avait l'avantage, sur les autres méthodes de contrôle des coûts telles que le forfait, d'être «immédiatement réalisable, et comme il ne concerne en somme que les rapports entre sociétés et assurés, il ne risque guère d'être combattu par les médecins»³⁸⁵.

Cette innovation ne suscita certes pas l'adhésion immédiate de tous les mutualistes. Jean Abiéniste, par exemple, cofondateur des pharmacies

³⁸³ Voir les thèses de la Fédération des médecins suisses reproduites dans le bulletin de la FSSM: «Révision de la loi d'Assurance-maladie», *Bulletin de la FSSM* 115, septembre 1928, p. 138.

³⁸⁴ LAMAZURE Arthur, «Le système du ticket modérateur», *Bulletin de la FSSM* 94, juin 1923, pp. 494-500.

³⁸⁵ LAMAZURE Arthur, «Le système...», p. 500.

populaires vaudoises et de la caisse de secours des employés communaux de Lausanne, s’y opposa. Dans une tribune de 1924, il affirma qu’il n’était pas juste de faire payer à tous les abus de quelques-uns et que cette idée n’était «*pas digne d’une caisse mutuelle*», dont le devoir était, «*en matière de soins médicaux, l’intervention immédiate et la plus complète [possible]*»³⁸⁶. Mais surtout, il contestait son efficacité. Ce système supposait la création au sein des caisses de coûteux organes de contrôle, «*plus onéreux encore que les quelques rares abus qui peuvent être commis.*» En désincitant les membres à consulter immédiatement et à attaquer le mal à la racine, le ticket modérateur risquait également de conduire à des factures plus élevées plus tard. Notons que cet argument, insistant sur le caractère «*penny wise but pound foolish*» de la participation a été et est encore, l’un des arguments les plus mobilisés pour contester l’efficacité et l’économicité des franchises et des copaiements³⁸⁷.

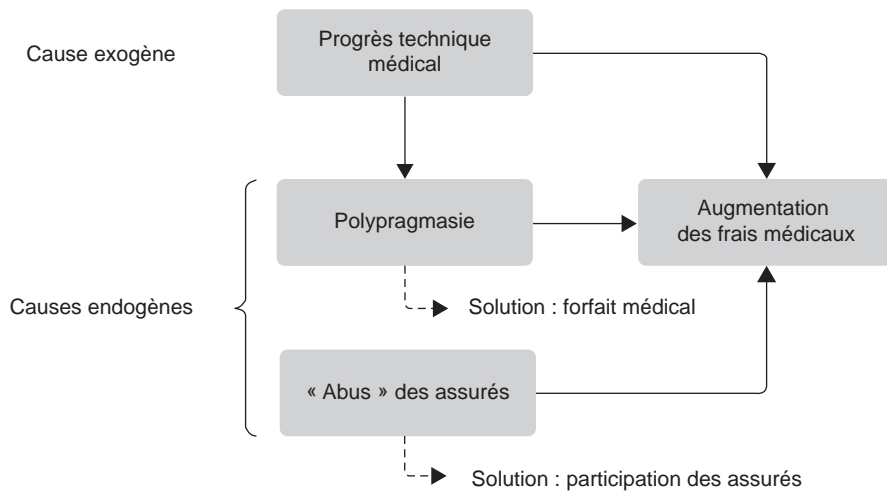
Pendant, à mesure qu’augmentaient les frais par tête et que la situation financière des caisses se dégradait, l’idée de la participation s’imposa davantage. Durant les années 1930, elle apparaissait quasiment comme une évidence tant dans les cercles mutualistes que médicaux. Selon Charles-Henri Weber, président de la caisse romande contre la tuberculose, la participation était nécessaire pour réprimer les «*penchants égoïstes*» de certains mutualistes. En faisant rembourser à l’assuré «*le quart des notes du médecin et du pharmacien, le malade étant directement intéressé aux frais, un frein puissant enrayera les abus*»³⁸⁸. La participation n’était d’ailleurs pas seulement en mesure de limiter les abus des assurés, mais également ceux des médecins, car «*si le médecin multiplie inutilement ses visites ou ordonne des médicaments très coûteux, l’assuré protestera*»³⁸⁹. Certes, la participation présentait des risques: elle était susceptible de nuire à l’assuré dont les ressources étaient trop faibles pour la financer. Il fallait de ce point de vue que les caisses constituent des fonds de secours pour leur venir en aide et que des exemptions soient prévues. Les avantages indiscutables compensaient aux yeux de Weber ces éventuels inconvénients. L’illustration 7 résume plus généralement le «*modèle*» (bien que ce mot ne soit pas employé) que les mutualistes élaborèrent pour interpréter la hausse des frais médicaux.

³⁸⁶ ABIÉNISTE Jean, «Le ticket modérateur», *Bulletin de la FSSM* 98, juin 1924, pp. 708-709.

³⁸⁷ Par exemple STALDER Hans, «Les cas bagatelles ne sont pas des bagatelles», *Bulletin des médecins suisses* 92(19), 2011, p. 726.

³⁸⁸ Cité dans «La participation des assurés aux frais médicaux et pharmaceutiques», *Bulletin de la FSSM* 8, août 1939, p. 121.

³⁸⁹ Cité dans «La participation des assurés...», *Bulletin de la FSSM* 8, août 1939, p. 121.



Source : auteur.

Illustration 7. Interprétation mutualiste de l'augmentation des frais médicaux.

Notes: le progrès technique médical était perçu comme nourrissant la polypragmasie en raison des incitations économiques auxquelles il pouvait donner naissance: les machines chères (voir illustration 6) devaient être utilisées fréquemment pour être amorties, ce qui pouvait pousser à la surprescription et au surdiagnostic.

Le Concordat des caisses alémaniques encouragea également ses membres (les caisses affiliées) à introduire la participation. «*L'expérience ayant maintenant démontré l'inutilité d'exhorter à la modération assurés, médecins et établissements pour malade*»³⁹⁰, il convenait d'agir et de prendre des mesures d'assainissement, afin de lutter contre les «*pillards de caisses*». Le Concordat suggéra pour cela un système de franchise, par lequel les adhérents paieraient l'intégralité des frais jusqu'à 5 francs, puis seraient remboursés pour les frais dépassant ce montant. De fait, la plus importante caisse de Suisse par le nombre des sociétaires, l'Helvetia, introduisit la participation en 1933³⁹¹. La Fédération romande encouragea les mutuelles affiliées à imiter «*sans tarder*» la «*mâle résolution*» de l'Helvetia³⁹².

³⁹⁰ TRÜEB H., «*Quo vadis ?*», *BPMS* 4, janvier 1934, pp. 45-48.

³⁹¹ SCHMID Otto, *1900-1950...*, p. 66.

³⁹² «*Société suisse de secours mutuels Helvetia*», *Bulletin de la FSSM* 8, août 1934, p. 94.

En juillet 1936, faisant suite à un postulat déposé par Eugen Bircher plus tôt dans l'année, le Conseil fédéral rendit obligatoire la participation pour toutes les caisses-maladie reconnues par l'OFAS³⁹³. Le Conseil fédéral espérait que cette mesure entraîne un abaissement des primes. *«Puisqu'il est nécessaire aujourd'hui de prévenir certains abus par tous les moyens, les avantages éducatifs qu'elle offre la justifient pleinement, malgré toutes les difficultés qu'elle comporte»*, énonçait la circulaire de l'OFAS présentant aux caisses le contenu de l'arrêté³⁹⁴. L'OFAS laissait les caisses libres de choisir parmi les trois modes de participation répandus auprès des caisses suisses: ticket modérateur; imputation de la part à une éventuelle indemnité de chômage; paiement direct par l'assuré du montant de la participation au médecin. Le taux de cette participation devait toutefois être d'un dixième au moins et d'un quart au plus. L'arrêté donnait la possibilité aux caisses pouvant prouver leur parfaite solidité financière de demander une dispense.

L'introduction de la participation constitua l'une des deux grandes mesures – avec la centralisation de la perception des cotisations – de la réforme statutaire de la SVSM en 1936, orchestrée par l'actuaire Marc Haldy. La SVSM avait rencontré, comme la plupart des autres caisses s'occupant d'assurance des soins, d'importantes difficultés financières. De 1927 à 1940, dix exercices sur treize furent déficitaires (le solde étant mesuré comme la différence des cotisations et des prestations, sans prendre en compte les subventions confédérales et cantonales). Si Haldy, qui appartenait à la section d'Aigle de la SVSM, considérait l'amateurisme dans la gestion, l'inefficacité des contrôles de malades et des perceptions de cotisations comme des causes majeures de sa situation fragile, il était également convaincu du caractère intrinsèquement inflationniste de la gratuité des soins. Le rapport de la commission d'étude de la SVSM sur la participation des frais, dirigée par Haldy, est à bien des égards symptomatique de la conception mutualiste de l'inflation médicale et mérite de ce point de vue d'être cité dans la longueur:

«Nos anciens [médecins] disposaient de leurs seuls sens pour dépister les signes de la maladie. Dans le cours des temps, on a ajouté le stéthoscope,

³⁹³ Rapport du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur sa gestion en 1936, Berne, p. 53. En ligne: <<https://www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch/viewOrigDoc/50000617.pdf?id=50000617>>, consulté le 11 mai 2020.

³⁹⁴ OFAS, «Aux caisses-maladie reconnues. Introduction de la participation obligatoire des assurés aux frais médicaux et pharmaceutiques de l'assurance-maladie», Circulaire n° 72, 1936, dans ACV, PP 940/10/1 (folios non numérotés).

le thermomètre, l'appareil à mesurer la pression sanguine, le microscope pour l'analyse du sang, la recherche des microbes. [...]. Ces méthodes précisent certes le diagnostic. Mais les jeunes médecins surtout, pèchent par excès de minutie et accumulent différentes méthodes de diagnostic sans intérêt aucun pour le traitement de la plupart des cas. [...] Cette dispersion des efforts, et ce renchérissement de la vie, ne sont pas exclusifs à l'art médical. Du côté des malades, le téléphone et l'automobile a gâté, sinon pourri, la clientèle. Le téléphone demande impérieusement une visite. L'automobile permet de la faire vite. [...] La mode joue encore ici un rôle malfaisant. Le malade demande au médecin de lui appliquer le dernier remède et si le voisin ou la voisine, pour corser l'intérêt, a raconté sa maladie avec détails et a parlé des ondes courtes, de la diathermie, de la radiographie, il trouverait indécent qu'on ne lui applique pas les mêmes méthodes. [...]. N'oublions pas que [le médecin] veut faire étalage d'érudition, et [le patient] avoir quelque chose d'intéressant à raconter. [...] Vouloir remonter le courant est impossible sans user de procédés qui touchent à la bourse du patient. Quand il saura qu'une part non négligeable de la note est à sa charge, il sera forcé de se retenir.»³⁹⁵

La politique d'austérité assurantielle mise en place au cours de la première moitié de la décennie 1930 s'accompagna d'une chute rapide des frais médicaux (réels) par tête. De 1935 à 1940, les prestations totales par assuré versées par les caisses suisses passèrent, en moyenne, de 48 à 39 francs (ajusté de l'inflation). Au sein de la SVSM, pendant la même période, soit au cours des cinq années qui suivirent l'introduction de la participation, elles passèrent de 56 à 36 francs. De ce point de vue, ces politiques atteignirent l'objectif qu'elles s'étaient fixé. À partir du début des années 1940, les frais médicaux par assuré reprirent leur marche ascendante et plus jamais la Suisse ne connut de période de déflation en la matière. Cette observation suggère la conjecture que l'effet de la participation sur les dépenses de soins est soumis à une forme de loi des rendements décroissants. Un peu de participation dissuade l'assuré de consulter pour les «cas bagatelles» et soulage les caisses des dépenses routinières mais après l'atteinte d'un certain seuil de participation, l'accroissement des contributions personnelles d'assuré n'exerce plus, ou exerce moins, d'influence sur ses dépenses médicales.

³⁹⁵ POCHON Paul, «Rapport de la commission d'étude de la SVSM sur la Participation des assurés au paiement des frais médicaux et pharmaceutiques», Lausanne, 30 octobre 1936, ACV, PP 940/10/1 (folios non numérotés), pp. 17-18.

Quant à la franchise, la forme de participation la plus familière aux résidents suisses contemporains, consacrée par la LAMal en 1996, elle ne faisait pas partie des modalités de copaiement considérées par l'OFAS en 1936, au moment où la participation fut rendue obligatoire pour les caisses. En réalité, les prédécesseurs de Philomena Colatrella, directrice générale en 2023 de la CSS et promotrice d'une franchise à 10 000 francs, n'éprouvaient guère d'affection pour cette modalité de participation aux frais. Les mutualistes de jadis estimaient en général qu'en matière d'assurance des soins, la franchise était une forme inefficace de participation, et que ces avantages éventuels ne compensaient pas les coûts administratifs auxquels elle donnait naissance :

«Il s'agit alors d'une mesure [la franchise] purement financière qui a pour but d'assainir l'assurance-maladie déficitaire. L'introduction de la franchise dans l'assurance-maladie n'est pas une amélioration sociale, au contraire, elle porte atteinte à la prévention des maladies et rend impossible l'application du tiers payant; elle complique la situation de l'assurance-maladie et une bonne part des économies réalisées par les caisses seront englouties dans de nouvelles dépenses administratives.»³⁹⁶

À l'occasion de la révision partielle de la LAMA, la franchise fut toutefois rendue obligatoire pour toutes les caisses en mars 1964. Les concepteurs de cette révision redoutaient qu'en l'absence d'un renforcement de la participation par l'introduction d'une méthode complémentaire de copaiement, en l'occurrence la franchise, l'extension des prestations obligatoires à laquelle la loi soumettait par ailleurs les caisses ne conduise à une croissance insoutenable des frais et donc des cotisations (voir chapitre 3). Les dispositions de la loi de 1964 relatives à la franchise, notamment la possibilité pour les caisses d'obtenir une dispense, donnèrent lieu, dans leur application, à des difficultés, certaines caisses accusant des concurrentes d'utiliser la dispense de franchise comme un argument de recrutement³⁹⁷.

La participation, au-delà des effets qu'elle pouvait exercer sur les frais par tête, posait la question, plus fondamentale, de la nature de l'assurance-maladie et du sens profond de l'activité mutualiste. Dans une conférence donnée en mai 1936 à la Fédération neuchâteloise des sociétés de secours mutuels, Werner Friedli, professeur de sciences actuarielles à l'Université de

³⁹⁶ VILLARS Ch. « Assurance-maladie et cas-bagatelle », *Mutualité romande* 7, juillet 1959, p. 9.

³⁹⁷ « Tour d'horizon », *Mutualité romande* 6, juin 1966, pp. 3-4.

Berne, affirma que rien ne distinguait essentiellement l'activité mutualiste de l'activité assurantielle traditionnelle, pratiquée par les compagnies privées. «*Chaque forme d'assurance présuppose un groupe d'assurés qui se mettent ensemble, selon le principe de la mutualité, pour se garantir contre un ou plusieurs risques susceptibles d'être constatés par la statistique*», affirma Friedli³⁹⁸. Or, une telle mutualisation des risques ne pouvait véritablement exercer ses effets protecteurs que dans la mesure où la communauté sur laquelle elle était fondée était protégée des «*revendications abusives*» de ses membres. Il était par conséquent nécessaire que les petits cas, les cas bagatelles, soient exclus, par la participation aux frais de soin ou l'extension du délai d'attente pour les indemnités journalières. Les cas bagatelles, contrairement aux maladies de longue durée, ne déstabilisaient pas l'équilibre financier d'un ménage. Il était naturel, selon Friedli, que les caisses s'alignent sur le fonctionnement de l'assurance privée «*beaucoup plus rationnelle et plus souple [car] elle ne répond pas des dommages-bagatelles*». L'assurance privée ne compensait que partiellement les pertes résultant d'un dommage, et le principe selon lequel l'assuré ne devait pas profiter de l'occurrence d'un sinistre était profondément ancré dans la jurisprudence assurantielle. Comme l'expliqua d'ailleurs l'actuaire Paul Pochon au moment de l'introduction de la participation au sein de la SVSM, «*rappelons que les assurances les plus anciennes, telles l'assurance-incendie bernoise, plus que centenaire, a toujours laissé une quote-part de 1/5 à la charge de l'assuré. Celui-ci a donc intérêt à ce que le sinistre ne se produise pas.*»³⁹⁹

Selon les actuaires, donc, rien ne distinguait fondamentalement l'assurance-maladie de l'assurance-incendie, sinon que la première s'occupait des personnes, et la seconde des choses. Dans les deux cas, la protection devait couvrir les dommages – corporels ou matériels – et non les dépenses de routine. L'adoption de la participation par les caisses suisses représentait donc une étape importante de l'histoire du mutualisme suisse qui mutait et convergeait vers le modèle assurantiel traditionnel. Ce processus de convergence s'accéléra pendant les décennies qui suivirent la Seconde Guerre mondiale : tel est le sujet de la troisième partie.

³⁹⁸ FRIEDLI W, «Le principe de la mutualité dans l'assurance», *Bulletin de la FSSM* 6, juin 1936, p. 98.

³⁹⁹ POCHON Paul, «Rapport de la commission d'étude...», p. 15.

Conclusion intermédiaire II

L'activité des sociétés mutuelles se transforma profondément au cours des deux décennies qui suivirent l'entrée en vigueur de la LAMA en 1914. Cette période fut marquée par la diffusion rapide d'une nouvelle modalité de couverture assurantielle : l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Cette nouvelle forme de mutualisation du risque différait profondément de celle qui avait prévalu jusqu'alors. Elle ne protégeait pas les sociétaires contre le risque de la perte d'emploi ou de l'incapacité de travail résultant de la maladie. Dans le cadre de l'assurance des soins, les ressources communes servaient à financer les dépenses médicales des membres (consultations, achats de médicaments prescrits, hospitalisation). Cette innovation changeait la face de la mutualité, en la déconnectant du monde du travail et en l'ouvrant à un public nouveau : celui des personnes sans emploi, des femmes se consacrant aux tâches domestiques et des enfants. De ce point de vue, l'assurance des soins contribuait à réaliser le vœu des réformateurs sociaux et des partisans de l'assurance obligatoire, qui espéraient voir s'étendre à la population entière une couverture contre le risque de maladie – un désir qui motivait le soutien financier aux caisses par des subventions fédérales ou cantonales.

L'assurance des soins obligeait cependant les caisses à traiter avec un personnage qui leur avait été jusqu'alors étranger : le médecin. Cette modalité d'assurance donnait à celui-ci un certain pouvoir sur les dépenses des caisses. Par ses décisions en matière de diagnostics et ses prescriptions thérapeutiques, il exerçait une influence sur la valeur des prestations dues par la caisse à ses membres. Si la LAMA entreprit d'encadrer les relations médecins-caisses par l'instauration d'un système décentralisé de

conventions tarifaires, les rapports qu'entretenaient ces deux groupes ne furent guère empreints d'une sympathie réciproque. Les caisses reprochaient fréquemment aux médecins leur zèle excessif en matière de diagnostics et de prescriptions (la « polypragmasie »). Inversement, les médecins déploraient l'ingérence du « tiers payant », c'est-à-dire des caisses, dans les relations qu'ils entretenaient avec les patients, et reprochaient aux caisses d'exercer une surveillance illégitime sur leur activité.

Plus fondamentalement, les médecins déploraient la transformation du tissu sociologique à l'œuvre dans la mutualité suisse. La diffusion de l'assurance des soins s'accompagna d'une extension du sociétariat des caisses à des catégories économiques qui avaient été jusqu'alors étrangères au monde mutualiste : les ménages aisés, les cadres et les professions libérales. Cette diffusion de l'assurance aux couches économiquement supérieures de la société nuisait financièrement aux médecins. Elle les contraignait à traiter ces mutualistes de fraîche date en tant que patients-assurés et à leur appliquer les tarifs conventionnels inférieurs à ceux qu'ils auraient pu appliquer, les eussent-ils traités en tant que patients privés. Autrement dit, la diffusion de l'assurance des soins impliquait une perte sèche pour le corps médical.

Ces difficultés et plus généralement la fragilité de la relation médecins-caisses contribuèrent à donner naissance à des modalités assurantielles alternatives, non fondées sur le principe du tiers payant. À partir du milieu des années 1930, les compagnies d'assurance privées, qui opéraient sous la juridiction du Bureau fédéral des assurances et non pas de l'OFAS comme les caisses, commencèrent à s'intéresser à l'assurance-maladie. En mobilisant l'expertise de cadres issus de l'assurance sociale ou du monde mutualiste, elles élaborèrent un modèle d'assurance-maladie conçu pour les besoins des classes moyennes ou supérieures et qui ne fonctionnait pas selon le principe du tiers payant. C'est à ces développements sur le front de l'assurance privée, et aux effets qu'ils exercèrent sur l'activité et la gestion des caisses-maladie, qu'est consacrée la prochaine partie.

PARTIE III.

L'ESSOR D'UN MARCHÉ DE MASSE (1936-1974)

Chapitre 8

Réformes structurelles avortées et concentration sectorielle

En juillet 1948 le *National Health Service Act* entra en vigueur au Royaume-Uni. L'objet de cette loi, mise au point par le gouvernement travailliste de Clement Attlee, était de permettre à tous les Britanniques d'accéder gratuitement à une large gamme de services médicaux et hospitaliers. Le *NHS Act* instituait une caisse nationale de remboursement des soins, financée par l'impôt. La loi nationalisa les hôpitaux et plaça les médecins sous l'autorité de la nouvelle institution. Ce système entendait remplacer la capacité à payer par le besoin, en tant que déterminant essentiel de l'accès aux services de soins⁴⁰⁰. Au sortir de la guerre, le système de protection sociale fut également profondément réformé en France. Si les ordonnances d'octobre 1945 n'instituèrent pas un système de remboursement universel des soins financé par l'impôt, elles regroupèrent les différentes branches des assurances sociales au sein d'une institution unique, la Sécurité sociale et, en matière d'assurance-maladie, étendirent l'obligation d'affiliation à l'ensemble des salariés⁴⁰¹. En Belgique, une loi semblable portant sur la Sécurité sociale des employés fut promulguée en

⁴⁰⁰ WEBSTER Charles, *The National Health Service. A Political History*, Oxford, Oxford University Press, 2002 ; RINTALA Marvin, *Creating the National Health Service. Aneurin Bevan and the Medical Lords*, Londres, Taylor and Francis, 2005.

⁴⁰¹ VALAT Bruno, *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967). L'État, l'institution et la santé*, Paris, Economica, 2001, pp. 58-92.

décembre 1944, à l'initiative du ministre socialiste Achille van Acker. Cette loi rendait obligatoire l'assurance-maladie à tous les employés, imposait aux employeurs de contribuer au paiement des cotisations et, plus généralement, unifiait les différentes branches de la protection sociale⁴⁰².

Le contexte intellectuel de l'immédiat après-guerre était propice à de larges réformes de structure et à la généralisation des assurances sociales. En novembre 1942 fut publié à Londres le rapport parlementaire «*sur les assurances sociales et les services connexes*», rédigé sous la direction de William Beveridge⁴⁰³. Ce rapport proposait d'instaurer un système d'assurances sociales universel, financé par le biais de contributions hebdomadaires généralisées et à taux unique, protégeant du besoin tous les individus, indépendamment de leurs conditions. Selon Beveridge, cette réforme des assurances sociales ne devait constituer qu'un élément parmi d'autres d'une politique générale de progrès social. Le thème de la «*lutte contre le besoin*», fut repris dans la Déclaration de Philadelphie, adoptée en mai 1944, qui redéfinit les objectifs de l'Organisation internationale du travail (OIT)⁴⁰⁴. Le «*droit à la sécurité sociale*» fut également affirmé, quelques années plus tard, par la Déclaration universelle des droits de l'homme de décembre 1948 (article 22).

La Suisse ne resta pas totalement hermétique à cet élan favorable aux assurances sociales. En décembre 1946, fut votée aux chambres fédérales la loi sur l'assurance-vieillesse et survivant (AVS) – en gestation depuis plusieurs décennies – qui instaura un système de retraite par répartition, géré de façon décentralisée par des caisses de compensation. Pour autant, les dépenses sociales en pourcentage du revenu national en Suisse crûrent moins rapidement que dans les autres pays occidentaux entre 1938 et 1960. Si la période de guerre fut marquée par une augmentation des dépenses sociales, portée par les allocations pour perte de gain (APG) liées à la mobilisation,

⁴⁰² COMPANJE K. P., HENDRICKS R. H. M., VERAGHTEERT K. F. E., WIDDERSHOVE B. E. M., *Two Centuries of Solidarities. German, Belgian and Dutch social health care insurance 1770-2008*, Amsterdam, Aksant, 2009, pp. 220-221. Notons qu'en Allemagne, les années d'immédiat après-guerre furent marquées par un retour au système ayant prévalu avant 1933, géré de façon décentralisée par des caisses locales ou d'entreprises, et fondé sur l'obligation partielle, dépendante du revenu.

⁴⁰³ BEVERIDGE William, *Social Insurance and Allied Services, Presented to Parliament by Command of His Majesty*, Londres, HM Stationery Office, 1942.

⁴⁰⁴ OIT, *Déclaration concernant les buts et objectifs de l'Organisation Internationale du Travail (Déclaration de Philadelphie)*, mai 1944. En ligne : <https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=1000:62:0::NO::P62_LIST_ENTRIE_ID:2453907#declaration>, consulté le 18 février 2020.

cette croissance ne fut que temporaire et les dépenses sociales ne dépassèrent leur point haut de 1944 que durant la seconde moitié des années 1950⁴⁰⁵.

Ce chapitre présente dans un premier temps les principaux épisodes législatifs en matière d'assurance-maladie au cours des décennies d'après-guerre, ainsi que l'attitude politique des milieux mutualistes dans ce contexte. Nous examinons dans un second temps la tendance à la consolidation dans le secteur, avec la croissance de l'importance quantitative des grandes caisses centralisées qui concentraient plus de 50 % des effectifs assurés en 1974.

1. Réformes et tentatives de réformes, de 1945 à 1974

Quelle attitude les caisses-maladie adoptèrent-elles vis-à-vis de l'expansion des assurances sociales en général ? Sur l'ensemble du territoire suisse, les mutuelles d'assurance-maladie se réjouirent de l'instauration de l'AVS. Elles avaient largement participé à la propagande en faveur du projet pendant les mois qui précédèrent la votation populaire du 6 juillet 1947. Ce nouveau régime leur permettait d'envisager un apaisement financier, lié à la baisse des dépenses consacrées aux membres âgés, auxquels certaines d'entre elles accordaient des rentes de vieillesse. L'organe de presse des mutualistes romands accueillit avec enthousiasme le résultat de la votation : « *Les caisses-maladie de nos grands groupements : Concordat, Fédération romande et Fédération tessinoise [...] trouvent aujourd'hui leur récompense en saluant l'adoption de la grande œuvre sociale de solidarité et de prévoyance.* »⁴⁰⁶

Dans les autres branches des assurances sociales, les années de l'immédiat après-guerre furent marquées par le maintien du *statu quo*. Certes, le rapport Beveridge, qui fut traduit et publié en allemand en avril 1943, reçut un écho favorable dans certains milieux. Le conseiller fédéral Walther Stampfli chargea l'OFAS d'étudier les possibilités d'en adapter le contenu et les recommandations au système et aux mentalités suisses. Arnold Bohren, ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance-accident et membre du parti socialiste, qui étudia la question et rendit publiques ses conclusions dans un rapport présenté en mai 1943, estima que certaines particularités

⁴⁰⁵ LEIMGRUBER Matthieu, LENGWILER Martin, « Transformationen des Sozialstaats im Zweiten Weltkrieg. Die Schweiz im internationalen Vergleich », in : LEIMGRUBER Matthieu, LENGWILER Martin (éd.), *Umbruch an der „inneren Front“* ..., pp. 9-45.

⁴⁰⁶ « Victoire ! », *Mutualité romande* 7, juillet 1947, p. 116.

de la situation suisse (enracinement de la prévoyance privée et mentalité fédéraliste) rendaient délicate et indésirable une telle adaptation⁴⁰⁷. Quant aux caisses-maladie, elles reçurent le rapport de manière ambiguë. Des articles parurent dans la *Schweizerische Krankenkassen-Zeitung* pour en relativiser la portée et critiquer la dimension étatique des propositions qu'il contenait⁴⁰⁸. Les mutualistes romands, quant à eux, louèrent l'ambition centrale du rapport, celle d'abolir le besoin par la sécurité sociale et par l'extension de l'obligation d'assurance à la population entière. Ils ne souscrivirent naturellement pas à la vision négative des sociétés privées de prévoyance que contenait selon eux le rapport et à ce qu'ils percevaient être un centralisme excessif :

«Les mutualistes romands – et singulièrement leurs dirigeants – y puiseront d'utiles enseignements et de profondes réflexions. Il convient cependant que des voix s'élèvent pour qu'on se rende bien compte que l'équipement social de notre pays – par son degré fort poussé en face de bien d'autres – est loin d'être comparable à celui de la Grande-Bretagne [...]. Dès lors il convient également de dire bien haut que les sociétés de secours mutuels qui tiennent en Suisse une grande place dans les assurances sociales et dont plusieurs ont un siècle d'existence, n'entendent pas être balayées comme fétus pour le plaisir de la centralisation et de l'étatisation.»⁴⁰⁹

Si l'énergie politique en matière d'assurance sociale fut, au cours des années de guerre et d'immédiat après-guerre, essentiellement consacrée à l'AVS, les discussions relatives aux autres risques sociaux ne furent pas complètement abandonnées. En août 1946, le Conseil fédéral, faisant suite à l'introduction en novembre 1945 dans la Constitution de l'article 34^{quinquies} relatif à la protection de la famille, publia un projet de loi sur l'assurance-maternité. Ce projet précisait l'étendue des prestations aux accouchées et en confiait la charge aux caisses-maladie, subventionnées en conséquence. Puisque la plupart des femmes étaient affiliées auprès de caisses-maladie, l'on pensa couvrir la majorité en faisant de l'assurance-maternité une branche de l'assurance-maladie. Sous la critique des associations féministes (qui reprochèrent au projet de laisser de côté les femmes non assurées), des

⁴⁰⁷ LENGWILER Martin, «Das verpasste Jahrzehnt...», pp. 177-178.

⁴⁰⁸ LENGWILER Martin, «Das verpasste Jahrzehnt...», p. 180.

⁴⁰⁹ HUMBERT Sam, «Les caisses mutuelles et le plan Beveridge», *Mutualité romande* 4, avril 1944, pp. 72-73.

contribuables (qui craignirent le coût du projet) et des médecins (qui lui reprochèrent sa complexité), le projet fut abandonné⁴¹⁰.

En matière d'assurance-maladie à proprement parler, les caisses-maladie exhortèrent, dès la fin de la guerre, les autorités fédérales à agir dans le sens d'une révision de la LAMA. En mai 1945, le Concordat soumit au Conseil fédéral des propositions de réformes, visant notamment à rendre obligatoire l'assurance-maladie pour les personnes à revenus modestes en priorité et à étendre les prestations obligatoires aux soins médicaux et pharmaceutiques⁴¹¹. Les Romands se joignirent aux injonctions alémaniques et firent connaître en mai 1947 leurs doléances spécifiques en fait de révision de la loi : assurance obligatoire généralisée pour les soins médicaux, création de caisses spéciales pour les invalides et les personnes ayant épuisé les prestations, extension de l'affiliation à la famille entière et participation des assurés aux frais médicaux⁴¹². Ces propositions de réforme ne donnèrent cependant lieu à aucune réalisation concrète ; à la fin des années 1940, l'énergie des autorités fédérales était en effet absorbée par la problématique de la lutte contre la tuberculose.

En octobre 1948, fut votée par les chambres fédérales et à une large majorité, une nouvelle loi « sur la lutte contre la tuberculose », complétant celle du 13 juin 1928 sur le même objet. La nouvelle loi contenait deux dispositions principales : d'une part, elle instaurait des examens radiologiques obligatoires pour la population entière, afin de pouvoir identifier et assister à temps les tuberculeux ; d'autre part, elle autorisait le Conseil fédéral à rendre obligatoire l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques pour les citoyens à revenus modestes, sur le territoire entier de la Confédération⁴¹³. Dans la presse, on associa à cette loi le nom de Bircher, le conseiller national qui, le premier, en décembre 1943, avait proposé l'idée de soumettre la population entière à des contrôles

⁴¹⁰ Sur l'histoire de l'assurance-maternité, voir STUDER Brigitte, WECKER Regina, SUTTER Gaby, *Zur Konstruktion von Geschlecht durch Mutterschaftsversicherung, Nachtarbeitsverbot und Sonderschutzgesetzgebung im 20. Jahrhundert*, Zurich, Chronos Verlag, 2001 ; P. F., « Jusqu'à quand les femmes suisses devront-elles attendre l'assurance-maternité ? », *Mutualité romande* 1, janvier 1953, pp. 5-6. Plus généralement sur les réformes avortées au cours de cette période, voir également sur cette réforme IMMERGUT Ellen, *Health Politics...*, pp. 161-173 ; ALBER Jens, BERNARDI-SCHENKLUHN Brigitte, *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich...*, pp. 177-321.

⁴¹¹ LENGWILER Martin, « Das verpasste Jahrzehnt... », p. 181.

⁴¹² « Thèses adoptées par la commission de révision de la LAMA de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande et commentaires sommaires », *Mutualité romande* 4, avril 1947, pp. 50-51.

⁴¹³ « Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet de loi complétant celle du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose (Du 8 juillet 1947) » *Feuille fédérale* 2(27), 10 juillet 1947, p. 513.

radiologiques. Or, cette «loi Bircher», en raison de sa disposition relative à l'obligation d'assurance pour les personnes de condition modeste, permettait aux caisses d'envisager un accroissement de leur sociétariat. Les mutualistes, dans l'ensemble, s'en firent les défenseurs⁴¹⁴. La loi Bircher fut toutefois soumise au référendum populaire au printemps 1949, et les critiques à son égard furent nombreuses et retentissantes. On l'accusait d'être coercitive, liberticide et de soumettre la population à l'arbitraire étatique et médical⁴¹⁵. Quant aux médecins, ils s'y opposèrent également, en lui reprochant d'introduire «*pour ainsi dire, "par la petite porte"*»⁴¹⁶ l'assurance-maladie obligatoire. Ils émirent également la crainte que la loi modifie les rapports normaux, de confiance réciproque, entre le médecin et son malade. Finalement, en mai 1949, la loi fut massivement rejetée, par plus de 75 % des votants.

L'échec de la loi Bircher porta un coup d'arrêt aux vellétés des réformateurs sociaux et refroidit les aspirations des partisans d'une assurance obligatoire, du moins pour quelques années. Il n'annihila cependant pas les ambitions de modifier la LAMA et, dès le début des années 1950, l'OFAS fut chargée de se remettre à l'ouvrage et d'élaborer un projet de révision, laissant de côté la problématique de l'obligation fédérale. Les réflexions de l'OFAS donnèrent lieu à un avant-projet, soumis en 1952 à une commission d'experts. Le projet que celle-ci publia en février 1954 prévoyait d'étendre, en gamme et en durée, les prestations obligatoires des caisses (les prestations qu'elles devaient fournir pour obtenir la subvention confédérale), et d'incorporer l'assurance-tuberculose – qui faisait depuis 1928 l'objet d'une organisation séparée – à l'assurance-maladie générale. Le projet prévoyait également d'altérer légèrement le système des subsides en les supprimant pour les assurés «*dans une situation économique très aisée*». Si la commission n'envisageait pas l'obligation générale pour l'assurance-maladie, elle prévoyait en revanche pour l'assurance-maternité, nouvelle branche qu'elle entendait porter sur les fonds baptismaux⁴¹⁷. Le projet de 1954 se heurta cependant à la divergence

⁴¹⁴ DUPUIS Victor «À propos de la loi d'assurance contre la tuberculose», *Mutualité romande* 1, janvier 1949, p. 5; DUPUIS Victor, «Mutualistes, à vous de choisir!», *Mutualité romande* 5, mai 1949, p. 57.

⁴¹⁵ BÉGUIN Pierre, «On ne s'y laissera pas prendre», *Gazette de Lausanne*, 26 novembre 1948, p. 1.

⁴¹⁶ «Les examens radiophotographiques périodiques et obligatoires de toute la population», *BPMS* 11, 18 mars 1949, p. 102.

⁴¹⁷ «*La situation est autre en matière d'assurance-maternité qu'en matière d'assurance-maladie. L'assurance-maternité, dont le but principal est de mettre, dans la mesure du possible, la famille à l'abri des soucis financiers provoqués par une naissance, est le fondement même de la protection*

des intérêts en jeu, et en particulier à l'opposition résolue des compagnies privées d'assurance (sur lesquelles nous reviendrons au prochain chapitre). De surcroît, l'assurance-invalidité fédérale était en même temps à l'étude, et l'on décida de lui accorder la priorité sur l'assurance-maladie, au motif que les possibilités de révision de la seconde dépendaient du système adopté pour la première⁴¹⁸.

C'est en mai 1960, un an après le vote invalidé de la loi sur l'assurance fédérale, que le Département de l'Intérieur publia son projet de révision partielle de la LAMA⁴¹⁹. Celui-ci contenait deux séries de dispositions essentielles : celles relatives aux prestations nouvelles et celles relatives au financement de ces prestations. *Premièrement* : il prévoyait, comme le projet de 1954, d'étendre en durée et en gamme les prestations obligatoires des caisses. Il rendait obligatoire le remboursement des prestations paramédicales, en particulier physiothérapeutiques (y compris chiropractie)⁴²⁰. Il prévoyait également d'étendre les prestations pour les femmes en couches (par exemple, inclusion des frais de sages-femmes, jusqu'alors hors du champ des prestations obligatoires). Il imposait en outre aux caisses de couvrir les frais médicaux et pharmaceutiques pour les prestations ambulatoires pour une durée illimitée (c'est-à-dire jusqu'à guérison). Enfin, il interdisait aux caisses de refuser des candidats à l'admission pour des raisons de santé.

Deuxièmement, le projet proposait de modifier la structure des subventions confédérales aux caisses afin de leur permettre de faire face financièrement aux nouvelles obligations auxquelles il les soumettait. Plus précisément, il envisageait de calculer les subventions non pas par membre et par an (le système en vigueur depuis 1912), mais en proportion des frais médicaux et pharmaceutiques annuels. Les subventions s'ajusteraient ainsi automatiquement à l'augmentation des coûts de la médecine et le Conseil n'aurait plus à accorder de « subventions extraordinaires » comme il l'avait fait à de nombreuses reprises depuis 1912. La loi intervenait également sur

de la famille [...]. De très vastes milieux de la population éprouvent le besoin d'une assurance les protégeant contre les suites économiques d'un accouchement [...]. Or ce but ne peut être atteint que si l'assurance-maternité est obligatoire. » (COMMISSION FÉDÉRALE D'EXPERTS, *Rapport et avant-projet... du 3 février 1954*, p. 47.)

⁴¹⁸ Sur ces points, voir « Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet de loi modifiant le titre premier de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (Du 5 juin 1961) », *Feuille fédérale* 1(25), 22 juin 1961, p. 1426.

⁴¹⁹ « Loi fédérale modifiant le premier titre de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (Du 13 mars 1964) », *Feuille fédérale* 1(11), 19 mars 1964, pp. 540-561.

⁴²⁰ KOCHER Gerhard, *Verbandseinfluss auf die Gesetzgebung...*, pp. 71-76.

le terrain de la participation aux frais des assurés, en imposant aux caisses l'instauration d'une franchise pour les soins ambulatoires. Elle prévoyait toutefois que certains assurés pour lesquels ces mesures pouvaient se révéler « *trop rigoureuses* » puissent en être dispensés.

Ces dispositions ne suscitèrent pas de contestation particulière. Elles furent introduites sans heurt dans la loi définitive de mars 1964 et en constituaient le cœur.

Le Conseil fédéral décida initialement de laisser de côté deux pommes de discorde susceptibles de faire échouer la révision : d'une part, la question de l'obligation fédérale et, d'autre part, la réglementation des rapports entre les médecins et les caisses-maladie (parfois appelée « droit médical » dans la littérature de l'époque). Les groupes d'intérêts impliqués s'accordèrent pour ne pas contester la décision d'exclure des discussions la question de l'obligation fédérale. L'exclusion du droit des médecins, en revanche, ne fit pas l'objet d'un tel consensus. Les médecins jugèrent essentiel qu'un article en particulier soit modifié : l'article 23, 1^{er} alinéa, selon lequel les cotisations devaient être les mêmes pour tous les membres d'une caisse. Cet article excluait la possibilité pour les médecins d'ajuster leurs tarifs en fonction du revenu des patients-assurés (voir chapitre 7). Le Conseil des États, qui se saisit du dossier à l'été 1961, accéda à la requête des médecins et, contre l'avis du Conseil fédéral, décida d'inclure le droit médical dans les discussions⁴²¹.

Cette décision suscita la colère des milieux mutualistes qui exigèrent, en compensation, que les législateurs prévoient des dispositions garantissant une certaine protection aux membres des caisses en l'absence de convention⁴²². En régime non conventionnel, les médecins n'étaient pas légalement tenus par les tarifs cantonaux (sur les conventions, voir chapitre 5). Ils étaient, dans cette situation, libres de fixer discrétionnairement leurs honoraires. Les caisses-maladie estimaient que cette situation les fragilisait et les plaçait à la merci de l'arbitraire médical. Elles considéraient en outre que l'incertitude relative aux honoraires rendait difficile le calcul des primes garantissant leur solvabilité⁴²³. Elles défendaient l'instauration de tarifs-cadres pour les régimes non conventionnels, quitte à ce que ces tarifs soient moins restrictifs

⁴²¹ « Message complémentaire du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui du projet de loi modifiant la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (Du 16 novembre 1962) », *Feuille fédérale* 2 (48), 29 novembre 1952, pp. 1252-1281.

⁴²² « Une décision des médecins », *Mutualité romande* 8, août 1961, p. 11.

⁴²³ « Message complémentaire du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui du projet de loi modifiant la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (Du 16 novembre 1962) », p. 1263.

que les tarifs conventionnels. En outre, les médecins non conventionnés pouvaient exiger des patients qu'ils règlent eux-mêmes la note et qu'ils entreprennent eux-mêmes les démarches auprès de leurs caisses pour obtenir un remboursement (système du tiers garant). Les caisses ne voyaient pas d'un bon œil le tiers garant qui limitait leurs possibilités de contrôle et rendait plus complexe la gestion administrative des remboursements. Elles lui préféraient le système du tiers payant, par lequel elles réglait directement aux médecins les notes d'honoraires⁴²⁴.

La loi du 13 mars 1964 régla finalement la question du droit médical de la façon suivante : concernant le régime conventionnel, elle supprima l'article 23, alinéa 1, qui imposait l'égalité des cotisations pour tous les membres d'une même caisse. Autrement dit, elle légalisait la classification des assurés par groupes de revenus ou de fortune⁴²⁵. En outre, elle excluait des tarifs conventionnels les assurés « dans une situation très aisée », à charge pour les cantons de fixer les seuils qui devaient séparer les ménages « très aisés » des autres. Concernant le régime non conventionnel, elle prévoyait également dans ce cas que des tarifs cantonaux encadrent les honoraires. Ces tarifs cantonaux non conventionnels devaient cependant être moins restrictifs que les tarifs conventionnels, c'est-à-dire que les taxes minimales et maximales devaient être inférieures et supérieures, respectivement, à celles des tarifs conventionnels. La loi excluait également les assurés « très aisés » de ces tarifs-cadres non conventionnels, comme elle le faisait pour les tarifs conventionnels. Enfin, elle spécifiait que tous les assurés, indépendamment de leur situation économique, devaient, en régime non conventionnel, payer eux-mêmes les honoraires des médecins (tiers garant)⁴²⁶.

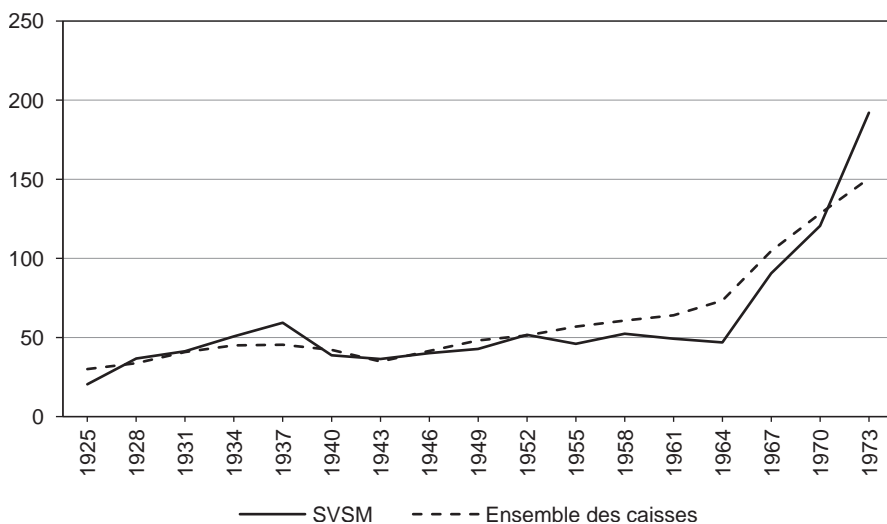
Les dispositions de la nouvelle loi relatives au droit médical n'enchantèrent guère les caisses-maladie. Elles ne s'y opposèrent cependant pas, et refusèrent de lancer une procédure de référendum : elles estimèrent que les avantages de la nouvelle loi surpassaient les inconvénients résultant du nouveau droit médical. Les dispositions de la loi relatives aux prestations obligatoires et

⁴²⁴ Sur la position des caisses pendant cet épisode, voir KOCHER Gerhard, *Verbandseinfluss auf die Gesetzgebung...*, pp. 221-225.

⁴²⁵ Une situation qui existait déjà en pratique dans sept cantons. Cette légalisation sanctionnait donc un fait accompli.

⁴²⁶ « Loi fédérale modifiant le premier titre de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (Du 13 mars 1964) », pp. 540-561.

Graphique 4. Évolution, en francs constants, des prestations totales par membre, pour quatre caisses, 1925-1973



Sources : HSSO, « Caisses-maladie reconnues... », Tab. P.11, et Bulletins de la SVSM. Pour les données d'inflation permettant de calculer la valeur réelle des prestations : HSSO, « Indice suisse des prix à la consommation... », Tab. H.20.

aux subventions leur permettaient de contempler un sociétariat plus étendu et des ressources plus abondantes⁴²⁷.

Les années qui suivirent la révision partielle de mars 1964 (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1965) furent marquées par le retour de la problématique de l'augmentation des frais médicaux et pharmaceutiques qui avait préoccupé les milieux mutualistes durant les années 1920 et 1930. Comme l'illustre le graphique 4, l'année 1964 marqua une rupture dans l'évolution des frais médicaux et pharmaceutiques *réels et par assuré*. La franchise, que la loi introduisait, ne suffit pas à compenser la hausse des frais concomitante à l'extension du champ des prestations remboursables. D'ailleurs, les caisses pouvaient, conformément aux dispositions de la loi et pour certaines catégories d'assurés, se libérer de l'obligation d'introduire la franchise. Cette dispense de franchise pouvait faire figure d'argument commercial⁴²⁸.

⁴²⁷ CSS, *Berichte und Rechnungen/Rapports et comptes annuels*, 1964, p. 60, SSA, K 275.

⁴²⁸ « Tour d'horizon », *Mutualité romande* 6, juin 1966, p. 3.

Ce nouveau contexte était favorable à l'émergence de nouvelles propositions politiques. Par exemple, l'idée d'instaurer une caisse unique publique, fondée sur le principe que la multiplication des dépenses commerciales des caisses constituait un gâchis de ressources sociales, commença à susciter des sympathies. Les caisses n'étaient naturellement guère enthousiastes à cette idée, d'ailleurs promise à un certain avenir⁴²⁹. La *Mutualité romande* affirmait en 1969 sa volonté d'«*enterrer une bonne fois le mythe de la caisse unique*» et ne pas voir «*par quel coup de baguette magique une étatisation ou une centralisation excessive ferait baisser le coût de la médecine*»⁴³⁰. Dans ce contexte, il devenait crucial pour les administrateurs de caisses d'insister sur le caractère plus humain, plus personnel d'un système pluraliste et concurrentiel et, en général, de l'assurance mutualiste⁴³¹.

D'autres, plutôt que de lutter directement contre l'inflation des primes, entendaient en limiter les répercussions financières, en particulier sur les bas salaires. Ce fut le cas du Parti socialiste, qui déposa dans ce sens, en mars 1970, une initiative populaire dite «*pour une meilleure assurance-maladie*», visant à réviser l'article 34^{bis} de la Constitution⁴³². L'initiative du PS, soutenue par l'Union syndicale suisse, prévoyait en substance quatre innovations : premièrement, introduire l'obligation généralisée, tant pour l'assurance des soins (y compris dentaires) que pour l'assurance des indemnités journalières ; deuxièmement, supprimer toute forme de copaiement dans l'assurance des soins pour les maladies «*coûteuses ou de longue durée*» ; troisièmement, proportionner les cotisations des assurés à leur revenu (selon le modèle des cotisations AVS et AI) ; quatrièmement, faire prendre en charge par les employeurs la moitié au moins des cotisations des travailleurs⁴³³.

⁴²⁹ Cette proposition fit l'objet de quatre référendums, entre 1994 et 2014, et fut à chaque fois rejetée.

⁴³⁰ DUVOISIN Roger, «*L'assurance-maladie : réalités et perspectives I*», *Mutualité romande* 12, décembre 1969, p. 4.

⁴³¹ «*Une revue française reproduisait récemment une photo d'une caisse de sécurité sociale. On y voyait, dans un vaste hall, une foule de gens attendant leur tour de passer aux guichets. Des personnes âgées, beaucoup de mamans aussi avec leurs enfants, réduites à patienter, des heures peut-être, avant que l'on puisse s'occuper d'elles. Usantes, épuisantes attentes ! Cette photo, il serait heureux qu'elle tombe sous les yeux de tous ceux qui préconisent l'institution d'une caisse-maladie fédérale unique. Car ce sont ces mêmes conditions d'accueil, cette même atmosphère, inhérentes à toute grande administration, que l'on risquerait de créer chez nous.*» («*L'importance des contacts humains*», *Mutualité romande* 5, mai 1970, p. 2).

⁴³² Sur cette initiative, voir BUCLIN Hadrien, «*Assurance-maladie et libéralisme...*».

⁴³³ «*Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie et la révision de la constitution en matière d'assurance-maladie, accidents et maternité (Du 22 mars 1974)*», *Feuille fédérale* 1(13), 1^{er} avril 1974, pp. 793-796.

L'initiative du PS suscita la critique du Conseil fédéral. Celui-ci reprocha à l'initiative de pousser trop loin la collectivisation des soins et donc, de diminuer «*la responsabilité individuelle*» et de conduire «*à une augmentation non souhaitable de la consommation médicale*»⁴³⁴. En mettant sur un pied d'égalité les petits risques médicaux et les maladies graves, l'initiative chargeait excessivement les assurances sociales; au surplus, le fardeau devenait, selon le Conseil fédéral, trop lourd à porter pour les employeurs chargés de financer la moitié des cotisations.

Afin de faire contrepoids à l'initiative socialiste, le Conseil fédéral décida d'élaborer son propre projet dont il rendit public le contenu en mars 1973. Si les associations faîtières considéraient ce projet comme lacunaire et imparfait, elles lui apportèrent leur soutien lors de la votation; elles considéraient en effet le modèle du Conseil fédéral comme bien meilleur que celui proposé par le Parti socialiste⁴³⁵. Le «contre-projet» du Conseil fédéral consistait essentiellement à diviser l'assurance des soins en deux branches: d'une part, l'assurance pour les traitements hospitaliers et les maladies longues et coûteuses; d'autre part, l'assurance pour les traitements et examens n'étant pas considérés comme lourds et coûteux. La première branche devait être rendue obligatoire pour l'ensemble de la population, la seconde devait demeurer facultative. Les ménages devaient être laissés libres de s'assurer pour les traitements médicaux qui ne faisaient pas peser sur leur finance de risque majeur. Autrement dit, l'idée était de collectiviser les frais de traitements lourds et coûteux, susceptibles de fragiliser les finances des ménages, voire de les condamner à l'insolvabilité, et de privatiser les dépenses médicales de routine, prévisibles et financièrement supportables. L'ambition était de limiter l'occurrence des remboursements pour les «cas bagatelles» qui étaient accusés de contribuer de façon importante à l'augmentation des coûts. En fait de financement et pour l'assurance «gros risque» obligatoire, le contre-projet du Conseil fédéral prévoyait que les cotisations soient fixées en pourcentage du salaire des employés, et que les employeurs contribuent à hauteur de la moitié des cotisations⁴³⁶.

⁴³⁴ «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet modifiant la Constitution fédérale dans le domaine de l'assurance-maladie, accidents et maternité et rapport sur l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie (Du 19 mars 1973)», p. 929.

⁴³⁵ SCHROEDER Felix, «Nochmals zum 8. Dezember», *SKZ* 23, 1^{er} décembre 1974, p. 309.

⁴³⁶ «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet modifiant la constitution fédérale dans le domaine de l'assurance-maladie, accidents et maternité et rapport sur l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie (Du 19 mars 1973)», p. 935.

L'idée de «catastrophiser» l'assurance-maladie bénéficiait à la fin des années 1960 et au début des années 1970 d'une certaine popularité. Le juriste vaudois Jean-Louis Duc avait proposé par exemple, à la fin des années 1960, un projet de réforme dans ce sens: il consistait à introduire, pour les «gros risques», une assurance obligatoire dont la franchise devait s'élever à 5 000 francs (l'équivalent aujourd'hui d'une franchise à 18 000 francs)⁴³⁷. L'assurance des indemnités journalières devait également être «catastrophisée» (extension des délais de carence à deux ou trois mois). Willi Siegrist, administrateur de la Caisse publique du canton de Bâle, avait proposé, concomitamment à Jean-Louis Duc et de façon indépendante, un projet d'assurance-maladie catastrophique obligatoire⁴³⁸. Enfin, le «modèle de Flims»⁴³⁹ dont s'inspirait en partie le Conseil fédéral dans son projet de mars 1973, séparait également les traitements hospitaliers stationnaires (considérés comme couvrant les «gros risques») des traitements ambulatoires et prévoyait de rendre l'assurance obligatoire pour les premiers et de la laisser facultative pour les seconds⁴⁴⁰.

Les deux propositions de réforme – initiative du Parti socialiste et contre-projet du Conseil fédéral – furent soumises au peuple le 8 décembre 1974. Toutes les deux furent finalement rejetées, par 72 % et 66 % des votants respectivement. Ces échecs mirent de nouveau en évidence les difficultés politiques associées à une réforme structurelle fondamentale du système d'assurance-maladie. Ce double rejet ne fit certes pas cesser les discussions sur ce thème. Deux initiatives populaires relatives à la réforme de la LAMA furent soumises au cours des vingt années qui suivirent le double rejet

⁴³⁷ DUC Jean-Louis, «Propositions concrètes pour une nouvelle assurance-maladie,» *Mutualité romande* 12, décembre 1968, pp. 5-7.

⁴³⁸ SIEGRIST Willi, «Réforme de notre assurance-maladie, à la recherche d'une solution», *Mutualité romande* 4, avril 1968, pp. 4-5.

⁴³⁹ Le «modèle de Flims» est le nom donné à un projet de réforme de l'assurance-maladie issu des réflexions d'une commission d'experts (réunie à Flims dans le canton des Grisons) mandatée par le Conseil fédéral en février 1969 et dont le rapport fut publié en février 1972. Voir COMMISSION FÉDÉRALE D'EXPERTS, *Rapport de la Commission fédérale d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie: du 11 février 1972*, Berne, 1972.

⁴⁴⁰ Le projet du Conseil fédéral s'écarterait du modèle de Flims dans la mesure où ce dernier n'incluait dans l'assurance «gros risques» que les traitements hospitaliers. L'assurance «gros risques» telle qu'elle était conçue par le Conseil fédéral incluait en revanche les traitements coûteux non hospitaliers, tels les soins à domicile de longue durée. Par ailleurs, selon le modèle de Flims, la Confédération et les cantons devaient participer au financement de l'assurance obligatoire par des subventions; dans le projet du Conseil fédéral, en revanche, le financement reposait entièrement sur les cotisations des assurés, auxquelles participaient les employeurs. Voir «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet modifiant la constitution fédérale dans le domaine de l'assurance-maladie, accidents et maternité et rapport sur l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie (Du 19 mars 1973)», pp. 938-939.

de 1974: l'initiative populaire «*pour une assurance-maladie financièrement supportable*» soumise par les caisses-maladie en avril 1985, et l'initiative populaire «*pour une saine assurance-maladie*» soumise par le Parti socialiste en mars 1986. Toutes les deux furent rejetées. Fut également rejeté le projet de loi fédérale sur l'assurance-maladie (votation du 6 décembre 1987). C'est finalement en décembre 1994 qu'une réforme fondamentale intervint, avec l'acceptation en votation de la LAMal, instaurant entre autres l'assurance-maladie obligatoire au niveau confédéral. L'histoire des tentatives de réforme post-1974 et de la position que les partenaires sociaux adoptèrent à leur sujet reste cependant à écrire.

2. Concentration et renforcement de la position des caisses centralisées

Le processus d'assurantialisation de la population suisse, entamé durant l'entre-deux-guerres, continua à un rythme soutenu au cours des décennies qui suivirent la Seconde Guerre mondiale. Comme l'indique le tableau 6, la part de la population suisse affiliée à une caisse-maladie reconnue par l'OFAS passa de 45 % en 1939 (1,9 million d'assurés) à 71 % en 1958 (3,8 millions d'assurés), puis à 99 % (6,2 millions d'assurés) en 1971, sept ans après la révision partielle de la loi fédérale⁴⁴¹. L'accroissement de la part de la population assurée au niveau national dissimulait certes des disparités au niveau cantonal. La densité d'assurance atteignait déjà, en 1956, 99,8 % à Soleure, 99 % à Bâle-Ville et 97 % dans les Grisons. Dans d'autres cantons (Fribourg, Appenzell Rhodes-Extérieures), à la même date, moins de la moitié de la population était assurée⁴⁴². Ces disparités régionales étaient en partie liées à la liberté qu'accordait la LAMA aux communes et aux cantons d'instaurer ou non l'assurance obligatoire. Les autorités publiques, communales ou cantonales, exercèrent cette liberté à des degrés divers.

⁴⁴¹ Ces pourcentages couvrent les assurés à la fois pour les soins médicaux et pour les indemnités journalières. Le tableau indique par ailleurs que la structure par sexe du sociétariat des caisses ne s'est pas substantiellement modifiée durant la période: la part de l'effectif féminin est demeurée approximativement constante, à un peu plus d'un tiers de l'effectif total. C'est au cours du premier quart du xx^e siècle que s'est essentiellement produit le processus de féminisation de l'effectif des caisses.

⁴⁴² Pour les données cantonales, voir l'OFAS, *Caisses-maladie et institutions d'assurance-tuberculose reconnues par la Confédération, Statistique 1949-1958*, Berne, 1960; et OFAS, *Institutions de l'assurance-maladie reconnues par la Confédération. Statistique 1959-1968*, Berne, 1970.

Tableau 6. Densité d'assurance en Suisse et structure par sexe du sociétariat, 1865-1971

| | Assurés totaux | | Dont... | | |
|------|----------------|--------------------------------|---------|--------|---------|
| | En milliers | En proportion de la population | Hommes | Femmes | Enfants |
| 1865 | 96 | 4 % | 78 % | 19 % | 3 % |
| 1880 | 210 | 7 % | 78 % | 21 % | 1 % |
| 1903 | 433 | 13 % | 77 % | 21 % | 2 % |
| 1919 | 728 | 19 % | 54 % | 31 % | 15 % |
| 1929 | 1402 | 35 % | 45 % | 36 % | 19 % |
| 1939 | 1912 | 45 % | 42 % | 39 % | 19 % |
| 1949 | 2689 | 58 % | 41 % | 39 % | 20 % |
| 1958 | 3774 | 71 % | 40 % | 37 % | 23 % |
| 1971 | 6205 | 99 % | 40 % | 37 % | 23 % |

Sources : (1) Pour la période 1865-1903 : Kinkelin (1868, 1888) et Gutknecht (1907) (2) Pour les chiffres relatifs aux assurés totaux de la période 1919-1958 : OFAS, *Caisses-maladie et institutions d'assurance tuberculose... 1949-1958*, Tableau 13*, p. 21 (3) Pour 1971 : OFAS, *Statistique relative aux institutions de l'assurance-maladie reconnues par la Confédération 1971*, Berne, 1973, Tableau 60 (4) Pour les chiffres relatifs à la structure par sexe du sociétariat pour la période 1919-1971 : HSSO, «Caisses-maladie reconnues...», Tab. P.11.

Notes : (1) Les chiffres de la population totale utilisés pour la proportion d'assurés sont calculés par interpolation linéaire à partir des données des données décennales des recensements, reproduits dans HSSO, «Population par cantons», Tab. B.1a, 2012. (2) les chiffres pour la période 1865-1880, concernent toutes les caisses mutuelles et pas uniquement les caisses d'assurance-maladie (ce chiffre inclut donc aussi, par exemple, les membres des caisses de secours en cas de décès). (3) Pour la période 1919-1971, les assurés totaux en milliers concernent à la fois les assurés pour les indemnités journalières et pour les soins médicaux. Ils correspondent par ailleurs aux «assurés donnant droit pour les caisses à une subvention fédérale» tels que dénombrés par l'OFAS, et non pas aux «assurés totaux» tels que reproduits dans les *Annuaire statistiques de la Suisse* et dans HSSO, «Caisses-maladie reconnues...», Tab. P.11. Ces derniers chiffres, contrairement à ceux fondés sur le droit à la subvention fédérale, soulèvent un problème de double comptage : une personne assurée auprès d'une caisse pour les indemnités journalières, et d'une autre pour les soins médicaux, était comptée deux fois, de sorte que ce chiffre surestime légèrement le nombre d'assurés.

Cette augmentation de la densité d'assurance ne s'accompagna *pas* d'une augmentation du nombre de caisses autorisées par l'OFAS à opérer en Suisse. De la fin des années 1920 au début des années 1950, le nombre de caisses demeura constant, autour de 1 100, puis déclina progressivement, pour atteindre 815 en 1970 (graphique 5). Par conséquent, la taille moyenne des caisses augmenta et ce, de façon significative. Le nombre moyen de sociétaires par caisse passa approximativement de 2 000 au sortir de la Seconde Guerre mondiale à 7 500 en 1970. Cette rationalisation du secteur était en grande partie attribuable aux fusions – l'absorption des petites caisses par les grandes, essentiellement – qui devinrent plus fréquentes à partir de la fin des années 1950. L'OFAS encourageait ces arrangements et, parfois même, les imposait au motif que les grandes caisses étaient susceptibles d'offrir des prestations plus étendues et une sécurité supérieure⁴⁴³. Les caisses centralisées prenaient souvent l'initiative de proposer aux plus petites des accords de fusion. En décembre 1969, lorsque la caisse du Grütli aborda dans ce sens la section neuchâteloise de la SVSM, cette dernière réagit avec virulence, reprochant à l'intéressée de « *s'en prendre aux caisses existantes assumant leurs responsabilités à la satisfaction de leurs assurés* », et de pratiquer « *l'envahissement* », une approche « *dans la ligne de celle que nous reprochons depuis de nombreuses années aux autorités compétentes consistant à vouloir tout centraliser et faire disparaître les caisses régionales* »⁴⁴⁴. Prudents, les dirigeants de la SVSM décidèrent de ne pas pousser trop loin la controverse, « *qui pourrait se retourner contre nous le jour où, à notre tour, nous pourrions absorber l'une ou l'autre petite caisse-maladie* »⁴⁴⁵.

Le phénomène de fusion des caisses, s'il démarra au début des années 1950 et s'accéléra jusqu'en 1970, ne s'arrêta cependant pas après cette date, au contraire. Aujourd'hui (2023), seules 49 caisses-maladie (dont certaines appartiennent d'ailleurs au même groupe) sont autorisées à pratiquer l'assurance-maladie selon la LAMal⁴⁴⁶.

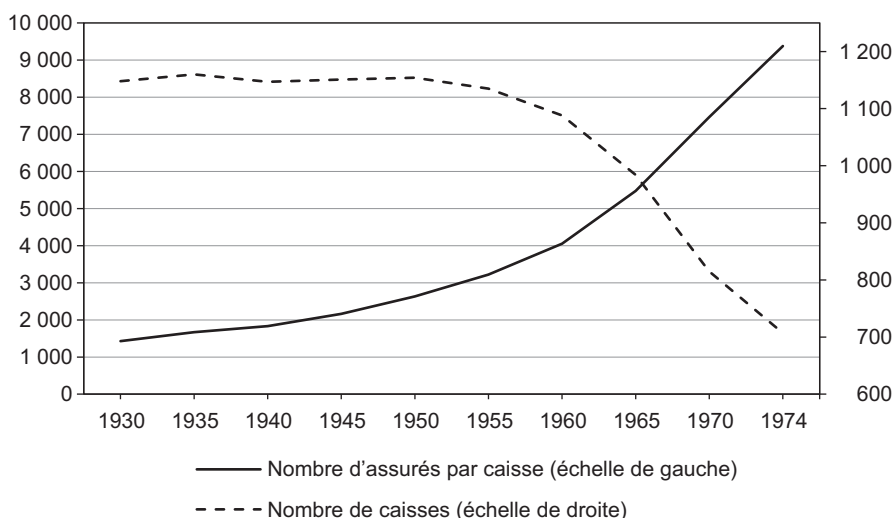
⁴⁴³ OFAS, *Caisses-maladie suisses et caisses d'assurance contre la tuberculose, années 1936 et 1937*, Berne, 1940, p. 3, et OFAS, *Caisses-maladie suisses et caisses d'assurance contre la tuberculose, années 1949-1958*, Berne, 1960, p. 3.

⁴⁴⁴ SVSM, Lettre à la Société suisse d'assurance-maladie Grütli, 3 février 1970, ACV, PP 940/2, Registre 40, f. 62.

⁴⁴⁵ SVSM, Procès-verbal N° 4 de la séance de Bureau, Lausanne, 16 février 1970, ACV, PP 940/2, Registre 40, f. 79.

⁴⁴⁶ OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, « Listes des assureurs et des réassureurs autorisés », <<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung.html>>, consulté le 12 août 2023.

Graphique 5. Nombre de caisses reconnues, et nombre moyen de sociétaires par caisse, 1930-1974



Source : HSSO, «Caisses-maladie reconnues...», Tab. P.11.

Il existait certes encore un grand nombre de petites caisses. 87 % d'entre elles comptaient moins de 2 000 sociétaires en 1944. Et bien que cette proportion eût tendance à diminuer au cours des décennies d'après-guerre, elle s'élevait toujours à 76 % en 1969. Cependant, pour importantes qu'elles soient par le nombre, les petites caisses l'étaient moins par *la part de l'effectif assuré total* qu'elles représentaient. En 1944, 62 % des assurés suisses étaient affiliés auprès d'une caisse de plus de 10 000 membres. Ce ratio augmenta régulièrement, pour atteindre 75 % en 1958, et 83 % en 1969. À cette date, 8 assurés sur 10 étaient affiliés auprès de l'une des 34 caisses de plus de 22 000 membres. Autrement dit, si les petites caisses ne disparurent pas au cours de cette période, la tendance était à la concentration de l'effectif dans les grandes caisses.

En ce qui concerne le genre des caisses, deux tendances sont identifiables (voir le tableau 7). Premièrement, la proportion d'assurés affiliés auprès des caisses publiques diminua nettement, passant de 24 % en 1936 à 15 % en 1955 et à 8 % en 1974. Les caisses publiques n'étaient pas expansionnistes, à l'inverse des caisses privées centralisées. Elles n'aspiraient pas à recruter

hors du champ de leur juridiction (communale ou cantonale). La croissance de leurs effectifs ne pouvait passer que par un accroissement de leur nombre. Or, le nombre de créations de caisses publiques demeura limité au cours des décennies d'après-guerre, une tendance elle-même liée au ralentissement du rythme auquel les cantons et les communes introduisirent l'assurance obligatoire au sein de leur juridiction (la création de caisses publiques accompagnait souvent l'introduction de l'assurance obligatoire, comme ce fut le cas à Bâle en 1914)⁴⁴⁷.

Deuxièmement, la proportion des effectifs totaux assurés auprès des caisses centralisées augmenta significativement, passant de 34% en 1945 à 53% en 1974. Ce sont ces entités qui tirèrent au cours de cette période la croissance du sociétariat au niveau agrégé. Par leurs stratégies de recrutement expansionnistes, elles parvinrent à attirer à elles les effectifs qui étaient jusqu'alors restés en dehors du système assurantiel. Les quatre caisses les plus importantes par la taille du sociétariat au cours de la période de l'entre-deux-guerres, Concordia, CSS, Grütli et Helvetia, consolidèrent leurs positions après 1945 (voir le tableau 5 du chapitre 5). Ces quatre caisses assuraient à elles seules quasiment la moitié de l'effectif total en 1974. Autrement dit, en 1974, un tiers de la population totale de la Suisse était affilié à l'une de ces quatre caisses. L'Helvetia, la plus grande caisse de Suisse, dépassait même un million d'assurés au début des années 1970.

Pour la SVSM, ces décennies furent également marquées par un développement rapide du sociétariat. L'effectif total passa de 14 000 membres en 1940, à 44 000 en 1955 et à 145 000 en 1970, soit un taux de croissance annuel moyen de 7,3%. Cette croissance était notamment le fruit à la fois d'une propagande intense – auprès de la population vaudoise d'abord, puis romande à partir de 1952 – et d'une extension de la gamme de produits visant à séduire de nouveaux segments de marché. Or, ces évolutions sur le front de la politique de l'offre – abordés au chapitre 10, résultaient en partie de ce qui était perçu comme l'apparition d'une nouvelle menace : l'entrée dans la branche, à partir des années 1930, des compagnies d'assurance privées dont la présence soudaine modifia la donne concurrentielle pour les caisses. Le chapitre 9 suivant est consacré à ce phénomène.

⁴⁴⁷ Les principales villes qui avaient introduit l'assurance obligatoire l'avaient fait avant les années 1930 : ce fut le cas de Bâle en 1914, de Genève en 1919 (avec l'assurance scolaire obligatoire) et de Zurich en 1928. Voir les *Rapports du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur sa gestion*, diverses années.

Tableau 7. Répartition des assurés par genre de caisse, 1945-1974

| | 1945 | 1955 | 1965 | 1974 |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Caisses centralisées | 34 % | 40 % | 46 % | 53 % |
| Caisses publiques | 20 % | 15 % | 11 % | 8 % |
| Caisses d'entreprises | 9 % | 9 % | 8 % | 7 % |
| Autres | 36 % | 35 % | 35 % | 31 % |
| Total | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

Source : Annuaires statistiques de la Suisse.

Note: L'OFAS n'explicitait pas dans ses rapports statistiques la façon dont il répartissait les caisses parmi ces catégories. Les contours de la catégorie résiduelle « autres » demeurent flous. Par exemple, la façon dont l'OFAS classifiait la CSS demeure incertaine : cette caisse était en effet à la fois explicitement confessionnelle jusqu'en 1956, et centralisée, active sur l'ensemble du territoire confédéral. Pour la période précédente, voir le tableau 4 du chapitre 5.

Chapitre 9

« Une certaine odeur de pauvres » : l'assurance privée en tant qu'alternative bourgeoise aux caisses-maladie

Au cours des décennies qui suivirent la Seconde Guerre mondiale, la Suisse (comme la plupart des pays occidentaux) connut une phase de croissance économique exceptionnelle. Le taux de croissance réel du PIB par tête s'éleva au cours de la période 1945-1973 à 3,25 % par an en moyenne. Cette croissance profita dans une large mesure aux classes salariées : la part des salaires dans le revenu total augmenta de 18 % sur la période (passant de 55 % en 1945 à 65 % en 1973)⁴⁴⁸. Cette augmentation soutenue du niveau de vie s'accompagna de transformations importantes dans les habitudes de consommation des ménages. La part du budget consacrée aux biens et aux services de première nécessité (alimentation et habillement) chuta, passant de 45 % à 25 % durant la période et libérant du revenu disponible pour les loisirs, la santé et l'éducation⁴⁴⁹. Ces évolutions furent également rendues possibles

⁴⁴⁸ MÜLLER Margrit, « Croissance économique », *Dictionnaire historique de la Suisse*, 21 août 2015. En ligne : <<https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/013821/2015-08-21/>>, consulté le 7 février 2023 ; MÜLLER Margrit, WOITEK Ulrich, « Prospérité, croissance et conjoncture », in : HALBEISEN Patrick, MÜLLER Margrit, VEYRASSAT Béatrice, *Histoire économique de la Suisse au xx^e siècle*, p. 102.

⁴⁴⁹ TANNER Jakob, *Geschichte der Schweiz im 20. Jahrhundert*, Munich, C. H. Beck, 2015, pp. 334-335 ; BRASSEL-MOSER Ruedi, « Consommation », *Dictionnaire historique de la Suisse*, 30 octobre 2008, En ligne : <<https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/016219/2008-10-30/>>, consulté le 7 février 2023.

par la mécanisation croissante du travail domestique (démocratisation de l'aspirateur et des machines à laver) qui favorisait l'entrée des femmes sur le marché du travail.

Ce contexte de prospérité économique exceptionnelle créait les conditions idéales pour l'essor du marché de l'assurance. La croissance généralisée du niveau de vie et du pouvoir d'achat des ménages contenait en germe une source de demande potentielle inexploitée pour les produits assurantiels, en particulier dans le domaine de la couverture contre le risque de maladie. En 1940, un peu plus de 50% de la population totale était assurée contre la maladie. Un vaste marché restait donc à conquérir. Si les caisses se disputèrent la manne, elles furent rejointes au cours de cette période par les compagnies privées. Celles-ci opéraient sous une juridiction différente (la loi de 1908 sur le contrat d'assurance et non comme les caisses-maladie sous la LAMA) et étaient issues d'une tradition assurantielle différente. L'assurance-vie ou la responsabilité civile constituaient en général leur cœur de métier. Les compagnies d'assurance qui décidèrent d'ajouter la maladie à leur portefeuille de risques couverts jetèrent leur dévolu sur les classes moyennes et supérieures.

Ce chapitre aborde dans un premier temps les circonstances ayant conduit certaines compagnies à s'engager dans la branche à partir des années 1930 et 1940. La deuxième section explore les spécificités de cette assurance, ses avantages commerciaux potentiels ainsi que les difficultés qui découlaient de son exploitation, à partir du cas de la VITA, compagnie d'assurance-vie zurichoise, filiale de la Zurich, qui introduisit l'assurance-maladie en 1943. La troisième section examine la réaction des caisses-maladie à l'essor de l'assurance-maladie privée ainsi que l'activité politique des compagnies privées, qui tentèrent au cours de la période de faire entendre leur voix publiquement à propos d'un segment historiquement dominé par les caisses-maladie.

1. Les conditions d'émergence de l'assurance-maladie privée

Les premières compagnies privées à introduire l'assurance-maladie le firent à la fin des années 1930, mais elles avaient commencé dès la fin du XIX^e siècle à conduire des réflexions sur ce front. En 1892, le conseil d'administration de la compagnie La Suisse (basée à Lausanne) fut chargé

par l'assemblée générale d'étudier le bien-fondé de l'introduction de l'assurance-maladie en tant que branche auxiliaire de l'assurance-vie, le cœur de métier de la compagnie. Les actuaires de La Suisse conclurent qu'il n'était pas opportun de prendre des initiatives dans ce sens. L'assurance-maladie pouvait certes être théoriquement intéressante pour une compagnie spécialisée en assurance-vie, «*en fournissant aux individus les moyens de se soigner et de payer leurs primes [vie], chose qui est parfois fort difficile lorsqu'il y a chômage dans le travail [sic]*»⁴⁵⁰.

Les actuaires estimaient que les risques excédaient les avantages éventuels. Tout d'abord, les bases techniques de cette assurance demeuraient encore incertaines. Les compagnies privées s'appuyaient sur des tables (en assurance-vie, des tables de mortalité) pour établir les primes, celles-ci devant couvrir l'espérance de coût des sinistres associée au risque assuré. Or, il n'existait en matière d'assurance-maladie aucune statistique qui semblait satisfaisante aux actuaires de La Suisse pour servir de base à l'établissement d'un tarif fondé scientifiquement. En conséquence, «*tout assureur entreprenant actuellement chez nous cette branche d'exploitation passerait nécessairement par une période de tâtonnement pouvant donner lieu à des déceptions au point de vue financier*»⁴⁵¹. En second lieu, l'assurance-maladie était perçue comme impropre aux grandes entreprises, opérant sur de vastes territoires, en raison des difficultés soulevées par les besoins de surveillance des membres – surveillance rendue nécessaire par les risques de «simulation». Les sociétés locales étaient considérées comme mieux à même d'organiser cette surveillance, car, dans ces sociétés, «*tous les membres se connaissent et ont un intérêt pécuniaire personnel à ce qu'il n'y ait pas d'abus et la surveillance s'y exerce toute seule*». Les actuaires La Suisse conclurent, de façon décisive, que l'assurance-maladie ne pouvait «*être entreprise efficacement et économiquement que par des sociétés de secours mutuels, ou autres du même genre*»⁴⁵².

Entre la fin du XIX^e siècle et les années 1940, l'assurance-maladie sociale (c'est-à-dire celle qui était offerte par les caisses-maladie dans le cadre de la LAMA) prit un essor considérable (voir chapitre 5). Cette période vit également émerger les caisses centralisées opérant sur

⁴⁵⁰ LA SUISSE, Rapport au Conseil d'administration de la Suisse sur l'assurance contre la maladie, Lausanne, 10.1892, pages non numérotées, ACV, PP 844/187.

⁴⁵¹ LA SUISSE, Rapport sur l'Assurance contre la maladie présenté à l'AG ordinaire, Lausanne, 20 avril 1895, pages non numérotées, ACV, PP 844/187.

⁴⁵² LA SUISSE, Rapport sur l'Assurance contre la maladie présenté à l'AG ordinaire, Lausanne, 20 avril 1895, pages non numérotées, ACV, PP 844/187.

l'ensemble du territoire national. Les plus grandes d'entre elles comptaient plus d'une centaine de milliers de membres. L'Helvetia, la plus grande par la taille du sociétariat, payait en moyenne durant les années 1930 plus d'un million de jours de maladie par an à ses membres (en assurance des indemnités journalières)⁴⁵³. Les caisses traitaient donc des quantités massives de données relatives à la morbidité. Autrement dit, l'essor de l'assurance sociale et son corollaire – l'expérience accumulée par les caisses – concouraient à la constitution de la matière statistique nécessaire au traitement actuariel de la maladie. De fait, les travaux actuariels en la matière se multiplièrent⁴⁵⁴. La première table de morbidité portant sur le risque en assurance des soins médicaux et pharmaceutiques fut publiée en 1938⁴⁵⁵. Elle prenait pour base l'expérience de la caisse cantonale d'assurance-maladie de Berne au cours des années 1935 et 1936. L'essor des caisses centralisées mettait également en évidence qu'il était possible pour des organisations d'envergure nationale d'offrir des prestations d'assurance-maladie – ce dont avaient douté les actuaires de La Suisse à la fin du XIX^e siècle.

C'est au sein du monde mutualiste ou à son contact direct que les promoteurs de l'assurance privée développèrent l'expertise et les compétences nécessaires à l'exploitation profitable de cette branche. Plusieurs exemples permettent d'illustrer la porosité de la frontière qui séparait le monde des caisses de celui des compagnies, et ce, en matière d'expertise commerciale et organisationnelle. Parmi les principaux acteurs du monde assurantiel helvète au XX^e siècle figurait Fritz Walther. Cet ancien élève de l'École polytechnique fédérale de Zurich en mathématiques actuarielles fut à la fois actuaire de la caisse-maladie de Berne, conseiller des compagnies privées et chef de section au sein du Bureau fédéral des assurances (organe de surveillance des compagnies privées). L'accès privilégié aux données bernoises dont il bénéficiait lui permit d'élaborer en 1937 la première table de morbidité suisse pour les soins médicaux et pharmaceutiques, qu'il compléta pour les indemnités journalières en 1943. Il participa également à l'élaboration des bases techniques pour l'assurance-tuberculose au début

⁴⁵³ HELVETIA, 39. *Jahresbericht*, 1938, p. 11, SSA, K 226.

⁴⁵⁴ Voir les références listées dans PETITPIERRE André, *Les réserves mathématiques dans l'assurance en cas de maladie*, thèse de doctorat, Lausanne, Université de Lausanne, 1954, pp. 155-157. Voir également SPRING Oscar Werner, *Beiträge zur mathematischen Theorie der privaten und sozialen Krankenversicherung*, thèse de doctorat, Berne, Université de Berne, 1934.

⁴⁵⁵ WALTHER Fritz, «Eine Morbiditätstafel für die Krankenpflegeversicherung», *Bulletin de l'Association des actuaires suisses* 35, avril 1938, pp. 61-92.

des années 1930. De 1949 à 1961, Walther siégea au sein du comité de l'Association des actuaires suisses^{456,457}.

Le cas de Marc Haldy est également révélateur. Cet actuaire, diplômé de l'Université de Lausanne, dirigea la Caisse cantonale vaudoise des retraites populaires, la Caisse d'assurance infantile et officia pendant plusieurs années en tant que président de la section d'Aigle de la Société vaudoise de secours mutuels. Il siégea également au sein de la commission de gestion de cette caisse-maladie et en pilota la grande réorganisation comptable et administrative de 1936. En 1945, il intégra la compagnie d'assurance-vie La Suisse, d'abord en tant que secrétaire général, puis y fut promu directeur général. Incidemment, l'arrivée de Haldy coïncida avec l'introduction par cette compagnie de l'assurance-maladie⁴⁵⁸.

Un autre personnage mérite également d'être mentionné: le Neuchâtelois Arthur Lamazure. Celui-ci fut, au cours des années 1920, impliqué au sein des milieux mutualistes suisses et internationaux en sa qualité de fonctionnaire de l'OFAS. En 1930, il intégra l'Union-Genève, et c'est en partie à son initiative que cette compagnie privée entreprit d'étendre son offre à l'assurance-maladie. Dans la correspondance de la VITA, Lamazure fut qualifié de «*père spirituel*» (*geistiger Urheber*) de l'assurance-maladie privée⁴⁵⁹.

Ces exemples indiquent que l'expérience accumulée par les caisses au cours des premières décennies du xx^e siècle fut essentielle aux compagnies d'assurance qui entreprirent d'étendre à cette nouvelle branche leur portefeuille d'activité.

Un facteur supplémentaire poussa cependant les compagnies privées à s'intéresser à l'assurance-maladie. Comme nous l'avons vu au chapitre 7, les décennies 1920 et 1930 furent marquées, en matière d'assurances sociales, par d'intenses conflits entre les médecins et les caisses-maladie. Les premiers reprochaient aux secondes d'attirer à elles une clientèle aisée à laquelle l'assurance sociale n'était pas originellement destinée. Cette transformation qualitative de la démographie des caisses était nuisible aux médecins. Elle les contraignait à traiter aux tarifs conventionnels

⁴⁵⁶ Sur les contributions de Walther à la caisse cantonale bernoise, voir *100 Jahre Krankenkasse für den Kanton Bern...*, pp. 77-78.

⁴⁵⁷ SCHMID Heinz, «Dr Fritz Walther zum Gedenken», *Bulletin de l'Association des actuaires suisses* 2(1), 1989, pp. 187-188.

⁴⁵⁸ PETITPIERRE André, «À la mémoire de Marc Haldy», *Bulletin de l'Association suisse des actuaires* 2, 1994, p. 107.

⁴⁵⁹ KUMMER Fritz, lettre à Dr W. Linsmayer, Zurich, 6 novembre 1943, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/50.

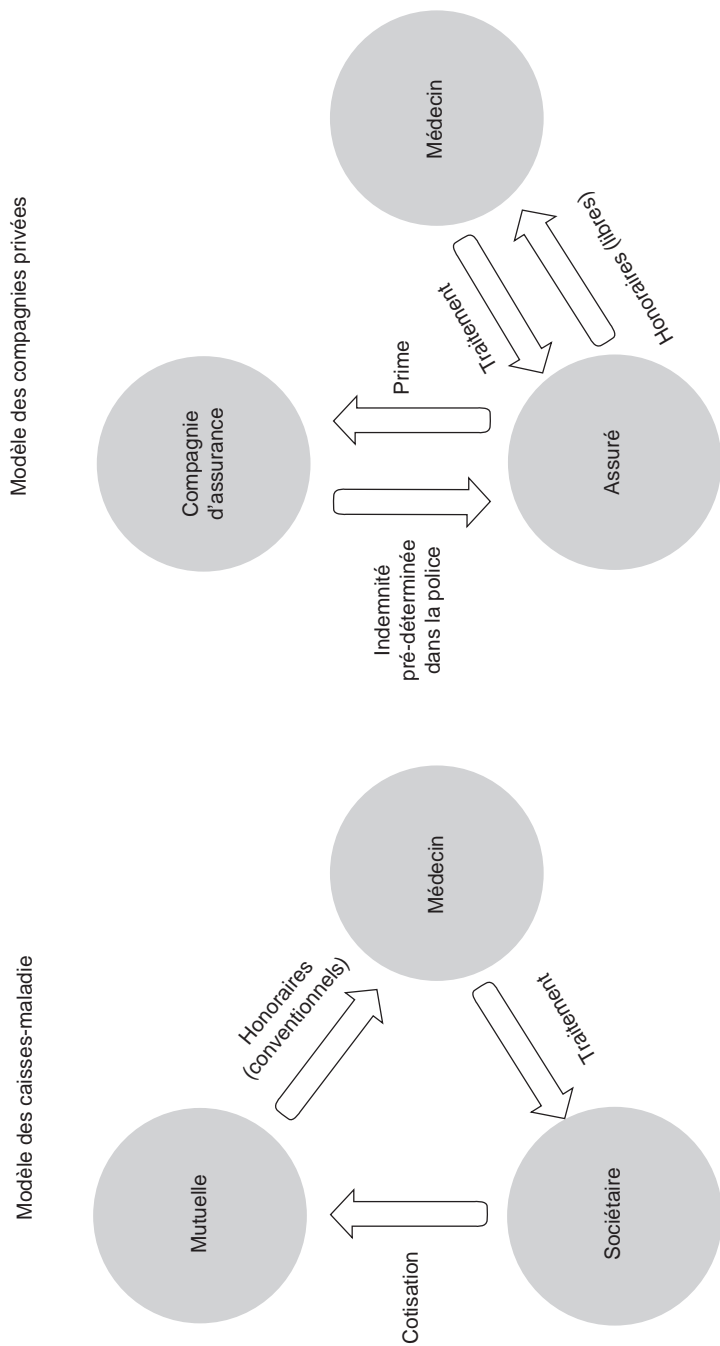


Illustration 8. L'assurance sociale offerte par les caisses-maladie comparée à l'assurance privée.
Source : auteur.

des patients jusqu'alors traités en tant que patients privés. Les conflits entre les médecins et les caisses révélaient l'existence d'une *demande* pour l'assurance-maladie en provenance de ces catégories sociales. Or, les compagnies étaient précisément à même de la satisfaire. Après tout, les catégories aisées constituaient traditionnellement la clientèle des compagnies privées⁴⁶⁰. Les compagnies étaient en outre assurées de pouvoir compter dans cette entreprise sur le soutien des médecins. L'assurance offerte par ces compagnies n'était pas sociale et ne relevait pas de la LAMA. Les compagnies n'étaient donc pas liées – contrairement aux caisses – par les tarifs conventionnels. Les médecins demeuraient libres de fixer leurs honoraires pour les patients assurés auprès des compagnies (voir illustration 8). L'assurance privée était conçue – pour emprunter les mots d'Arthur Lamazure – sur «*la suppression de tout rapport de droit entre le médecin et l'assurance et, par voie de conséquence [sur] le paiement des honoraires médicaux non pas par l'assurance, mais par l'assuré lui-même*»⁴⁶¹. Les médecins percevaient donc d'un bon œil l'intérêt que portaient les compagnies privées à l'assurance-maladie. Les médecins pouvaient même être disposés à jouer en leur faveur le rôle d'agent de propagande. Au cours de la période de l'après-guerre, les médecins contribuèrent à promouvoir l'assurance privée en présentant sous des couleurs avantageuses les polices maladie des compagnies suisses⁴⁶².

C'est en 1930 que l'Union-Genève, la première compagnie à s'aventurer dans ce domaine, obtint du Bureau fédéral des assurances l'autorisation d'opérer dans la branche. Suivirent dans son sillage la Winterthour-Accidents (1935), l'Helvetia-Accidents (1935) et l'Helvetia-Vie (1936). Entre 1936 et 1954, seize compagnies supplémentaires obtinrent l'autorisation du Bureau fédéral pour exploiter l'assurance-maladie, en tant que branche autonome ou complémentaire⁴⁶³. Parmi ces compagnies figurait la VITA. À travers l'étude de ce cas particulier, la section suivante explore les motivations commerciales et stratégiques qui conduisirent les compagnies privées à étendre leur activité à l'assurance-maladie ainsi que les difficultés auxquelles elles firent face dans cette entreprise.

⁴⁶⁰ Comme l'expliquaient les actuaires de La Suisse en 1892: «*L'objectif d'une société d'assurance doit être [...] d'atteindre les classes les plus fortunées au moyen de contrat d'une certaine importance.*» (LA SUISSE, Rapport au Conseil d'administration de la Suisse sur l'assurance contre la maladie, Lausanne, octobre 1892, pages non numérotées, ACV, PP 844/187).

⁴⁶¹ LAMAZURE Arthur, «L'assurance-maladie des classes moyennes», *BPMS* 44, 1^{er} novembre 1940, pp. 445-446.

⁴⁶² «L'assurance-maladie des compagnies d'assurance privées», *BPMS* 30, 27 juillet 1951, pp. 339-342.

⁴⁶³ PARATTE Gabriel, *L'assurance privée...*, pp. 13-14.

2. L'engagement de la VITA dans le marché de l'assurance-maladie

C'est en 1922, à Zurich, que la VITA fut fondée à l'initiative de la Zurich, compagnie d'assurances-accident et responsabilité civile. Le contexte économique international des années qui suivirent l'armistice de 1918 était en effet favorable au développement d'institutions suisses d'assurance sur la vie. Les turbulences monétaires de cette période fragilisèrent un grand nombre de compagnies étrangères qui avaient été jusqu'alors solidement implantées en Suisse. L'activité internationale des compagnies allemandes souffrit particulièrement de l'hyperinflation de Weimar. La loi allemande de surveillance des assurances imposait aux compagnies nationales de garantir leurs engagements contractés à l'étranger par des actifs libellés en marks. La baisse brutale de la valeur de cette monnaie poussa mécaniquement les compagnies allemandes multinationales à la faillite. En Suisse, huit d'entre elles, qui figuraient parmi les plus importantes au regard de la valeur du portefeuille, durent abandonner leurs activités. La faillite des compagnies allemandes laissa un vide que les assureurs suisses s'empressèrent de combler. Alors qu'aucune société suisse d'assurance-vie n'avait été fondée entre 1881 (date de la fondation du Bureau fédéral des assurances) et 1918, cinq nouvelles compagnies furent constituées au cours des huit années qui suivirent la fin de la guerre⁴⁶⁴.

Le Bureau fédéral des assurances, organe de surveillance qui accordait les autorisations d'opérer sur le territoire de la Confédération, interdisait aux compagnies de s'occuper à la fois d'assurance dommages (de choses, meubles et immeubles) et d'assurance-vie. Les compagnies accident-responsabilité civile qui, pour la plupart, s'occupaient également d'assurance des choses durent par conséquent, pour s'étendre vers l'assurance-vie, créer des entités autonomes⁴⁶⁵. C'est ainsi que, en 1922, la Winterthur fonda la Winterthur-Vie et que la Zurich fonda la VITA. Les opérations de cette dernière s'accrurent rapidement puisqu'elle absorba, au cours de ses deux premières années d'existence, les portefeuilles de quatre compagnies étrangères en difficulté⁴⁶⁶. En 1933, la VITA se classait

⁴⁶⁴ BUREAU FÉDÉRAL DES ASSURANCES, *Rapport sur les entreprises privées en matière d'assurances en Suisse en 1922*, Berne, 1925, pp. 2-3.

⁴⁶⁵ BUREAU FÉDÉRAL DES ASSURANCES, *Rapport sur les entreprises privées... 1922*, pp. 2-3.

⁴⁶⁶ ZURICH INSURANCE GROUP, *Good health means good business. How a Zurich company's innovations changed the way we think about life insurance and health*, Zurich, 2014, p. 8.

au sixième rang sur vingt et un des compagnies d'assurance-vie, par la valeur des engagements⁴⁶⁷. La VITA occupa également au xx^e siècle un rôle clé au sein du marché de la prévoyance vieillesse, en particulier dans le domaine des contrats collectifs⁴⁶⁸.

Les dirigeants de la Zurich entreprirent de faire de la VITA une compagnie active dans le domaine de la médecine préventive et de l'hygiène. Ils s'inspirèrent de l'œuvre de l'hygiéniste américain Eugen Lyman Fisk, administrateur d'assurance et fondateur du Life Extension Institute, qui considérait la promotion de la santé (et l'extension de l'espérance de vie) comme l'un des devoirs essentiels des compagnies d'assurance-vie⁴⁶⁹. La VITA figura parmi les premières compagnies à introduire ces principes en Europe. En 1925, à l'initiative de son directeur général Walter Linsmayer, la VITA introduisit l'examen médical gratuit pour ses assurés et, à partir de 1929, publia le *VITA-Ratgeber*, un magazine gratuit pour les assurés contenant des recommandations sanitaires. En 1927, la filiale allemande de la VITA contribua, aux côtés de quatre compagnies allemandes, à fonder l'Office central allemand pour le service de santé dans l'assurance-vie (*Deutsche Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung*). En 1940, elle introduisit en Suisse le remboursement des opérations chirurgicales pour le traitement des maux menaçant la vie de ses assurés⁴⁷⁰.

Eu égard à l'importance qu'accordait la VITA à la «santé», tant dans sa communication que dans ses pratiques, une extension vers l'assurance-maladie apparaissait naturellement digne d'être considérée. C'est en 1943 que les premières études à ce sujet furent entreprises. La branche était, à cette date, encore neuve et les contrats privés d'assurance-maladie, peu répandus. Le total des primes encaissées pour l'assurance-maladie privée ne s'élevait alors qu'à 696 000 francs, soit 0,15 % du total des primes encaissées par l'ensemble des compagnies d'assurance, toutes branches confondues (457 millions de francs)⁴⁷¹. Par comparaison, les caisses-

⁴⁶⁷ ZÜRICH INSURANCE GROUP, *Good health means good business...*, p. 9.

⁴⁶⁸ LEIMGRUBER Matthieu, *Solidarity without the State ?...*, p. 81 et pp. 131-135.

⁴⁶⁹ FISK Eugene Lyman, «Life Insurance and Life Conservation», *The Scientific Monthly* 4(4), 1917, pp. 330-342.

⁴⁷⁰ LENGWILER Martin, «Im Fahrwasser der Finanzmärkte. Vorsorgetechniken des Versicherungswesens und ihre Grenzen», in: HANNING Nicolai, THIESSEN Malte (éd.), *Vorsorgen in der Moderne: Akteure, Räume und Praktiken*, De Gruyter, Oldenbourg, 2017, pp. 69-72; BUREAU FÉDÉRAL DES ASSURANCES, *Rapport sur les entreprises privées d'assurance en Suisse pour l'année 1927*, Berne, 1929, p. 11.

⁴⁷¹ BUREAU FÉDÉRAL DES ASSURANCES, *Rapport sur les entreprises d'assurances privées en Suisse 1956*, Berne, 1958, p. 219.

maladie recevaient à cette date 83 millions de francs de cotisations. Les primes maladie des compagnies privées représentaient donc un peu moins de 1 % de la valeur des cotisations des caisses.

C'est auprès de l'actuaire Fritz Walther, alors chef de section au Bureau fédéral des assurances, que se tourna la VITA afin d'obtenir des informations sur la branche et des éléments lui permettant d'évaluer le bien-fondé de l'introduction de cette nouvelle forme d'assurance et sa rentabilité potentielle. Considéré dans les milieux assurantiels suisses comme l'un des principaux experts en matière d'assurance-maladie privée – un domaine où, d'ailleurs, l'expertise actuarielle était considérée comme rare⁴⁷² –, Walther fit part à Linsmayer de son optimisme quant aux possibilités de développement de l'assurance-maladie privée en Suisse. L'assurance-maladie n'était pas obligatoire au niveau fédéral et une fraction significative de la population demeurait en dehors du système des caisses-maladie. Certes, les caisses étaient ouvertes à tous et jouissaient des subventions fédérales, qui leur permettaient d'offrir des tarifs attractifs. De surcroît, les médecins étaient souvent contraints, par le système des conventions cantonales, de traiter les membres des caisses à des tarifs inférieurs à ceux qu'ils auraient pu fixer en situation de liberté tarifaire. Les classes moyennes et supérieures, toutefois, se tenaient en général éloignées de ces organisations qui, originellement, ne leur étaient pas destinées. *«Les personnes plus aisées ne veulent généralement pas se soumettre aux réglementations des caisses-maladie reconnues concernant les certificats médicaux, les visites médicales, etc. Si l'assurance privée limite ses activités au domaine qui en fait raisonnablement partie, elle n'entre guère en concurrence avec l'assurance-maladie sociale»*, écrivit Walther⁴⁷³. En outre, la LAMA imposait aux caisses des obligations (la couverture des cas bagatelles, par exemple), qui alourdisaient leur fonctionnement et renchérisaient les cotisations. Les compagnies privées, en revanche, jouissaient d'une certaine liberté qui leur permettait d'élaborer des polices spécifiquement adaptées aux besoins des classes moyennes et supérieures. Les compagnies devaient de ce point de vue se concentrer – selon la recommandation de Walther – sur des formes d'assurance protégeant contre les conséquences financières catastrophiques des maladies graves. Les ménages aisés étaient en général capables d'absorber seuls les coûts

⁴⁷² *«Les véritables spécialistes de l'assurance-maladie sont très peu nombreux.»* (VITA, Besuch von Herrn Dr Walther, Sektionschef von EVA, Zurich, 12 mai 1943, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/2, p. 2).

⁴⁷³ WALTHER Fritz, lettre à W. Linsmayer, Zurich, 27 août 1943, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/15b.

résultant des cas bénins et de courte durée, mais pouvaient se trouver en difficulté face aux coûts importants des traitements lourds⁴⁷⁴.

Les perspectives optimistes présentées par Walther contribuèrent à renforcer la conviction des administrateurs de la VITA quant au bien-fondé de l'introduction d'une assurance-maladie. La forme spécifique à donner à cette nouvelle assurance demeurait néanmoins à déterminer. Fallait-il l'introduire en tant que branche autonome ou en tant que branche complémentaire à l'assurance-vie, cœur de métier de la VITA ? Plusieurs considérations plaidèrent en faveur d'une assurance-maladie ouverte aux seuls titulaires d'une police-vie, du moins dans un premier temps. Premièrement, la conservation de la santé des assurés-vie apparaissait comme une ambition conforme aux intérêts de toute compagnie d'assurance-vie. Il était dans l'intérêt des compagnies d'assurance que l'assuré vive au-delà de la date d'échéance de la police, car en cas de « mort prématurée » (avant échéance), les compagnies devaient verser aux bénéficiaires une indemnité. L'assurance-maladie, qui pouvait être susceptible de contribuer à préserver la santé et à augmenter l'espérance de vie, représentait de ce point de vue une extension naturelle de l'assurance-vie.

Deuxièmement, une telle combinaison (l'assurance complémentaire) pouvait se révéler moins coûteuse du point de vue administratif et organisationnel. Elle était à même de faciliter le travail des agents, la collecte des primes et le traitement des sinistres. Elle permettait de limiter le nombre de visites médicales et de ne pas multiplier le nombre de départements spécialisés au sein de la compagnie⁴⁷⁵. L'assurance-maladie complémentaire facilitait l'action commerciale des agents pour l'assurance-vie qui restait et devait rester aux yeux des administrateurs, le cœur de métier de la VITA⁴⁷⁶.

Troisièmement, une assurance complémentaire permettait de suivre l'état de santé des assurés tout au long de leur vie et de produire de précieuses informations. Elle pouvait ainsi faciliter le règlement des sinistres en

⁴⁷⁴ VITA, Besuch von Herrn Dr Walther, Sektionschef von EVA, Zurich, 12 mai 1943, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/2.

⁴⁷⁵ VITA, Krankenversicherung - Ein neuer Geschäftszweig der "VITA"?, Zurich, 31 mai 1943, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/5, pp. 3-4.

⁴⁷⁶ Comment l'écrivit en 1943 un agent de la VITA à W. Linsmayer: « *L'assurance-maladie rend possible de nouvelles actions publicitaires pour l'assurance-vie. La production sera toujours dominée par l'assurance-vie. Mais c'est justement la production dans l'assurance-vie qui pourra être encouragée par des actions indirectes en faveur de l'assurance-maladie.* » (PFISTER R., lettre à W. Linsmayer, Berne, 18 octobre 1943, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/30, pp. 4-5).

rendant superflus les efforts visant à obtenir, *post mortem*, de plus amples informations médicales sur le défunt titulaire de la police d'assurance⁴⁷⁷.

Enfin, une assurance-maladie complémentaire donnait aux assurés la capacité financière de continuer à payer leurs primes vie même en cas de maladie les privant de revenus. L'incapacité des assurés à payer leurs primes était un mal dont se plaignait régulièrement la VITA. Durant les années 1930, la crise économique et le chômage de masse avaient été à l'origine de difficultés de paiement. Au cours des années de guerre, la mobilisation et les pertes de revenus qu'elle engendrait avaient produit les mêmes effets. Si les prestations d'assurance perte de gain des caisses de compensation contribuèrent à atténuer le problème, les difficultés financières causées par les maladies et les accidents demeuraient des causes récurrentes de défaut de paiement. L'assurance-maladie était donc envisagée comme un outil pouvant contribuer aux paiements plus réguliers des primes vie⁴⁷⁸.

La question de la nature des prestations à offrir – assurance des soins médicaux ou indemnités journalières – se posa aux compagnies privées comme elle s'était posée aux caisses-maladie au cours de l'entre-deux-guerres. Les deux pionnières de l'assurance-maladie privée, l'Union-Genève et l'Helvetia-Accidents prirent le parti de couvrir les coûts résultant des traitements médicaux et hospitaliers. Ces compagnies insistaient néanmoins sur les différences qui séparaient leur assurance soins de celle des caisses-maladie. La protection offerte s'adressait à une clientèle particulière. Elle était «catastrophique», c'est-à-dire qu'elle couvrait les coûts importants résultant de maladies graves et excluait les cas bagatelles que les catégories aisées étaient en mesure de supporter par leurs propres moyens. Les compagnies n'imposaient pas non plus le tiers payant, ce qui permettait «une régulation beaucoup plus libre du rapport entre patient et médecin que celle imposée par la [LAMA]»⁴⁷⁹. Il existait certes un tarif, en particulier pour les opérations chirurgicales, mais, contrairement aux tarifs cantonaux de l'assurance sociale, celui-ci ne s'imposait pas aux médecins et ne les concernait pas. Les médecins et chirurgiens demeuraient libres de déterminer leurs honoraires. Les tarifs des assurances privées étaient fixés *ex ante*, contractuellement, entre l'assuré et l'assureur, et servaient

⁴⁷⁷ VITA, Krankenversicherung - Ein neuer Geschäftszweig der "VITA"?, Zurich, 31 mai 1943, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/5, pp. 5-6.

⁴⁷⁸ VITA, Krankenversicherung - Ein neuer Geschäftszweig der "VITA"?, Zurich, 31 mai 1943, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/5, p. 1.

⁴⁷⁹ UNION GENÈVE, *Der Arzt und die Mittelstandskrankenversicherung*, s. d., ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 2, 38/158, p. 5, souligné dans l'original.

de base à la détermination des indemnités. Les assureurs, opérant sous la juridiction de la loi sur le contrat d'assurance de 1908, plutôt que sous la LAMA, demeuraient libres d'exclure les traitements qu'ils n'entendaient pas couvrir. L'Helvetia-Accident, par exemple, ne couvrait pas les «*états de fatigue ou d'épuisement*», «*les troubles associés à la ménopause*» et les «*psychoses, psychonévroses et les maladies mentales*»⁴⁸⁰. En revanche, la liste des prestations remboursables était imposée aux caisses-maladie. Les contrats pouvaient également être plus finement ajustés aux besoins des assurés, concernant les traitements couverts et les indemnités⁴⁸¹. Enfin, les temps de carence relativement longs et une participation élevée permettaient de limiter l'influence des «facteurs subjectifs» (l'aléa moral en termes contemporains).

Quant à la VITA, elle décida de ne proposer qu'une assurance d'indemnités journalières. Elle entendait ainsi faciliter le règlement des indemnités et éviter les difficultés que pouvaient faire apparaître le calcul des coûts de traitements médicaux et leur augmentation imprévue⁴⁸². Comme elle l'expliqua au Bureau fédéral des assurances à l'occasion de sa demande de concession, «*l'assurance pure d'indemnités journalières ne pose pas de problèmes techniques difficiles. Au reste – puisque nous ne remboursons pas les frais des soins médicaux – la preuve du droit à l'indemnité est très simple: un document certifiant la durée de l'incapacité signé par l'assuré et le médecin suffit. Cela évite toute discussion avec l'assuré.*»⁴⁸³ L'assurance d'indemnités journalières n'exigeait ni preuve des frais de traitements ni note d'honoraires. La VITA comptait sur la simplicité du système pour se distinguer des autres compagnies, et, éventuellement, pour séduire des mutualistes aisés et les persuader de quitter leurs caisses⁴⁸⁴. La fonction de l'assurance des soins était partiellement remplie par le «service de santé» et par la consultation médicale gratuite à laquelle l'assuré avait droit tous les deux ans.

⁴⁸⁰ HELVETIA-ACCIDENTS, Assurance-maladie des classes moyennes. Conditions générales pour l'assurance individuelle, Zurich, s. d., ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/7.

⁴⁸¹ La police de l'Helvetia-Accidents stipulait par exemple qu'étaient exclues de l'assurance «*les maladies énumérées aux conditions particulières figurant sur la police et qui d'un commun accord entre les parties, ne sont pas couvertes par l'assurance*» (article 2.a.).

⁴⁸² VITA, Sitzung des Verwaltungsrates. Exposé zum Traktandum 4. "Aufnahme der Krankenversicherung als Nebenzweig", Zurich, 10 novembre 1943, ZAZ, VITA, Q 128 208 71361, p. 4.

⁴⁸³ VITA, Sitzung des Verwaltungsrates. Exposé zum Traktandum 4. "Aufnahme der Krankenversicherung als Nebenzweig", Zurich, 10 novembre 1943, ZAZ, VITA, Q 128 208 71361, p. 4.

⁴⁸⁴ VITA, Quand apparaît la maladie..., Zurich, s. d., ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 132/72e.

L'assurance-maladie VITA garantissait donc le paiement d'une somme fixe, déterminée au moment de la signature du contrat, en cas d'incapacité de travail totale causée par la maladie (à l'exclusion de maladies résultant d'accidents, de faits de guerre ou apparues au service militaire). L'assuré ne pouvait recevoir d'indemnité qu'à partir d'un délai de quatorze jours à compter du début de la période d'incapacité de travail. Cette indemnité pouvait être accordée au maximum pour une durée de trois cent soixante jours à plein tarif et pour trois cent soixante jours supplémentaires à demi-tarif. La VITA offrait également une indemnité journalière d'hospitalisation (*Spitaltaggeldversicherung*), permettant de couvrir, au moins en partie, les frais d'entretien et de traitement en cas de séjour hospitalier. L'indemnité d'hospitalisation – due, elle, dès le lendemain de l'admission à l'hôpital – était supérieure de 50 % à l'indemnité de maladie standard. Elle ne pouvait toutefois être versée que pendant une période de trente jours. L'assurance-maladie de la VITA incluait également un système de « bonus » – étranger à l'assurance sociale – selon lequel un an de prime était reversé à l'assuré n'ayant présenté aucune demande d'indemnité pendant cinq années consécutives⁴⁸⁵. Le tableau 8 compare les caractéristiques contractuelles de l'assurance privée individuelle VITA à celles de l'assurance individuelle offerte par la Société vaudoise de secours mutuels (pour les indemnités journalières).

L'exposé des motifs que la VITA présenta au Bureau fédéral des assurances en 1943, afin d'obtenir l'autorisation d'introduire l'assurance-maladie en tant que branche complémentaire, est révélateur du positionnement commercial des compagnies privées, du regard qu'elles portaient sur les caisses, de la conception qu'elles avaient de leur propre rôle social et de leur perception des besoins des classes moyennes. De ce point de vue, l'exposé mérite sans doute une citation plus longue que de coutume :

« Il ne fait aucun doute que le besoin existe pour une assurance-maladie privée et efficace, adaptée aux circonstances des classes moyennes suisses. Les rapports divers et étroits qu'entretient la VITA avec le corps médical suisse, à travers notamment notre "Service de santé", nous ont donné un aperçu de la position du corps médical face au problème des caisses-maladie. La relation entre le médecin et le patient est trop souvent perturbée par des considérations financières: le patient exige de sa caisse

⁴⁸⁵ VITA, Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung, Zurich, s. d., ZAZ, VITA, Q 128 208 71361.

le remboursement des frais médicaux, tandis que le médecin tente de se protéger des faibles tarifs cantonaux que lui imposent les caisses. L'odeur des pauvres gens, qui se dégage des caisses-maladie subventionnées par la Confédération, y compris pour les adhérents volontaires, l'hypertrophie administrative qui y règne, et les files d'attente imposées aux patients privés, complètent ce désagréable tableau.

Les médecins tentent depuis longtemps d'éloigner les classes moyennes de l'assurance sociale, afin d'éviter la fonctionnarisation de la profession médicale. La primauté du financement devrait céder le pas à la primauté de la santé. Au moment de l'élaboration de la LAMA, il fut postulé, et à juste titre, que les subventions accordées aux caisses devaient être destinées aux couches les moins favorisées de la population. En fait de politique sociale, l'extension des caisses-maladie, vers les catégories aisées qui se transforment alors en bénéficiaires de subventions, n'est pas sans danger. [...] Cet état de fait, qui a été critiqué à juste titre par la profession médicale, n'est modifiable que de deux façons: soit par une révision de la LAMA, chose qui devient très difficile à mesure que s'étend au fil des ans l'empire des caisses-maladie, ou soit, par une extension du champ de l'assurance-maladie vers une couverture des besoins légitimes des classes moyennes par des institutions autres que les caisses-maladie, et ce, sans augmentation significative des primes, et tout en maintenant le principe de traitement des assurés en tant que patients privés.

La classe moyenne perçoit clairement la nécessité d'une couverture totale ou partielle des coûts des longues maladies. La VITA, qui entretient des relations commerciales particulièrement étroites avec ces milieux, a pris conscience ces dernières années que la maladie prolongée représentait l'une des principales causes des difficultés à payer les primes d'assurance-vie. [...] Pour les maladies occasionnelles et de courte durée, qui entraînent des frais médicaux et pharmaceutiques faibles, les membres de la classe moyenne n'ont pas besoin de couverture assurantielle. La situation est différente pour les maladies graves et longues, surtout lorsque le patient doit être conduit dans un établissement de soin. De tels cas perturbent nécessairement le budget du ménage.»⁴⁸⁶

⁴⁸⁶ VITA, Sitzung des Verwaltungsrates. Exposé zum Traktandum 4. «Aufnahme der Krankenversicherung als Nebenweig», Zurich, 10 novembre 1943, ZAZ, VITA, Q 128 208 71361, p. 4. Soulignement dans l'original.

Tableau 8. Comparaison des assurances d'indemnités journalières offertes respectivement par la SVSM et la VITA, début des années 1950

| | SVSM | VITA |
|---|---|--|
| Base légale | Loi sur l'assurance-maladie et accidents (1911) | Loi sur le contrat d'assurance (1908) |
| Gouvernance | Mutuelle, but non lucratif | Société anonyme |
| Âge d'entrée | 0 à 55 ans | 20 à 55 ans |
| Durée d'assurance | Illimitée (liée au sociétariat) | De 10 à 20 ans |
| Participation aux bénéfécies | Non applicable (mutuelle à but non lucratif) | Système de bonus (ristourne d'une prime annuelle si aucune indemnité pendant 5 ans) |
| Temps de carence pour indemnités journalières | 1 à 3 jours pour l'assurance sociale LAMA («assurance standard») | 14 jours |
| Prime mensuelle pour une indemnité journalière de 10 francs | 13 francs pour une assurance standard (âge d'entrée 35 à 44 ans) | 8,9 francs (assurance pour une durée de 20 ans, âge d'entrée de 41 à 43 ans). Les prestations incluent les indemnités journalières d'hospitalisation |
| Hospitalisation | Assurance complémentaire facultative: prime mensuelle de 1,5 franc, pour 10 francs par jour d'hospitalisation | Incluse dans la police. En cas d'hospitalisation, l'indemnité journalière est augmentée de 50 %, et passe de 10 francs à 15 francs par jour |

Sources: Pour la SVSM, voir la plaquette tarifaire dans ACV, PP 940/2, Registre 13 (1950), f. 99. Pour la VITA, voir ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/729.

La mission sociale de l'assurance privée était donc d'offrir aux classes moyennes une alternative à l'assurance sociale afin qu'elles n'aient pas à souffrir de «*l'odeur des pauvres gens*» (*Armeleutegeruch*) qui se dégageait des caisses-maladie subventionnées⁴⁸⁷. Plus globalement, les

⁴⁸⁷ L'expression revient à plusieurs reprises dans les documents de la VITA, comme dans ce passage, dont je tire le titre de ce chapitre: «*L'ensemble du système des caisses-maladie a acquis – à tort ou à raison – une certaine “odeur de pauvres”, à laquelle les milieux aisés cherchent à échapper dans la mesure du possible, même au prix d'une couverture d'assurance insuffisante.*» (VITA, Krankenversicherung - Ein neuer Geschäftsweig der “VITA”?, Zurich, 31 mai 1943, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/5, pp. 3-4.)

compagnies privées estimaient pouvoir contribuer au bon fonctionnement des assurances sociales, en œuvrant à soulager les conflits qui opposaient régulièrement les médecins aux caisses-maladie. Comme nous l'avons vu au chapitre 7, les médecins regimbaient à traiter les membres «aisés» des caisses en tant qu'assurés plutôt qu'en tant que patients privés. En captant la classe moyenne et supérieure et en permettant à leurs assurés d'être traités comme des patients privés, les compagnies pouvaient donc contribuer à apaiser les tensions qui troublaient les rapports médecins-caisses depuis les années 1920. Les compagnies privées entendaient endosser le rôle d'*agent pacificateur* du système social helvète. Les compagnies pouvaient également de cette façon permettre aux subventions fédérales accordées dans le cadre de la LAMA d'être dirigées exclusivement vers leurs bénéficiaires légitimes, les personnes à revenus modestes. C'est bien le vocable de «mission» qu'employa Fritz Walther en mai 1951 lors d'une conférence réunissant le Bureau fédéral des assurances (dont il était représentant) et les administrateurs des compagnies privées s'occupant d'assurance-maladie :

*«Du point de vue de la politique sociale, l'assurance-maladie privée en Suisse, fondée sur les saines bases de l'économie de marché et sur la responsabilité individuelle (primes supportées individuellement, sans subventions), a une mission à remplir. Sans elle, les caisses-maladie élargiraient constamment leurs cercles d'assurés vers les classes moyennes et supérieures, ce qui ne serait pas justifié économiquement.»*⁴⁸⁸

Sans surprise, le projet d'assurance-maladie de la VITA fut reçu positivement par les médecins. Pour les examens médicaux gratuits qu'elle offrait depuis 1925, la VITA laissait aux assurés la liberté totale dans le choix du médecin – une disposition souple qui fut introduite dans les polices d'assurance-maladie. L'assurance-maladie VITA permettait en outre aux médecins de traiter les assurés en tant que patients privés, avec la liberté tarifaire que cela impliquait. La VITA espérait d'ailleurs que le caractère «non invasif» de son assurance contribuerait à renforcer auprès du corps médical son image de «*compagnie moderne et libérale*»⁴⁸⁹. Les dirigeants de la VITA entretenaient en effet des rapports cordiaux et de proximité avec les milieux médicaux⁴⁹⁰.

⁴⁸⁸ VITA, 25 Jahre VITA Krankenversicherung, Zurich, 28 février 1969, ZAZ, VITA, Q 101 202 29016, p. 10.

⁴⁸⁹ VITA, Krankenversicherung - Ein neuer Geschäftszweig der "VITA"?, Zurich, 31 mai 1943, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/5, pp. 2-3; VITA, 25 Jahre VITA Krankenversicherung, Zurich, 28 février 1969, ZAZ, VITA, Q 101 202 29016, p. 2.

⁴⁹⁰ Sur la proximité des milieux assurantiels et médicaux, voir l'anecdote suivante : «*Lors du banquet de la fondation de l'Académie suisse des sciences médicales à Bâle, le 24.9.43, je me suis entretenu avec*

Le Bureau fédéral accorda à la VITA la concession pour la branche maladie en février 1944, et un mois plus tard, la première police fut signée⁴⁹¹. Si les premières années furent considérées comme commercialement satisfaisantes pour la branche maladie (en dépit d'un certain fléchissement durant la seconde moitié des années 1940)⁴⁹², la concurrence ne tarda pas à s'intensifier. De 1946 à 1949, quatre nouvelles compagnies suisses obtinrent la concession fédérale pour pratiquer l'assurance-maladie privée. Celle-ci, manifestement, satisfaisait un besoin. Au niveau national, la valeur des primes encaissées augmenta rapidement et bien plus vite que celle des principales branches en assurance de personnes exploitées par les compagnies privées, comme le révèle le tableau 9. Si les primes maladie ne représentaient que 0,2 % des primes vie en 1940, ce ratio s'élevait à presque 10 % en 1970. Notons d'ailleurs que les statistiques du Bureau fédéral des assurances prennent uniquement en considération les polices d'assurance-maladie indépendantes et ne tiennent pas compte des primes des polices *complémentaires*, comme celles de la VITA. Ces chiffres *sous-estiment* donc l'importance de l'assurance-maladie privée.

Tableau 9. Primes maladie encaissées par les compagnies privées en proportion des primes encaissées dans les branches vie, accidents et responsabilité civile

| | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 |
|-----------------------|-------|-------|-------|------|
| Vie | 0,2 % | 1,0 % | 3,3 % | 9 % |
| Accidents | 0,8 % | 4,2 % | 13 % | 36 % |
| Responsabilité civile | 1,5 % | 5,1 % | 9,2 % | 26 % |

Source : Rapports du Bureau fédéral des assurances.

Lecture : en 1940, la valeur des primes encaissées par les compagnies privées dans la branche maladie représentait 0,2 % de la valeur des primes encaissées dans la branche vie.

le Dr Garraux, de Langenthal, président de la Fédération des Médecins suisses, qui était mon voisin de table. Il a immédiatement parlé du service de santé de la VITA et en a fait un grand éloge. » (VITA, Gesundheitsdienst, Zurich, 29 septembre 1943, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/18.)

⁴⁹¹ VITA, Marketing-Konzept für unsere Einzel-Kr./Heilungskostenversicherung, Zurich, janvier 1970, ZAZ, VITA, Q 129 203 29370 2, p. 4.

⁴⁹² VITA, Krankenversicherung/Organisation, Zurich, 14 juin 1949, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 2, 38/183.

L'assurance-maladie privée demeurait, certes, une branche relativement marginale dans l'univers de l'assurance privée. Jusqu'en 1955, elle ne représenta pas plus de 1% des primes totales collectées par l'ensemble des compagnies opérant en Suisse. Son poids dans l'industrie toutefois s'accroissait, et ce ratio atteignit 1,7% en 1960, puis 4,4% en 1970. À cette date, l'assurance-maladie se positionnait au cinquième rang (sur seize au total selon la classification du Bureau fédéral des assurances) du classement des branches selon le volume des primes encaissées⁴⁹³, certes loin derrière les trois branches principales : vie (48%), accident (12%), responsabilité civile (17%), mais proche de la branche incendie (5,6%).

C'est essentiellement sous trois formes, mentionnées ci-dessus, qu'était exploitée l'assurance privée individuelle. D'abord : l'assurance d'indemnités journalières. Celle-ci représentait, en 1955, 33,3% des primes individuelles totales. Ensuite, l'assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation, qui représentait 37,2% du total. Enfin, l'assurance des soins médicaux, qui représentait 21,5% du total. Les 7,7% restant correspondaient aux primes encaissées pour des polices combinant au moins deux de ces trois modalités d'assurance. Autrement dit, l'assurance d'indemnités journalières et, en particulier, l'assurance d'indemnités journalières d'hospitalisation, occupait une place prépondérante dans l'assurance-maladie privée et représentait une catégorie d'assurance appréciée des classes moyennes et supérieures. Cette forme d'assurance occupait une place moins importante au sein des caisses-maladie, qui se consacraient principalement à l'assurance des soins. En matière d'assurance individuelle, les compagnies privées et les caisses-maladie n'opéraient pas sur le même terrain.

Mais les compagnies privées n'exploitaient pas seulement l'assurance-maladie sous sa forme individuelle. Elles pratiquaient également l'*assurance de groupe* ou *collective* (sur cette forme d'assurance et ses origines, voir chapitre 10). Sur ce terrain, la concurrence avec les caisses-maladie était particulièrement intense. L'assurance collective était hors du champ de la LAMA, qui ne la réglementait pas. Les compagnies et les caisses combattaient, pour ainsi dire, à armes égales. Soulignons d'ailleurs que les contrats collectifs n'étaient pas l'apanage de la branche maladie. Les compagnies d'assurance-vie avaient développé au cours de l'entre-deux-guerres une expertise particulière pour l'ingénierie

⁴⁹³ BUREAU FÉDÉRAL DES ASSURANCES, *Les entreprises d'assurance privées en Suisse 1970*, Berne, 1972.

des contrats de groupe, en particulier dans le champ de la prévoyance vieillesse et de la retraite⁴⁹⁴.

Les compagnies privées exprimèrent en mai 1951 au Bureau fédéral des assurances leurs angoisses quant au degré de concurrence, perçu comme excessif, qui régnait dans ce domaine. Le Bureau fédéral encouragea en retour les compagnies à s'entendre pour limiter l'intensité concurrentielle. Jean-Paul Robert, actuaire pour le Bureau fédéral, estimait qu'il fallait empêcher « *qu'en matière d'assurance-maladie, les prix ne s'abaissent trop sous l'effet de la concurrence* » et jugeait qu'en matière d'assurance collective les primes étaient « *trop faibles* », de sorte que « *les sociétés risquent de ne plus pouvoir remplir leurs obligations* »⁴⁹⁵. Quant au Dr Streit, également actuaire du Bureau fédéral, il reconnut que le partage du marché, souhaitable pour l'assurance individuelle (classes moyennes pour les compagnies, les pauvres pour les caisses), n'était pas évident à réaliser en matière d'assurance collective en raison de la liberté commerciale complète qui régnait dans cette branche et du fait que les contrats collectifs couvraient tous les employés d'une entreprise indépendamment de leur position et de leur salaire. Il appela les compagnies à « *mener une concurrence la plus loyale possible, à éviter le moins disant tarifaire, et à s'efforcer d'établir des niveaux de primes satisfaisants. Il est dans l'intérêt à la fois de l'assurance sociale et de l'assurance privée d'éviter les frictions.* »⁴⁹⁶

En 1950, le Concordat des caisses alémaniques avait d'ailleurs élaboré son propre règlement, encadrant le comportement de ses membres en fait de fixation des primes pour les contrats collectifs. Les compagnies d'assurance privées, en réaction, formèrent à leur tour, avec le soutien du Bureau fédéral des assurances, leur propre cartel⁴⁹⁷. Cette association, formée en juillet 1952 et qui imposait à ses membres des seuils plancher de primes, unissait la Genevoise, la Suisse, la Mutuelle Vaudoise, l'Helvetia et la VITA. Deux cartels, en somme, se faisaient face sur le front de l'assurance collective.

⁴⁹⁴ LEIMGRUBER Matthieu, « La politique sociale comme marché : Les assureurs vie et la structuration de la prévoyance vieillesse en Suisse (1890-1972) », in : ARCHIVES FÉDÉRALES SUISSES (éd.), *Geschichte der Sozialversicherungen/L'histoire des assurances sociales*, Zurich, Chronos Verlag, 2007, pp. 109-139.

⁴⁹⁵ S. n., Protokoll über die Konferenz vom 31. Mai 1951 betreffend die private Krankenversicherung, Zurich, 31 mai 1951, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 2, 38/145, p. 7.

⁴⁹⁶ S. n., Protokoll über die Konferenz vom 31. Mai 1951 betreffend die private Krankenversicherung, Zurich, 31 mai 1951, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 2, 38/145, p. 5.

⁴⁹⁷ VITA, Richtlinien für Minimalprämien in der Kollektiv-Krankengeldversicherung, Zurich, 14 mai 1952, ZAZ, VITA, Q 129 203 29757, 41/11.

Tableau 10. Proportion de l'assurance collective par rapport à l'assurance individuelle dans l'assurance-maladie privée, 1956-1970

| | | 1956 | 1970 |
|--|------------------------------|--------|--------|
| Assurance d'indemnité journalière en cas de maladie | En milliers de francs | 487 | 8 818 |
| | Part des contrats collectifs | 78 % | 87 % |
| Assurance d'indemnité journalière en cas d'hospitalisation | En milliers de francs | 45 | 5198 |
| | Part des contrats collectifs | 14 % | 22 % |
| Assurance de frais de guérison | En nombre d'assurés | 11 478 | 80 678 |
| | Part des contrats collectifs | 29 % | 20 % |
| Assurance des frais d'hospitalisation et d'opération | En nombre d'assurés | 27 731 | 85 962 |
| | Part des contrats collectifs | 22 % | 22 % |

Source : Rapports du Bureau fédéral des assurances 1956-1970.

Note: Les tableaux du Bureau fédéral des assurances, dont les données ci-dessus sont issues, présentent l'évolution des assurances d'indemnité et des assurances de soin en utilisant des unités différentes (en francs pour les indemnités, en nombre d'assurés pour les soins). Ils ne permettent pas par conséquent de comparer entre elles ces deux branches.

L'assurance de groupe représentait quantitativement un aspect important de l'activité des compagnies privées en matière de protection contre le risque de maladie. En 1955, les primes encaissées au titre des contrats collectifs représentaient 5 millions de francs, soit 43 % du total des primes maladie encaissées⁴⁹⁸. Le tableau 10 présente la proportion de l'assurance collective par rapport à l'assurance individuelle, pour les quatre principaux risques maladie assurés par les compagnies privées, pour les années 1956, 1960, 1965 et 1970. Ce tableau révèle que les contrats collectifs concernaient principalement l'assurance d'indemnité journalière «classique», couvrant le risque d'incapacité de travail. Pour cette branche, les primes collectives

⁴⁹⁸ BUREAU FÉDÉRAL DES ASSURANCES, *Les entreprises privées d'assurance en Suisse 1955*, Berne, 1957, p. 21.

encaissées représentaient 78 % des primes totales en 1956, et 87 % en 1970. Dans l'assurance d'indemnité journalière *d'hospitalisation*, c'est l'assurance individuelle qui dominait, puisqu'elle représentait 86 % des primes en 1956, et 78 % en 1970. Dans l'assurance des frais de guérison et des frais de traitements hospitaliers, c'est également l'assurance individuelle qui dominait : elle couvrait dans ces deux branches 80 % des assurés. La domination de l'assurance collective dans la branche indemnité journalière en cas de maladie s'explique par la possibilité qui était offerte aux employeurs de se libérer – par la signature de contrats collectifs et la contribution au paiement des primes – des obligations qui leur incombaient au titre de l'article 335 du Code des obligations (voir chapitre 10).

Au début des années 1960, dans un contexte d'expansion rapide de l'assurance-maladie privée et d'intensification de la concurrence (quatorze compagnies dont une étrangère exploitaient l'assurance-maladie en 1962), la VITA décida de faire évoluer sa gamme. Comme l'exprima un mémo interne, *« le type de tarif existant n'est plus en mesure de répondre aux exigences actuelles du marché. Une réorganisation de l'assurance-maladie individuelle est donc devenue nécessaire »*⁴⁹⁹. En 1962, la VITA introduisit la possibilité pour les assurés de choisir parmi plusieurs délais de carence pour l'assurance des indemnités journalières (jusqu'alors le délai de quatorze jours avait été le seul disponible). Elle introduisit également une assurance autonome *« d'indemnités journalières hospitalisation »*, ainsi qu'une assurance couvrant les frais d'opérations chirurgicales⁵⁰⁰. Ces décisions de la VITA reflétaient une tendance générale à l'extension des prestations, à l'œuvre dans la branche maladie. Comme l'expliqua le Bureau fédéral des assurances en 1965 :

*« Le développement rapide des affaires individuelles d'assurance indépendante contre la maladie se reflète [non seulement dans l'augmentation des primes mais] également dans l'adaptation de tarifs et de conditions générales effectuée par de nombreuses sociétés. La tendance générale va dans le sens d'une couverture plus complète du risque, avec des prestations maximales élevées, la libéralisation de la procédure d'acceptation et l'inclusion de nouveaux risques. »*⁵⁰¹

⁴⁹⁹ VITA, Krankenversicherung, Zurich, 17 mai 1961, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 2, 38/208, p. 2.

⁵⁰⁰ VITA, Allgemeine Bedingungen für die Krankenversicherung, Zurich, s. d., ZAZ, VITA, Q 128 208 71361, art. 8, Operationskosten.

⁵⁰¹ BUREAU FÉDÉRAL DES ASSURANCES, *Les entreprises d'assurances privées en Suisse 1965*, Berne, 1967, p. 10.

En 1965, la VITA introduisit finalement l'assurance des soins médicaux en tant que branche individuelle, après plusieurs décennies de tergiversations. Une année avant, sa société mère, la Zurich, avait franchi le pas, elle-même poussée par la décision de la Winterthur-Vie d'exploiter cette branche (illustration 9 à la fin de cette section). La VITA entendait s'aligner sur la norme en vigueur dans l'industrie. Du reste, le service commercial de la VITA avait, au contact de la clientèle, perçu un besoin ou du moins un souhait, de souscrire des polices soins, complémentaires aux polices d'indemnités journalières, et avait prêché «*de façon véhémente*»⁵⁰² en faveur de l'introduction de cette branche. La volonté de pénétrer sur le terrain des caisses-maladie, et d'offrir une alternative privée et capitaliste à l'assurance soin proposée par elles, incita peut-être la VITA à agir dans ce sens : «*Au regard de la guerre de positions latente qui oppose l'assurance-maladie privée aux caisses-maladie reconnues, il serait bienvenu qu'une autre compagnie d'assurance active entreprenne l'exploitation de cette branche [l'assurance soin].*»⁵⁰³ La VITA s'aligna sur les tarifs et les prestations de sa société mère, afin de limiter les frictions concurrentielles⁵⁰⁴. Les assurés pouvaient décider de restreindre la couverture au risque d'hospitalisation ou de cures. Les polices soins incluait une franchise, de 200, 500 ou 1 000 francs, à discrétion de l'assuré⁵⁰⁵ et la VITA accordait aux familles des rabais afin d'encourager les souscriptions de groupe⁵⁰⁶.

Si l'introduction de l'assurance des soins fut suivie pour la VITA par une forte croissance des primes encaissées (qui passèrent de 4 millions en 1964 à 12,5 millions en 1969), la rentabilité de la branche laissait quant à elle à désirer. Comme les caisses-maladie, les compagnies privées étaient affectées par l'augmentation des coûts des soins médicaux et hospitaliers. Si les conditions contractuelles spécifiaient en général que les primes pouvaient être ajustées à la hausse avant le terme de la police, ce processus d'ajustement demeurait fastidieux, coûteux et nuisible à la réputation de

⁵⁰² VITA, Notiz. Betr. Krankenversicherung. Besprechung auf der "Zürich", Zurich, 28 avril 1961, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 2, 38/207, p. 2.

⁵⁰³ VITA, Krankenversicherung, Zurich, 17 mai 1961, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 2, 38/208, p. 6.

⁵⁰⁴ VITA, Zirkular Nr 993, Zurich, 17 novembre 1964, ZAZ, VITA, Q 128 208 71361.

⁵⁰⁵ 1 000 francs représentaient 5% ou 6% du salaire annuel d'un employé de banque ou d'assurance en 1965. Voir HSSO, «Branches du secondaire et du tertiaire: salaire mensuel moyen des employés masculins, en 1939 et de 1942 à 1968 (en francs)», Tab. G.12., 2012. En ligne : <<https://hssso.ch/fr/2012/g/12>>, consulté le 30 mai 2020.

⁵⁰⁶ ZÜRICH-VERSICHERUNGS-GESELLSCHAFT, Allgemeine Bedingungen für Einzel-Krankenversicherung, Zurich, 1964, ZAZ, VITA, Q 128 208 71361, art. 6. Heilungskosten.

l'assureur, de sorte que l'augmentation régulière des coûts des services sous-jacents (les soins médicaux) se traduisait par une compression de la rentabilité de la branche, c'est-à-dire par une augmentation du taux de sinistres brut (les prestations versées sur les primes encaissées). Le graphique 6, qui compare pour la période 1939-1970 la rentabilité de l'assurance-maladie privée et de l'assurance-vie, met en évidence cette tendance. Comme l'expliqua le Bureau fédéral des assurances dans son rapport pour l'année 1966 :

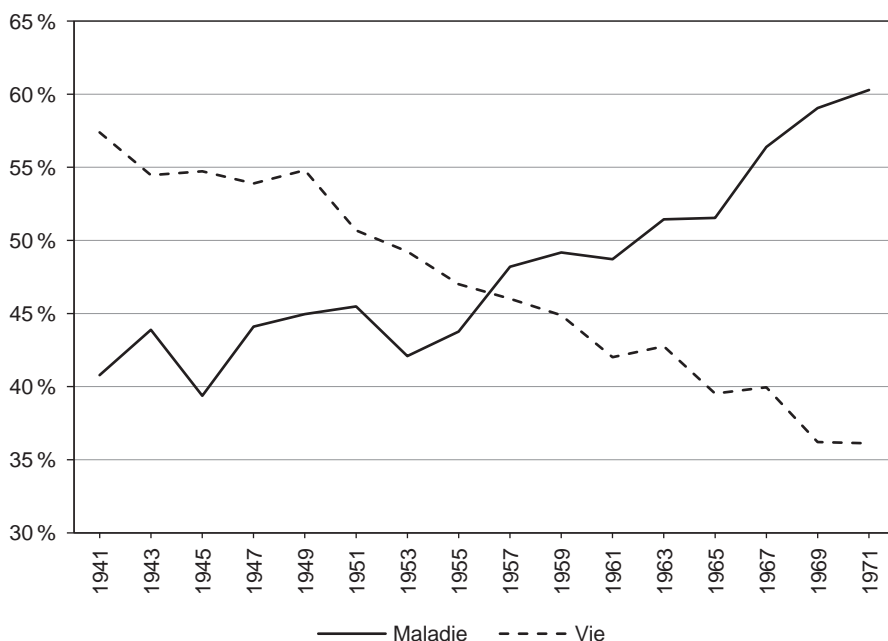
«En assurance individuelle d'indemnités journalières de maladie et d'hospitalisation [...] le risque est resté à peu près stable depuis des années. Ces catégories d'assurance sont des assurances de sommes, [...] il en résulte que le risque ne subit pas l'influence du renchérissement, mais dépend seulement de la fréquence et de la durée de la maladie. Les assurances des frais de guérison, en revanche, présentent une évolution tout à fait différente. La charge des sinistres y a considérablement augmenté ces dernières années [...]. Si la tendance actuelle persiste, plusieurs sociétés se verront obligées, ces prochaines années, d'augmenter les primes de leurs assurances des frais de guérison. Cependant, une recrudescence effrénée de la récente explosion des frais de traitement ébranlerait dangereusement tout l'édifice de l'assurance-maladie en Suisse; il est donc urgent que tous les milieux intéressés s'entendent pour arriver à une modération raisonnable.»⁵⁰⁷

Au sein de la VITA, une commission fut nommée à la fin des années 1960, afin d'étudier la question de la poursuite des activités d'assurance pour les frais de guérison, eu égard aux «résultats épouvantables» de cette branche. La commission recommanda de persévérer, en dépit de la rentabilité déclinante de cette activité. Selon les commissionnaires, il était erroné de considérer l'assurance-maladie de façon isolée. Elle était un élément d'un système commercial général et jouait un rôle crucial dans le recrutement, un rôle d'«ouvre-porte»⁵⁰⁸. Les assurés maladie faisaient figure de clients potentiels pour l'assurance-vie. Ensuite, l'abandon de l'assurance pour frais de guérison pouvait provoquer une perte de prestige indésirable et placer la VITA sous le feu des accusations d'incompétence. Enfin, et surtout, le besoin demeurerait pour certaines catégories de la population d'accéder à une couverture d'assurance-maladie hors des caisses-maladie.

⁵⁰⁷ BUREAU FÉDÉRAL DES ASSURANCES, *Les entreprises privées d'assurance en Suisse 1966*, Berne, 1968, p. 12.

⁵⁰⁸ VITA, Marketing-Konzept für unsere Einzel-Kr./Heilungskostenversicherung, Zurich, janvier 1970, ZAZ, VITA, Q 129 203 29370 2, p. 4.

Graphique 6. Rentabilité comparée (taux de sinistres) de l'assurance-maladie privée et de l'assurance-vie, 1941-1971



Sources : Rapports du Bureau fédéral des assurances.

Note : le taux de sinistre correspond au ratio des prestations versées sur les primes encaissées.

En outre, l'enjeu n'était pas uniquement commercial. Il était également politique. Il était du devoir des compagnies privées d'enlever aux caisses-maladie le plus grand nombre de membres et de faire passer sous l'ombrelle privée le plus grand nombre d'individus et de ménages: «*La possibilité de souscrire à une assurance privée doit être offerte [aux gens aisés et aux professions libérales] si l'on veut réussir à prévenir la création d'un système de santé étatisé à long terme. Plus les gens seront assurés de manière satisfaisante sur la base actuelle [privée], moins les promoteurs du système de santé étatisé trouveront d'adeptes.*»⁵⁰⁹

⁵⁰⁹ VITA, Marketing-Konzept für unsere Einzel-Kr./Heilungskostenversicherung, Zurich, janvier 1970, ZAZ, VITA, Q 129 203 29370 2, p. 5.



Für Ihre Gesundheit
ist nur das Beste
gut genug

Wählen Sie eine
Krankenversicherung der

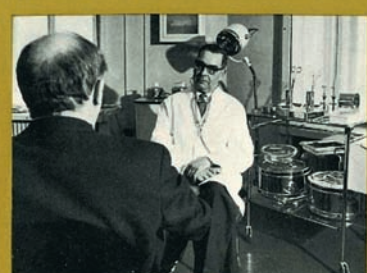
«ZÜRICH»
Versicherungs-Gesellschaft

Gesundheit ist ein kostbares Gut

Sie ist die Voraussetzung für Ihren Arbeitswillen, dem Sie Ihre Position verdanken. Ihr und unser Wunsch ist, dass Ihnen Ihre Tatkraft erhalten bleibe und nicht Schaden leide.

Aber auch Leute von eiserner Konstitution sind vor Krankheiten nicht gefeit. Wir raten Ihnen deshalb:

Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt



Warten Sie nicht, bis Sie ihn aufsuchen müssen. Fragen Sie ihn in gesunden Tagen, was er vom Abschluss einer privaten Krankenversicherung hält. Dieser Schutz liegt in Ihrem Interesse. Ihre Zukunft und die Ihrer Familie sind eine solide Vorsorge wert.

Leisten Sie sich das Beste –
leisten Sie sich eine
«Zürich»-Krankenversicherung

Illustration 9. Publicité pour l'assurance-maladie de la Zurich.

Source : ZAZ, VITA, L 103 1476.

Traduction : Première page : «Pour votre santé, seul le meilleur est suffisant. Choisissez une assurance-maladie de la société Zurich»; deuxième page : «La santé est un bien précieux. C'est un prérequis de votre motivation à travailler, à laquelle vous devez votre position. Votre désir et le nôtre, c'est que vous conserviez votre énergie, et que des maux ne vous atteignent pas. Mais même les personnes aux constitutions d'acier ne sont pas à l'abri de la maladie. Nous vous conseillons donc de parler à votre médecin de famille. N'attendez pas d'avoir à lui rendre visite. Demandez-lui son opinion sur la souscription d'une assurance-maladie. Cette protection est conforme à votre intérêt. Votre futur et celui de votre famille valent une protection de qualité. Offrez-vous le meilleur, offrez-vous une assurance-maladie Zurich. »

La VITA et les compagnies en général devaient certes veiller à ne pas imiter les caisses, puisqu'une concurrence frontale, sur leur terrain, demeurait inenvisageable, en raison de l'avantage fiscal dont les caisses jouissaient (les subventions que l'État leur accordait). Les compagnies ne devaient pas s'écarter de leur cœur de métier, c'est-à-dire la couverture des risques catastrophiques. Les compagnies devaient s'efforcer d'offrir des prestations actuariellement fiables et d'améliorer la sélection des risques tout en acceptant l'assurance des frais de guérison pour ce qu'elle était fondamentalement : une branche avec des perspectives de profits limitées⁵¹⁰.

3. La réaction des caisses-maladie et l'activité politique des compagnies privées

À la fin des années 1940, les caisses durent ainsi faire face à l'émergence d'un nouvel acteur sur le terrain de l'assurance-maladie : les compagnies privées. Si la concurrence était particulièrement exacerbée en matière d'assurance collective, dans l'assurance individuelle, en revanche, les compagnies opéraient sur un territoire spécifique et commercialement plus limité : celui des classes moyennes et supérieures. De ce point de vue, les compagnies privées ne menaçaient pas le cœur de métier – pour ainsi dire – et la raison d'être historique des mutuelles : la couverture des classes ouvrières et des gens de conditions modestes contre le risque de maladie. Toutefois, très tôt dans son histoire, le mutualisme suisse avait développé une vision « universaliste » de son rôle. Il aspirait à étendre son influence et sa couverture protectrice à la population entière. Cette ambition avait poussé les mutualistes, dès la fin du XIX^e siècle, à promouvoir une assurance-maladie généralisée au niveau confédéral et l'obligation pour la population entière d'adhérer à une caisse-maladie. Rappelons à ce sujet les mots qu'adressa la Fédération romande des sociétés de secours mutuels au Conseil fédéral en 1894 : *« L'assurance obligatoire pour tous, telle est notre devise ; tel est le principe vrai, démocratique par excellence, pour la réalisation duquel nous combattons de toutes nos forces et de toute l'énergie de nos convictions. »*⁵¹¹

⁵¹⁰ VITA, Marketing-Konzept für unsere Einzel-Kr./Heilungskostenversicherung, Zurich, janvier 1970, ZAZ, VITA, Q 129 203 29370 2, p. 7.

⁵¹¹ « Mémoire envoyé au Conseil fédéral concernant l'élaboration d'une loi fédérale sur l'assurance contre la maladie obligatoire pour tous », *Bulletin de la FSSM* 6, juillet 1894, p. 116.

Certes, au début des années 1950, la menace pouvait apparaître bénigne d'un point de vue strictement quantitatif. Les primes d'assurance-maladie encaissées par les compagnies privées ne représentaient qu'un peu plus de 2% des cotisations totales collectées par les caisses. Mais la branche se développait rapidement et le poids relatif de l'assurance-maladie privée, par rapport à l'assurance sociale, s'accrut au cours des années d'après-guerre. Le ratio des primes privées sur les cotisations des caisses passa de 2,5% en 1950 à 6,7% en 1960 et à 14% en 1970. Mais plus fondamentalement, l'assurance privée portait ses efforts vers une population – les classes moyennes et supérieures – que convoitaient les caisses-maladie et qu'elles n'avaient pas encore conquise. Les mutuelles, qui étaient déjà bien occupées à manœuvrer pour ne pas perdre leurs sociétaires au profit d'autres caisses-maladie plus agressives dans le recrutement, durent, à partir de la fin des années 1940, batailler sur deux fronts simultanément.

Les caisses-maladie portèrent la rivalité sur la place publique au début des années 1950. Dans les colonnes de la *Schweizerische Krankenkassen-Zeitung* (SKZ), le Concordat des caisses alémaniques publia une série d'articles visant à contester la légitimité des compagnies d'assurance privées à s'occuper d'assurance-maladie. Le Concordat entendait «*susciter la méfiance des mutualistes à l'égard de la propagande mensongère*» des compagnies⁵¹². Il opposait l'assurance mutualiste, dont l'objet était, plaïda-t-il en substance, la satisfaction de l'intérêt des assurés, vers qui les excédents étaient redistribués, à l'assurance privée, dont l'objectif fondamental était le profit. Cette orientation vers le profit poussait les compagnies à entretenir un grand nombre d'agents recruteurs, ce qui gonflait les frais administratifs sans améliorer les prestations. Les compagnies offraient enfin, selon l'argumentaire mutualiste, une protection insuffisante: elles excluaient de la couverture de nombreuses affections et elles imposaient aux assurés des temps de carences longs et des taux élevés de participation aux frais médicaux⁵¹³.

Naturellement, les compagnies privées ne goûtaient guère les attaques que le Concordat dirigeait contre elles, et contestèrent les critiques dont elles étaient la cible. Si les contrats des compagnies contenaient des clauses restreignant dans certains cas les prestations, les caisses-maladie ne pouvaient pas, selon les représentants des compagnies privées, se prévaloir d'offrir une couverture inconditionnelle, de nombreux traitements étant

⁵¹² «*Wieder einmal die private Krankenversicherung*», SKZ 10, 16 mai 1951, pp. 118-119.

⁵¹³ Voir également, «*Freie Konkurrenz im Versicherungswesen?*», SKZ 12, 16 juin 1951, pp. 141-143; «*Die Ärzte-Zeitung und die Privatversicherungen*», SKZ 17, 1^{er} septembre 1951, p. 211.

exclus des conventions médicales. Les caisses-maladie ne pouvaient pas non plus se prévaloir d'être rationnellement organisées eu égard au grand nombre de sections et de filiales qu'elles devaient entretenir⁵¹⁴. Les arguments du Concordat et ses efforts répétés pour décrédibiliser les compagnies révélaient en somme «*les aspirations monopolisatrices*»⁵¹⁵ des caisses-maladie.

Derrière ces échanges virulents, un enjeu concret et évident de contrôle du marché de l'assurance-maladie. Les compagnies privées aspiraient à un partage, du moins pour l'assurance individuelle: pour elles, les classes moyennes et supérieures et pour les caisses-maladie subventionnées les catégories moins aisées de la population, pour qui l'aide financière de la Confédération demeurait indispensable. Ce partage, cette séparation nette entre l'assurance commerciale et l'assurance sociale était nécessaire «*au maintien de la paix civile entre les compagnies privées et les caisses*»⁵¹⁶. Les caisses rejetaient cette vision et entendaient préserver leur position d'unique fournisseur de prestations d'assurance-maladie sur le territoire de la Confédération. Elles n'admettaient pas l'arrivée de ce nouvel acteur, qui tirait profit de leurs efforts, notamment en s'appuyant sur leurs données actuarielles, et à leurs dépens.

En dépit des efforts entrepris par les caisses pour décrédibiliser l'assurance privée, les législateurs considéraient les compagnies privées comme des interlocuteurs légitimes. La Conférence des compagnies d'assurance concessionnées fut, dès la fin des années 1940, invitée à se faire représenter au sein des diverses commissions de révision de la LAMA que le Conseil fédéral convoquait à intervalles réguliers. L'assurance privée dans son ensemble redoutait que le vote de l'AVS en juillet 1947 soit suivi d'«*une vague de mesures sociales*», parmi lesquelles l'assurance-maladie obligatoire, l'assurance-maternité et la protection familiale, qui, selon les mots de Fritz Walther, risquaient de «*priver progressivement chaque citoyen de la responsabilité de prendre en charge sa propre vie*»⁵¹⁷. Les représentants de l'assurance privée qui siégèrent au sein des commissions de révision entreprirent d'y faire systématiquement barrage

⁵¹⁴ LAMAZURE Arthur, «Mittelstand-Krankenversicherung und Krankenkassen», *Schweizerische Versicherungs-Zeitschrift* 19, 1951/1952, pp. 366-370. Pour la réponse du Concordat à Lamazure, voir NAEF Hans, «Mittelstandsversicherung und Krankenkassen (Eine Entgegnung)», *Schweizerische Versicherungs-Zeitschrift* 20, 1952/1953, pp. 39-46.

⁵¹⁵ VITA, Betrifft: Private Krankenversicherung/Soziale Krankenversicherung, Zurich, 1952, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 2, 39/149, p. 2.

⁵¹⁶ VITA, Betrifft: Private Krankenversicherung/Soziale Krankenversicherung, Zurich, 1952, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 2, 39/149, p. 4.

⁵¹⁷ VITA, Besprechung bei Herrn Dr F. Walther, Vizedirektor des EVA, Zurich, 11 septembre 1947, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/106.

aux propositions visant à étendre le cercle des assurés sociaux – et donc des receveurs de subventions étatiques – au-delà de la minorité des gens dans le besoin. Comme l'écrivit en février 1948 l'un des administrateurs de la VITA à Hans Christen, directeur de l'Helvetia-Accident et représentant de la Conférence des compagnies concessionnées au sein de la commission de révision :

« Nous devons freiner l'expansion du cercle des assurés sociaux et des bénéficiaires de subventions publiques. [...] Ce phénomène a déjà beaucoup progressé. 79,3% des Zurichois et 96,2% des Bâlois appartiennent à une caisse-maladie et reçoivent par conséquent des subventions de la Confédération ou du canton. L'argent public doit être alloué en priorité à la minorité – étroitement définie – des gens dans le besoin. [Les autres] doivent payer des primes pleines, calculées de façon actuarielle, et les honoraires des médecins doivent être fixés, pour eux, à un niveau plus élevé que celui de l'assurance obligatoire. À partir d'un certain niveau de revenu il ne devrait plus être possible d'adhérer à l'assurance sociale et de bénéficier des traitements médicaux aux tarifs des caisses. »⁵¹⁸

Les compagnies redoutaient également les propositions législatives pouvant contribuer à étendre le champ opérationnel des caisses vers des risques traditionnellement couverts par l'assurance privée. C'est cette crainte qui motiva l'opposition des compagnies au projet de révision de la LAMA de 1954. Si ce projet ne prévoyait pas d'introduire l'assurance obligatoire pour la population entière, il contenait cependant des propositions particulières qui troublaient les compagnies privées. L'article 14 autorisait les caisses-maladie à verser des prestations d'invalidité et de décès, « à condition qu'il y ait une juste proportion entre la valeur de ces prestations et celle des prestations de l'assurance-maladie »⁵¹⁹. Cet article, et sa « formulation vague »⁵²⁰, faisaient craindre aux compagnies une couverture croissante de ces risques par les caisses et donc, une concurrence plus intense sur un terrain traditionnellement dévolu à l'assurance privée. Le danger était exacerbé par une autre disposition du projet qui prévoyait des subventions supplémentaires pour les caisses introduisant des prestations pour les « maladies longues ». Or, le texte ne fixait pas les critères permettant de

⁵¹⁸ VITA, lettre à Hans Christen, Zurich, 13 janvier 1948, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 1, 38/107.

⁵¹⁹ COMMISSION FÉDÉRALE D'EXPERTS, *Rapport et avant-projet... du 3 février 1954*, pp. 146-147.

⁵²⁰ VERBAND KONZESSIONIERTER SCHWEIZ. VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN, Lettre à la Vereinigung Schweiz. Lebensversicherungs-Gesellschaften, Präsidialgesellschaft, Helvetia-Leben, Zurich, 18 janvier 1954, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 2, 38/152, p. 1.

distinguer l'invalidité de la longue maladie. Par conséquent, le projet donnait indirectement la possibilité aux caisses de pratiquer l'assurance-invalidité *sous couvert* de protection contre le risque de maladie longue⁵²¹. Finalement, les compagnies ne virent pas leur crainte se réaliser, puisque le projet de 1954 fut abandonné au motif que la priorité devait être accordée à l'instauration d'une assurance-invalidité fédérale et que la LAMA ne pouvait être modifiée tant que le statut de l'assurance-invalidité n'avait pas été légalement clarifié.

Les compagnies ne montrèrent guère plus d'enthousiasme pour les projets de révision partielle de la LAMA, élaborés au début des années 1960, après le vote de la loi sur l'assurance-invalidité en juin 1959. Entre-temps, l'activité des compagnies dans le domaine de l'assurance-maladie s'était accrue et, avec elle, les intérêts économiques en jeu. À mesure que le volume des primes encaissées augmentait, la disposition des compagnies à céder du terrain aux caisses diminuait. Les compagnies contestèrent les fondements du projet de révision partielle formulé par le Conseil fédéral au printemps 1960 – projet qui constituait la trame de la loi de révision qui fut finalement votée en mars 1964. Ce projet, rappelons-le, étendait en durée et en gamme les prestations obligatoires des caisses et modifiait la structure des subventions, dans le sens d'une augmentation du soutien financier confédéral aux caisses. Autrement dit, il renforçait la position des caisses et le *statu quo*.

Or, la Conférence des compagnies d'assurance concessionnées estimait qu'un nouveau système devait être envisagé, au motif que la situation avait changé depuis l'époque où la LAMA avait été pensée. La proportion de personnes assurées n'était que de 20 % en 1920 contre 80 % en 1960. Les compagnies insistaient sur les changements qui s'étaient produits dans la façon dont les caisses étaient gérées et pratiquaient l'assurance-maladie. Certaines grandes caisses «*exploitent l'assurance-maladie d'une façon largement commerciale. Elles accordent des prestations variées, offrent des nouvelles combinaisons, et couvrent d'autres risques que la maladie.*»⁵²² La LAMA avait confié en 1911 la gestion de l'assurance-maladie à des organisations à but non lucratif, ce que n'étaient plus en 1960 les grandes

⁵²¹ VERBAND KONZESSIONIERTER SCHWEIZ. VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN, Lettre à la Vereinigung Schweiz. Lebensversicherungs-Gesellschaften, Präsidialgesellschaft, Helvetia-Leben, Zurich, 18 janvier 1954, ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 2, 38/152, p. 2.

⁵²² VITA, Bemerkungen über die Grundsätze des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI) für die Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KUVG), Zurich, s. d., ZAZ, VITA, Q 129 203 29756 2, 38/210, p. 3.

caisses-maladie. Les caisses permettaient également pour la plupart la souscription de contrats collectifs « *une modalité d'assurance qui n'était pas évoquée par la LAMA* ». La révision devait prendre en considération ces circonstances nouvelles. La LAMA avait été conçue pour un autre temps et d'autres circonstances. Le projet de révision de 1960 prévoyait d'ailleurs le versement de subventions aux caisses-maladie pour des prestations qui ne relevaient pas, aux yeux des représentants de l'assurance privée, de l'assurance sociale: assurance collective et indemnités journalières. Selon les compagnies privées, seules les prestations d'assurance *des soins médicaux* relevaient de l'assurance sociale et devaient par conséquent permettre aux caisses de recevoir des subventions. La révision partielle, en augmentant les subventions pour toutes les catégories de prestations, n'était donc pas fidèle, selon cette logique, à l'esprit originel de la LAMA. Les compagnies ne considéraient pas les contrats collectifs comme relevant du domaine de l'assurance sociale: ils étaient en général souscrits par les employeurs désireux de se libérer de l'obligation que leur imposait l'article 335 du Code des obligations (voir chapitre 10), et relevaient par conséquent davantage de l'assurance responsabilité que de l'assurance-maladie (et donc de la LAMA) à proprement parler.

La Conférence des compagnies d'assurance concessionnées intensifia son activité politique à partir de la fin de l'année 1961, alors que le projet était discuté aux chambres fédérales. Les compagnies se tournèrent vers l'OFAS afin de contester le monopole légal d'exploitation de l'assurance-maladie obligatoire dont bénéficiaient les caisses-maladie. La LAMA ne confiait qu'aux seules caisses-maladie la tâche d'exploiter l'assurance obligatoire que les cantons ou les communes étaient libres d'instaurer pour la population entière ou pour certaines catégories. Les caisses jouissaient donc d'un monopole légal; elles étaient protégées de la concurrence par la loi. Au Conseil des États, la cause des compagnies privées fut portée, en mars 1962, par le libéral vaudois Frédéric Fauquex. Celui-ci proposa de permettre aux compagnies privées d'exploiter l'assurance-maladie obligatoire au même titre que les caisses-maladie. Selon Fauquex, le monopole des caisses n'était ni fondé en droit ni économiquement rationnel⁵²³.

Naturellement, les caisses montrèrent peu de sympathie pour l'idée de permettre aux compagnies privées d'exploiter l'assurance-maladie

⁵²³ *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale* 1, 13^e séance, 22 mars 1962, pp. 142-143. En ligne: <<https://www.amsdruckschriften.bar.admin.ch/viewOrigDoc/20037507.pdf?id=20037507>>, consulté le 13 avril 2020.

obligatoire. Elles affirmèrent que l'assurance obligatoire ne pouvait être confiée qu'à des sociétés sous la juridiction de la LAMA, qui offrait les garanties nécessaires et suffisantes aux assurés. Les compagnies, qui opéraient, elles, sous la juridiction de la loi sur le contrat d'assurance de 1908, ne pouvaient pas légitimement prétendre à exploiter l'assurance obligatoire. La LAMA imposait aux caisses la forme mutualiste, qui permettait aux sociétaires de se prononcer sur les décisions de l'administration ; elle permettait aux assurés de bénéficier du droit de libre passage ; elle garantissait les tarifs médicaux à travers le système conventionnel ; elle soumettait la solvabilité des caisses à la surveillance de l'OFAS ; elle offrait des droits étendus en cas de tuberculose. En somme, la LAMA ne protégeait pas les caisses de la concurrence : elle leur imposait une série d'obligations contraignantes auxquelles les compagnies étaient libres de se soumettre si elles désiraient exploiter l'assurance obligatoire⁵²⁴.

En dépit de la pression politique exercée par la Conférence des compagnies concessionnées, la loi de révision partielle de mars 1964 ne toucha finalement pas au monopole légal des caisses dans le domaine de l'assurance obligatoire. Elle créa toutefois de nouvelles tensions entre les caisses et les compagnies : la loi de mars 1964 excluait les assurés « très aisés » du domaine de l'assurance sociale, en spécifiant que pour eux, les tarifs conventionnels ne s'appliquaient pas. Les médecins étaient libres de traiter les assurés « très aisés » comme des patients privés. La question du seuil séparant les gens « très aisés » des autres suscita naturellement des discussions. Les caisses souhaitaient que les seuils soient aussi élevés que possible de façon à maximiser la surface de la population couverte par les tarifs. Les compagnies, qui pouvaient recueillir les assurés exclus de l'assurance sociale, avaient quant à elles intérêt à travailler en faveur de seuils aussi bas que possible⁵²⁵. La question du seuil donna lieu à d'abondantes controverses juridiques – auxquelles les médecins, qui avaient intérêt à des seuils bas, furent également mêlés – et les arrêtés cantonaux sur ce sujet suscitèrent de nombreuses contestations auprès

⁵²⁴ Voir sur la position des caisses sur l'assurance privée dans ce contexte, « Assurance-maladie sans caisse-maladie ? », *Mutualité romande* 8, août 1963, p. 6 ; « Application de l'assurance-maladie obligatoire par les compagnies privées », *Mutualité romande* 9, septembre 1962, pp. 4-5 ; « Monopole ou bon sens », *Mutualité romande* 10, octobre 1962, p. 7.

⁵²⁵ « L'application de la LAMA : qui sont les assurés aisés ? », *Gazette de Lausanne*, 23 décembre 1964, p. 11.

du Conseil fédéral⁵²⁶. La distinction légale entre les assurés très aisés exclus des tarifs, et les autres, persista jusqu'à la réforme de 1994 et à l'instauration de la LAMal.

Les caisses ne se contentèrent cependant pas de réagir politiquement et médiatiquement à l'émergence dans la branche des compagnies privées. Elles ajustèrent leur politique commerciale, modifièrent leur offre et étendirent leur gamme. Le chapitre suivant est consacré à la réaction mutualiste sur le terrain opérationnel et aux formes concrètes qu'elle prit.

⁵²⁶ Par exemple, «Rapport de la commission fédérale d'experts et prise de position par la Fédération romande», *Mutualité romande* 11, novembre 1966, p. 3.

Chapitre 10

Diversification et professionnalisation : la contre-offensive mutualiste

Le samedi 3 février 1951 en fin d'après-midi, le comptable de la Caisse d'assurance contre la tuberculose de la Suisse romande, Jean-Paul Weber, fut retrouvé mort, dans son garage de l'avenue de Champel à Genève, au volant de sa voiture, asphyxié au monoxyde de carbone. Quelques heures auparavant, il s'était engagé à se rendre au rendez-vous que lui avaient inopinément fixé, par téléphone, les fonctionnaires de l'Office fédéral des assurances sociales, chargé de surveiller la bonne marche et la solvabilité des caisses-maladie. Il fut établi, peu de temps après, que d'importants détournements – estimés à un million de francs, soit 1,6 fois le montant des prestations annuelles versées – avaient été commis durant plusieurs années au sein de cet important organe de réassurance qui offrait des prestations médicales aux membres des cent trente mutuelles romandes qui lui étaient affiliées⁵²⁷.

Quelques mois plus tôt, une affaire similaire, quoiqu'au dénouement moins tragique, avait éclaboussé la *Krankenfürsorge Winterthur*, l'une des plus importantes caisses-maladie du pays: en décembre 1950, Heinrich Bachofen, l'administrateur central de la caisse et fils de l'un de ses cofondateurs, avait été arrêté dans le canton de Zurich, soupçonné

⁵²⁷ «Des détournements massifs mettent à mal une caisse d'assurance», *Journal de Genève*, 14 mars 1951, p. 10.

d'avoir détourné, depuis la trésorerie de la mutuelle, plus d'un demi-million de francs, au profit d'une société d'import-export dont il était par ailleurs propriétaire et dirigeant⁵²⁸. L'enquête conclut finalement à la culpabilité de l'administrateur qui fut condamné, en mars 1952, à sept ans de prison ferme⁵²⁹.

Les scandales de la *Krankenfürsorge* et de la caisse romande peuvent être interprétés comme des manifestations, dramatiques et superficielles, de tendances profondes à l'œuvre depuis la fin des années 1930: l'augmentation de la taille des caisses-maladie et l'accroissement du volume des affaires traitées. Ces tendances contribuèrent à façonner l'histoire du mutualisme suisse au long des trois décennies qui suivirent la fin de la Seconde Guerre mondiale. L'augmentation de la taille des mutuelles et la complexité croissante des activités qui en résultait s'accompagnèrent de transformations profondes dans la façon dont ces organisations étaient gérées. Cette complexité croissante contribuait à éloigner le sociétariat de la gestion des caisses. Quant à l'augmentation des effectifs, elle diluait les voix individuelles et réduisait les incitations à la participation démocratique. Toutes ces évolutions combinées contribuaient à affaiblir les mécanismes de contrôle de gouvernance et à accroître le pouvoir discrétionnaire des gestionnaires. Cette tendance à la «séparation du sociétariat et de la gestion» rendait plus difficilement détectables les manipulations financières telles que celles qui éclatèrent au grand jour à Winterthur et à Genève au début des années 1950.

Ce chapitre examine le rôle qu'exerça, dans la dynamique d'expansion et de complexification qui caractérisa la période, la concurrence à laquelle se livrèrent les offreurs d'assurance-maladie. L'incursion des compagnies privées à partir de la fin des années 1930 dans un champ qui était demeuré la chasse gardée des mutuelles (chapitre 9) suscita chez ces dernières des réactions de contre-offensives. Bien décidées à ne pas céder des parts de marché potentielles aux compagnies privées, les caisses-maladie entreprirent d'étendre leur gamme et d'offrir des prestations correspondant aux besoins des catégories restées jusqu'alors hors du système d'assurance-maladie. La concurrence se révéla particulièrement intense sur le terrain de l'assurance collective, une modalité d'assurance hors du champ de la LAMA, sur lequel les compagnies et les caisses combattaient pour ainsi dire à armes égales. Comme l'écrivit Jean-Louis Duc (juriste-conseil de

⁵²⁸ «Der Unterschlagsunfall in Winterthur», *Neue Zürcher Nachrichten* 293, 16 décembre 1950, p. 10.

⁵²⁹ «Die Millionenveruntreuungen bei der Krankenfürsorge Winterthur», *Die Tat*, 29 mars 1952, p. 4.

la SVSM) en mai 1961, « *la tendance des caisses reconnues est donc, avec l'approbation de l'autorité fédérale de surveillance, de pratiquer l'assurance privée* »⁵³⁰.

La première section aborde les efforts de diversification de l'offre que conduisirent les caisses en réaction à la concurrence des compagnies privées. La deuxième section explore le monde spécifique de l'assurance collective et l'influence que le développement de cette modalité d'assurance exerça sur le fonctionnement des caisses. La troisième section présente les systèmes mutualistes de réassurance qui, à partir de la fin des années 1950, prirent un essor particulier suite à la création de la Caisse suisse de réassurance pour longues maladies (1954). La quatrième section traite des problématiques de recrutement du personnel auxquelles furent confrontées les caisses au cours de cette période de croissance.

1. Le développement de nouvelles branches d'assurance

Initialement, les caisses traitèrent avec une relative indifférence la nouvelle de l'entrée des compagnies privées dans le monde de l'assurance-maladie. Après tout, au début des années 1930, seule l'Union-Genève s'y était aventurée – une compagnie, au demeurant, de moindre envergure⁵³¹. L'assurance des compagnies privées « *aura en pratique à lutter avec suffisamment de difficultés, en particulier dans un pays comme le nôtre, où l'assurance-maladie volontaire et générale a fait tant de progrès* »⁵³². Les caisses pouvaient en somme « *calmement abandonner cette création à son destin* ». L'attitude des caisses changea cependant progressivement avec la multiplication des demandes d'autorisation soumises par les compagnies au Bureau fédéral des assurances. Comme l'écrivit Benjamin Zweifel (président du Concordat de 1916 à 1920) en 1935 :

« *Outre l'Union-Genève, l'assurance-accident Winterthur a, selon la presse, intégré l'assurance-maladie dans son champ d'activité pour*

⁵³⁰ DUC Jean-Louis, « L'assurance-maladie, Partie III », *Nouvelle revue de Lausanne*, 28 mai 1961, p. 4.

⁵³¹ Sur les onze compagnies suisses autorisées à pratiquer l'assurance-vie sur le territoire de la Confédération, l'Union-Genève était neuvième en 1928 par la taille du bilan : BUREAU FÉDÉRAL DES ASSURANCES, *Rapport sur les entreprises privées en matière d'assurance en Suisse en 1928*, Berne, 1930, p. 44.

⁵³² Sr. A., « Zur Mittelstandsversicherung », *SKZ* 21 (11), 1^{er} juin 1929, p. 134.

tenter d'attirer [...] les classes moyennes et les catégories les plus favorisées de la population. Comme des milliers de personnes sont assurées auprès de ces compagnies et qu'elles possèdent des agences partout, il ne leur sera pas difficile de recruter [...]. Nos caisses se sont malheureusement réveillées trop tard dans cette affaire; elles ont cédé trop vite à la pression des médecins et se sont presque intentionnellement abstenues de chercher à recruter les personnes aisées. Les caisses courent le risque de voir des milliers de personnes leur échapper si elles ne s'occupent pas sous une forme ou une autre de l'assurance des classes moyennes.»⁵³³

C'est finalement à partir des années 1940 que les caisses agirent concrètement dans ce sens, en élargissant leur gamme et en introduisant des offres mieux adaptées aux besoins de ces catégories. Cette diversification prit dans la pratique essentiellement deux formes: d'une part, l'assurance complémentaire d'hospitalisation et, d'autre part, l'assurance d'indemnités journalières différées (c'est-à-dire avec délais de carence longs). Ces prestations allaient au-delà de ce qu'exigeait la LAMA. Elles étaient par conséquent hors du champ des assurances sociales et ne donnaient pas droit à des subventions confédérales. Au début des années 1950, après une décennie d'efforts de diversification, la plupart des caisses d'une certaine envergure offraient des prestations de cette nature. Les quatre grandes caisses centralisées les introduisirent au cours de cette période, selon des combinaisons variées: la Concordia en 1945, la CSS et l'Helvetia en 1950, puis la Grütli en 1951⁵³⁴.

L'assurance complémentaire d'hospitalisation se déclinait selon deux modalités: elle pouvait, tout d'abord, couvrir les *frais de séjour* d'hospitalisation (nuitées, alimentation, etc.). Ces coûts de pension étaient exclus des prestations d'hospitalisation offertes par les caisses dans l'assurance de base et devaient être supportés par les malades eux-mêmes. Or, ces frais pouvaient parfois représenter des montants importants, surtout en cas d'hospitalisation en division privée. Poussée par la volonté de

⁵³³ ZWEIFEL Benjamin, «Nochmals die Mittelstandsversicherung und die Mittelstandskassen», *SKZ* 27(8), 16 avril 1935, p. 95.

⁵³⁴ CONCORDIA, *41. Jahresbericht*, 1954, pp. XXX-XXXII, SWA, Versicherungen C III 340; CSS, *Jahresbericht/Rapport annuel*, 1953, p. 10, SSA, K 275; GRÜTLI, *79. Jahresbericht und Jahresrechnung*, 1951, p. 53, SWA, Versicherungen C I 127; HELVETIA, *51. Jahresbericht*, 1950, p. 4, SSA, K 226.

répondre aux besoins d'un sociétariat plus aisé⁵³⁵, la SVSM introduisit une assurance d'*indemnités journalières en cas d'hospitalisation*, d'abord en tant que complément aux contrats d'assurance soins (1949), puis sous forme indépendante en 1952⁵³⁶. L'offre proposée par la SVSM permettait aux membres de fixer à leur guise, jusqu'à un certain seuil, le montant des indemnités et, en 1950, une prime mensuelle de 15 centimes donnait droit à une indemnité de 1 franc par journée d'hospitalisation⁵³⁷.

En dépit du fait que l'assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation ne donnait pas droit à des subventions de la Confédération, elle demeurait avantageuse pour les caisses en raison notamment de la relative objectivité des facteurs qui déclenchaient le paiement de l'indemnité (nombre de journées passées à l'hôpital)⁵³⁸. Si la caisse devait veiller à ce que ces prestations ne soient pas à l'origine de situations de sur-assurance (par lesquelles les membres pouvaient tirer profit d'un sinistre, en l'occurrence d'une hospitalisation), les frais administratifs qu'elles engendraient demeuraient inférieurs à ceux que la caisse devait supporter dans l'assurance des soins. De fait, cette assurance était largement profitable. En moyenne pendant la période 1952-1961 (date à laquelle les bulletins cessèrent de fournir le détail du rendement des diverses branches), la SVSM recevait annuellement en cotisations pour cette branche le double de ce qu'elle versait aux membres en prestations. L'assurance hospitalisation contribuait à compenser les pertes causées par l'assurance des soins, et l'administration centrale encouragea les caissiers et les agents locaux à «*canaliser*»⁵³⁹ les membres vers cette classe d'assurance.

L'assurance complémentaire d'hospitalisation pouvait également prendre en charge *les frais de traitements*. Cette modalité d'assurance couvrait plus précisément la différence éventuelle entre la note privée du médecin et les tarifs conventionnels. Selon la jurisprudence de l'Office fédéral des assurances sociales – ce point n'ayant pas été réglé dans la LAMA –, les malades traités dans une clinique privée ou en division privée d'un hôpital, même conventionné, devaient être considérés comme

⁵³⁵ SVSM, Commission de propagande, Lausanne, 5 décembre 1951, ACV, PP 940/2, Registre 14, f. 482.

⁵³⁶ «*Modification des conditions d'assurance*», *Bulletin de la SVSM* 36, mai 1952, p. 22.

⁵³⁷ SVSM, Grilles tarifaires, Lausanne, 1950, ACV, PP 940/2, Registre 13, f. 099.

⁵³⁸ ROBERT Jean-Paul, «*Bases techniques des assurances en cas d'hospitalisation*», *Bulletin de l'association des actuaires suisses* 53 (1), 1953, p. 212.

⁵³⁹ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 16 mai 1950, ACV, PP 940/2, Registre 13, f. 088.

des patients privés⁵⁴⁰. Les médecins n'étaient dès lors pas contraints de leur appliquer les tarifs conventionnels (négociés par les associations de caisses), en général significativement plus faibles que les tarifs privés. Or, la caisse n'était tenue de rembourser ses membres qu'à hauteur des tarifs conventionnels. Le traitement en clinique ou en division privée pouvait donc exposer les patients à des factures élevées, susceptibles dans certains cas de fragiliser les finances d'un ménage, même relativement aisé. Certains aspiraient à la fois à être hospitalisés en division privée et à jouir d'une certaine protection financière, dans un contexte d'augmentation rapide des frais d'hospitalisation. C'est à eux que s'adressait l'assurance complémentaire d'hospitalisation pour les frais de traitements. La SVSM introduisit en 1958 une offre de ce genre, explicitement destinée « *aux personnes de conditions aisées* »⁵⁴¹.

La diversification de l'activité à d'autres branches d'assurance pouvait également avoir une fonction de recrutement : elle pouvait servir à attirer au sein de la société des groupes dont les besoins n'étaient pas immédiatement couverts par les offres courantes. Les enfants vaudois, par exemple, étaient tous couverts pour les soins médicaux et pharmaceutiques, et ce de façon obligatoire, par la Caisse cantonale d'assurance infantile. Les mutuelles privées étaient néanmoins en concurrence pour recruter les enfants à leur sortie de l'assurance infantile cantonale. Afin de capter le sociétariat enfantin et adolescent, la SVSM introduisit pour eux une assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en 1958, qui couvrait le reste à charge (le montant que l'assurance infantile cantonale ne remboursait pas) après une hospitalisation. Le but de cette innovation, expliqua l'administration centrale en décembre 1958, était « *de conserver le contact avec les parents afin que, à la sortie de l'école, nous puissions avoir un pied dans la famille et récupérer l'adolescent pour l'avenir* »⁵⁴².

La façon dont l'administration de la SVSM procéda pour instaurer cette nouvelle branche d'assurance illustre le phénomène de la « séparation du sociétariat et de la gestion », qui caractérisa l'évolution des rapports entre

⁵⁴⁰ Sur ce point, voir Duc Jean-Louis, « Un problème ardu : l'hospitalisation. Le régime de l'hospitalisation dans l'assurance-maladie régie par les dispositions de la LAMA », *Mutualité romande* 4, avril 1964, pp. 4-6.

⁵⁴¹ SVSM, Procès-verbal de l'assemblée des secrétaires-caissiers, Lausanne, 25 février 1961, ACV, PP 940/2, Registre 24, f. 145 ; *Bulletin de la SVSM* 42, mai 1958, p. 14.

⁵⁴² SVSM, Procès-verbal de l'assemblée des sociétaires caissiers, Lausanne, 27 septembre 1958, ACV, PP 940/2, Registre 21, f. 396 ; SVSM, Procès-verbal et compte rendu sténographique de l'AG extraordinaire des Délégués, Lausanne, 18 octobre 1958, ACV, PP 940/2, Registre 21, f. 442, pp. 41-42.

les membres des caisses et leurs administrateurs au cours des décennies suivant la Seconde Guerre mondiale. L'intensité de la concurrence dans le canton et l'enjeu que représentait la fidélisation des enfants vaudois incitèrent l'administration de la SVSM à agir promptement et discrètement. Or, le règlement de la société exigeait que l'introduction d'une nouvelle modalité d'assurance soit approuvée par l'AG et donne lieu à une modification statutaire explicite. Le comité jugea qu'une telle démarche aurait ralenti l'entreprise. Elle aurait également mis en danger le projet en le portant à la connaissance des concurrents. Les administrateurs décidèrent donc de contourner la procédure et d'introduire unilatéralement la nouvelle modalité. La manœuvre ne passa toutefois pas inaperçue et la Chrétienne sociale de Lucerne ainsi que d'autres caisses concurrentes du canton en avertirent l'OFAS qui admonesta la SVSM⁵⁴³. Cela donna lieu à une correspondance nourrie avec l'autorité de surveillance. Afin d'éviter qu'une situation de ce genre ne se reproduise, les dirigeants demandèrent en juin 1960 aux représentants des sociétaires réunis en AG de donner à l'administration centrale le pouvoir d'introduire de nouvelles combinaisons d'assurance, ainsi que de passer des contrats de fusions, sans avoir à obtenir au préalable l'autorisation des membres – une demande que les sociétaires accordèrent aux dirigeants⁵⁴⁴. Une telle décision contribua à éloigner les sociétaires de la gestion des affaires.

La SVSM ajouta d'autres offres à sa gamme au cours de la décennie 1950, en plus des prestations complémentaires d'hospitalisation. Elle introduisit en 1952 une assurance « d'indemnités différées », qui couvrait les pertes de salaire en cas de maladie, mais seulement à partir d'un ou plusieurs mois (six au maximum) d'incapacité de travail. Cette assurance, moins coûteuse que l'assurance d'indemnité journalière LAMA (versée, elle, dès le troisième jour de maladie), était destinée aux sociétaires s'estimant capables de supporter eux-mêmes une perte de salaire pendant un certain temps, mais désireux de s'assurer contre des périodes d'incapacité de travail plus longue. Deux ans plus tard, la SVSM introduisit des prestations complémentaires à l'assurance-accident obligatoire, couvrant les pertes de gain pour les jours non payés par la Caisse nationale d'assurance-accident de Lucerne. En somme, l'activité privée et commerciale de la SVSM visait à compléter l'édifice des prestations d'assurances sociales.

⁵⁴³ SVSM, Procès-verbal de la conférence des Présidents de sections, Lausanne, 21 mai 1960, ACV, PP 940/2, Registre 23, f. 254, p. 11.

⁵⁴⁴ SVSM, Procès-verbal et compte rendu sténographique de l'Assemblée générale ordinaire des Délégués, Pully, 19 juin 1960, ACV, PP 940/2, Registre 23, f. 356, p. 37.

En résumé, en 1950, la SVSM n'offrait à ses membres que des prestations d'indemnités journalières, des remboursements de frais médicaux et pharmaceutiques et – de façon marginale – des indemnités de funérailles (que la société offrait déjà à ses membres à sa fondation en 1846). Au cours de la période qui s'étendit du début des années 1950 à 1964, la SVSM et les caisses en général entreprirent de diversifier leurs activités à d'autres branches d'assurance. Afin de séduire un sociétariat potentiel plus vaste et de résister à la concurrence des caisses centralisées et des compagnies privées dont l'activité dans le secteur s'intensifiait, la SVSM étendit ses activités hors du champ de l'assurance sociale à proprement parler, c'est-à-dire hors du champ des prestations que la LAMA imposait aux caisses de fournir pour obtenir la reconnaissance fédérale. Aujourd'hui, dans les systèmes d'assurance-maladie obligatoire fondés sur le principe de la « concurrence régulée » tels le système suisse depuis 1996 et le système néerlandais depuis 2006, les caisses s'efforcent d'attirer à elles les personnes déjà assurées auprès des sociétés concurrentes. En 1950, 60 % de la population suisse était affiliée à une caisse. Il existait, autrement dit, un large réservoir de sociétaires potentiels à persuader de l'intérêt de l'assurance-maladie.

Si les efforts de recrutement – qui se manifestèrent donc par une extension des prestations – étaient soutenus en assurance individuelle, c'est cependant en assurance collective qu'ils étaient les plus intenses. Dans ce domaine, entièrement exclu du champ de la LAMA, les offreurs d'assurance, compagnies et caisses, se livraient une forte concurrence.

2. L'assurance collective : terrain d'expression des tensions concurrentielles

L'assurance collective (ou assurance de groupe) est, en Europe et en Amérique du Nord, une forme répandue de protection contre le risque de maladie⁵⁴⁵. En Suisse, si l'assurance collective et la participation de l'employeur sont aujourd'hui exclues de l'assurance-maladie de base (LAMal), ces modalités de couverture sont en revanche admises pour l'assurance facultative d'indemnités journalières. Cette assurance,

⁵⁴⁵ La prévalence des contrats collectifs est particulièrement prononcée aux États-Unis où presque 90 % de la population assurée (hors Medicaid et Medicare), l'est à travers une assurance de groupe offerte par l'employeur, en raison notamment du traitement fiscal favorable dont bénéficie cette forme d'assurance.

qui couvre les pertes de salaire temporaires en cas d'incapacité de travail peut être conclue sous la forme d'une assurance collective, par des employeurs (pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes), par des organisations d'employeurs, et par des organisations de travailleurs (titre 3, art. 67). C'est principalement sous la forme collective que l'assurance des indemnités journalières est conclue : les primes versées par les contrats collectifs représentaient, dans cette branche, en 2021, 94 % des primes totales⁵⁴⁶.

Si les contrats collectifs sont aujourd'hui répandus dans l'assurance-maladie, c'est dans la branche accidents qu'ils apparurent, à la fin du XIX^e siècle, à la faveur de l'essor du principe de la responsabilité professionnelle des employeurs. Sur le plan fédéral, c'est la loi de 1877 sur le travail dans les fabriques qui introduisit le principe de la responsabilité des employeurs pour tous les accidents professionnels, y compris ceux dont l'origine ne pouvait pas être attribuée à une faute de l'employeur. La loi de 1877 fut complétée par celle de juin 1881, qui renforça le principe de responsabilité professionnelle, en en précisant les modalités d'application et en encourageant les employeurs à souscrire des assurances collectives pour les accidents⁵⁴⁷. Naturellement, les compagnies d'assurance saisirent les opportunités commerciales qui résultèrent de ces développements légaux, et plusieurs se spécialisèrent dans l'offre de contrats collectifs aux employeurs désireux de se protéger contre les conséquences financières des accidents professionnels⁵⁴⁸.

Dans la branche maladie, c'est l'entrée en vigueur du Code des obligations de juin 1881 qui donna la première impulsion légale au développement des contrats collectifs. L'article 341 de ce code (devenu l'article 335 CO après la révision de 1911) stipulait en effet que l'employé ne perdait pas son droit au salaire, «*pour un temps relativement court, lorsqu'il était empêché de travailler sans sa faute, pour cause de maladie*»⁵⁴⁹. Une telle disposition encourageait les employeurs à se couvrir contre le risque de devoir verser son salaire à un ouvrier temporairement incapable de travailler. Quant à la LAMA elle

⁵⁴⁶ OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire. Édition 2021*, Tableau 6.02, p. 137.

⁵⁴⁷ LENGWILER Martin, *Risikopolitik im Sozialstaat...*, p. 42.

⁵⁴⁸ URECH Auguste, «Histoire de l'assurance en Suisse», *Bulletin de l'Association des actuaires suisses* 55(2), 1955, p. 187.

⁵⁴⁹ «Loi fédérale complétant le Code civil suisse (Livre cinquième: Droit des obligations). (Du 30 mars 1911.)», *Feuille fédérale* 2(14), 5 avril 1911, p. 98.

restait muette sur le contenu des contrats collectifs. Les caisses et les entreprises pouvaient librement en fixer les conditions (de prestations et de cotisations) tant que celles-ci ne mettaient pas en danger l'équilibre financier des caisses. La LAMA spécifiait toutefois (article 130), que l'employeur pouvait déduire du salaire dû au titre de l'article 335 CO, l'indemnité de chômage, à condition qu'il (l'employeur) supporte au moins la moitié des cotisations versées à la caisse. Cet article de la LAMA poussa naturellement de nombreux employeurs à se tourner vers des compagnies d'assurance ou des mutuelles afin de conclure des contrats collectifs par lesquels ils s'engageaient à payer au moins la moitié des cotisations et cela, dans le but de se délier des obligations qui leur incombaient au titre de l'article 335 du Code des obligations⁵⁵⁰.

Si les premières demandes d'assurances collectives parvinrent à la SVSM dès 1908, ce n'est qu'après la révision statutaire de 1914 – qui formalisa réglementairement l'affiliation des groupements – que les premières collectivités furent admises⁵⁵¹. Toutefois, le nombre des contrats collectifs et la proportion du sociétariat affilié à la société par leur biais demeurèrent modestes jusqu'à la fin des années 1930. Jusqu'en 1938, les assurés collectifs ne représentèrent jamais plus de 10% du sociétariat total. La décision de 1938 du Grand Conseil vaudois d'exclure de l'assurance infantile cantonale – pour des motifs d'économie – les élèves des écoles secondaires du canton contribua à alimenter les effectifs collectifs de la SVSM: celle-ci obtint, aux dépens d'une caisse concurrente, la Chrétienne sociale, active dans le canton de Vaud, qu'une partie de l'effectif des élèves du secondaire lui soit versée⁵⁵².

Au niveau fédéral, en revanche, il est plus difficile de quantifier le développement de l'assurance collective contre la maladie pour la période qui précède 1950: ce n'est qu'à partir de cette date que l'OFAS commença à collecter (ou du moins à publier) des données à ce sujet. Toutefois, la plupart des grandes caisses introduisirent cette modalité d'assurance avant la Seconde Guerre mondiale. L'Helvetia, par exemple, conclut ses premiers contrats collectifs en 1908, huit ans après sa fondation et en 1920, l'effectif

⁵⁵⁰ Sur l'assurance collective et les contrats collectifs, voir MÄRK-ROHRER Linda, *Die Sozialpolitik der Schweizer Gewerkschaften...*, pp. 149-157 et 184-185.

⁵⁵¹ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 24 septembre 1908, ACV, PP 940/2, Registre 6, f. 249.

⁵⁵² SVSM, Procès-verbal de la séance du Comité central, Lausanne, 2 avril 1938, ACV, PP 940/2, Registre 8, f. 39, p. 3; SVSM, Procès-verbal de l'assemblée des délégués, Aigle, 18 juin 1939, ACV, PP 940/2, Registre 8, f. 87, pp. 9-10; «Société vaudoise de secours mutuels», *Bulletin de la FSSM* 10, octobre 1938, p. 158.

des assurés collectifs représentait 11 % de l'effectif total (puis 5 % en 1940, et 14 % en 1950)⁵⁵³.

La Seconde Guerre mondiale donna une impulsion à l'affiliation collective auprès des caisses-maladie. Au cours des années de guerre, la Confédération introduisit plusieurs mesures visant à assurer la sécurité financière des citoyens mobilisés. En 1942, elle rendit tout d'abord obligatoire l'assurance-maladie pour les travailleurs affectés à l'agriculture (dans le cadre du plan Wahlen visant à assurer à la Suisse l'autosuffisance alimentaire) et pour les travailleurs affectés aux travaux de construction d'intérêts nationaux. Ces mesures devaient permettre aux travailleurs non encore affiliés à une caisse reconnue de bénéficier d'une couverture d'assurance pour les soins médicaux et les indemnités journalières. En moyenne, durant la période 1943-1946 au cours de laquelle la SVSM fut chargée par le département vaudois de l'agriculture, de l'industrie et du commerce d'assurer ces citoyens mobilisés, ces catégories représentèrent entre 5 et 10 % de l'effectif total de la société. À la fin de la guerre, dans un contexte d'immigration de travail significative, le Conseil d'État vaudois rendit obligatoire l'assurance-maladie pour la main-d'œuvre étrangère travaillant dans le canton de façon temporaire⁵⁵⁴. Ce programme, destiné originellement à ne durer que quelques années, fut prolongé jusqu'en 1962. Il alimenta encore davantage les effectifs collectifs de la SVSM.

Après la Seconde Guerre mondiale, la branche assurance collective augmenta régulièrement, tirée par les affiliations, auprès des caisses, d'entreprises et d'administrations. La proportion des assurés collectifs passa de 5 % en 1950, à 12 % en 1960 et à 19 % en 1971⁵⁵⁵. L'univers des contrats collectifs d'entreprises était caractérisé par une hétérogénéité significative. Les conditions contractuelles étaient typiquement négociées au cas par cas, librement, entre la collectivité et le comité de direction de la caisse. Le niveau des cotisations, l'étendue des prestations ou les conditions relatives à l'âge d'entrée variaient d'un contrat à l'autre, ainsi que les conditions de gestion : tantôt le comité central de la caisse prenait en charge la gestion de la collectivité, tantôt la collectivité s'auto-administrait. Parfois l'employeur contribuait au paiement d'une fraction des cotisations de ses employés,

⁵⁵³ SCHMID Otto, *1900-1950...*, p. 137.

⁵⁵⁴ *Bulletin des séances du Grand Conseil du Canton de Vaud*, Session d'automne, séance du 2 décembre 1947, pp. 473-502; «Rapport du Comité central sur sa gestion pour l'exercice 1947», *Bulletin de la SVSM* 32, mai 1948, p. 11.

⁵⁵⁵ OFAS, *Caisses-maladie suisses et caisses d'assurance contre la tuberculose. Statistique 1949-1958*, Berne, Bureau fédéral de la statistique, 1960; OFAS, *Institutions de l'assurance-maladie reconnues par la Confédération. Statistique 1959-1968*, Berne, 1970.

parfois non. Les contrats individuels (qui relevaient de la LAMA) étaient plus encadrés.

Le développement constant de la protection assurantielle collective, si différente de l'assurance individuelle traditionnelle, n'était pas sans susciter les appréhensions de certains mutualistes. À la fin des années 1930, certains exprimèrent la crainte que le développement de l'assurance collective nuise à l'esprit mutualiste et à la cohésion interne des sociétés mutuelles⁵⁵⁶. L'on redoutait que l'essor des collectivités se traduise par l'apparition, au sein des sociétés, d'îlots de sociétaires indifférents à l'égard de la vie des mutuelles, de leur gestion et de leur développement. L'on craignait en outre que les différences de conditions auxquelles étaient soumis les assurés individuels et les assurés collectifs – qui jouissaient souvent de conditions plus favorables – ne suscitent le ressentiment des premiers à l'égard des seconds⁵⁵⁷. Ces écarts contrevenaient à l'un des principes fondamentaux du mutualisme traditionnel, à savoir l'égalité de traitement entre les membres. Le « privilège » dont bénéficiaient les assurés collectifs, pour lesquels les restrictions statutaires, par exemple relatives à l'âge d'entrée, ne s'appliquaient pas, était perçu comme injuste et même risqué. Un mutualiste exprima la crainte en ces termes en mars 1939 :

« Et si toutes les sociétés agricoles, les amicales de contemporains et d'unités militaires, les clubs de quilles ou de boules et tant d'autres encore, dont notre pays regorge, demandent à être assurés en collectivité, pourquoi leur refuserait-on cet avantage ? Mais à ce moment-là, les sociétés d'assurance-maladie se fractionneraient en deux parties : 1° Une minorité composée de sociétaires naïfs qui continueront de payer les cotisations statutaires fixées d'après leur âge d'entrée ; 2° une majorité composée de gens plus malins qui se sont groupés en collectivités pour bénéficier de tarifs plus avantageux. Cela pourra-t-il vraiment "jouer" ? »⁵⁵⁸

Le développement de l'assurance collective soulevait au sein des mutuelles des problèmes spécifiques de gouvernance. Quel statut accorder aux membres affiliés *via* des contrats collectifs ? Cette question, lancinante, agita les assemblées de la SVSM durant toute la période de l'après-guerre

⁵⁵⁶ SVSM, Procès-verbal de l'assemblée de la commission de propagande, Orbe, 25 juillet 1941, ACV, PP 940/2, Registre 9, f. 56, pp. 3-4.

⁵⁵⁷ SVSM, Séance du comité de direction, Lausanne, 15 novembre 1950, ACV, PP 940/2, Registre 13, f. 357. SVSM, Séance du comité central, Lutry, 11 décembre 1948, ACV, PP 940/2, Registre 12, f. 336.

⁵⁵⁸ « Une petite question, s.v.p. ? », *Bulletin de la FSSM* 3, mars 1939, pp. 39-40.

jusqu'à la révision partielle de la LAMA en 1964, et donna lieu à des luttes intestines opposant les représentants des collectivités aux représentants des sections (membres individuels). Les seconds contestaient le droit de vote accordé aux premiers, au motif qu'il n'était pas légitime – à leurs yeux – que ces derniers puissent s'exprimer par le vote sur des points statutaires auxquels ils n'étaient pas eux-mêmes soumis. En juin 1949, l'un des membres du comité central regrettait «*la bâtarde du système aux secours mutuels. Les délégués des collectivités vont voter des décisions qui ne les touchent pas et les membres individuels en subiront les conséquences. L'équité n'est point respectée.*»⁵⁵⁹

Le problème se posait également du point de vue de la *représentation* au sein des assemblées générales. Le système de représentation qui accordait à chaque section, indépendamment de son poids, le droit à deux délégués devenait de plus en plus favorable aux collectivités à mesure que leur nombre s'accroissait⁵⁶⁰. En 1949, bien que le nombre d'assurés collectifs soit inférieur au nombre d'assurés individuels, la société comptait septante quatre collectivités pour quarante-cinq sections⁵⁶¹. Les statuts prévoyaient également qu'une AG pût être organisée à la demande d'un cinquième des sections ou des collectivités, une disposition qui donnait un certain pouvoir aux nombreuses petites collectivités. En 1954, plusieurs mutualistes, craignant d'être «*majorisés*»⁵⁶² par les collectivités, appelèrent de leurs vœux une réforme du système de représentation, en proposant que celle-ci soit proportionnelle au sociétariat (par opposition au système accordant un nombre égal de délégués à chaque section ou collectivité), ou encore que les collectivités soient agrégées aux sections⁵⁶³. Un compromis fut finalement adopté : former, à partir des collectivités de moins de cinquante membres, des groupes de cinquante membres au moins, représentés suivant le même barème que les sections aux AG, de façon à limiter le poids des petites collectivités sans en menacer l'existence⁵⁶⁴.

Le comité central devait cependant veiller à préserver l'intérêt des collectivités et à ne pas trop égratigner leur susceptibilité. L'assurance

⁵⁵⁹ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 11 juin 1949, ACV, PP 940/2, Registre 12, f. 535.

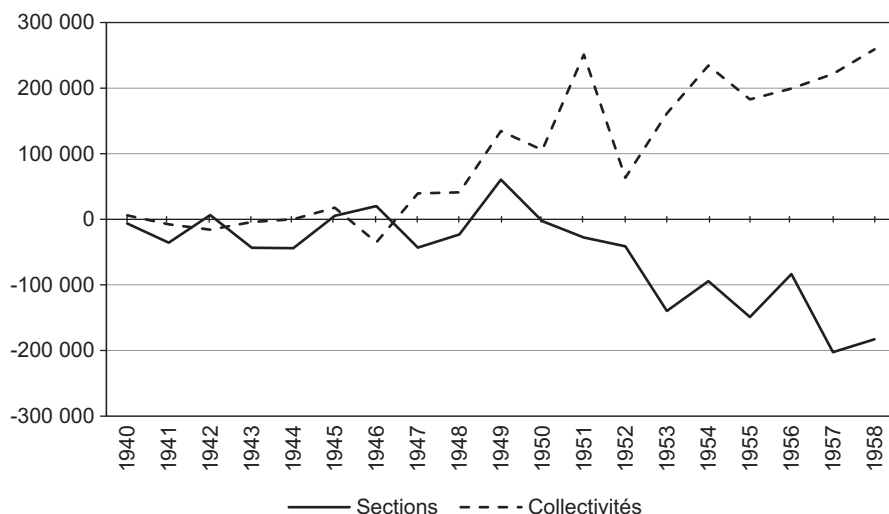
⁵⁶⁰ SVSM, Statuts de la SVSM, Lausanne, 1933, ACV, PP 940/6, art. 57.

⁵⁶¹ *Bulletin de la SVSM* 33, mai 1949, pp. 24-28.

⁵⁶² SVSM, Procès-verbal sténographique de l'Assemblée extraordinaire des Délégués, Lausanne, 4 avril 1954, ACV, PP 940/2, Registre 17, f. 195.

⁵⁶³ SVSM, Procès-verbal sténographique de l'Assemblée extraordinaire des Délégués, Lausanne, 4 avril 1954, ACV, PP 940/2, Registre 17, ff. 191-193.

⁵⁶⁴ SVSM, Procès-verbal sténographique de l'Assemblée extraordinaire des Délégués, Lausanne, 4 avril 1954, ACV, PP 940/2, Registre 17, f. 211.

Graphique 7. Résultat net des sections et des collectivités au sein de la SVSM, 1940-1958

Source: Bulletins de la SVSM.

Note: le résultat net est calculé comme la différence entre les cotisations totales et les prestations totales.

collective représentait pour la société un instrument précieux de croissance, un outil de propagande et une source non négligeable de revenus. Du reste, l'assurance collective était plus flexible. Elle permettait au comité central d'ajuster finement, pour chaque groupe assuré, les conditions contractuelles aux risques que ces groupements représentaient. Dans l'ébauche et la conclusion des contrats collectifs, le comité central n'était contraint ni par le carcan des statuts ni par celui de la LAMA. De fait, la profitabilité des collectivités compensait en grande partie les déficits de l'assurance individuelle. Le graphique 7 met en évidence cette relation pour la période 1940-1958, date à laquelle les bulletins cessèrent de publier séparément les résultats des sections et des collectivités, afin, sans doute, de limiter les tensions entre les deux catégories d'assurés et de ne pas révéler aux concurrents des informations dont ils pouvaient éventuellement tirer profit⁵⁶⁵. Dans le langage de la théorie économique, l'assurance collective donnait

⁵⁶⁵ La profitabilité supérieure de l'assurance collective était en partie attribuable au fait que les contrats collectifs couvraient essentiellement les indemnités journalières, alors que l'assurance individuelle couvrait les soins.

l'opportunité aux caisses de pratiquer « l'écrémage » (*cream-skimming*), c'est-à-dire de sélectionner les bons risques.

La flexibilité des contrats collectifs et leur rentabilité suscitaient la convoitise des caisses, de sorte que la concurrence s'exerçait de façon particulièrement intense dans cette branche. Le canton de Vaud, en particulier, constituait un terrain attractif pour les caisses désireuses d'étendre leur sociétariat : l'assurance-maladie y était moins répandue qu'ailleurs. De tous les cantons suisses, c'est dans le canton de Vaud que la proportion d'assurés (relativement à la population totale) était la moins élevée : 36 % en 1949 et 53 % en 1956 (contre 64 % et 77 % pour la Suisse entière, respectivement)⁵⁶⁶. Les caisses centralisées déployèrent une activité importante sur ce territoire, par le biais d'agents recrutés localement. Ces caisses pouvaient faire valoir auprès des assurés potentiels des tarifs plus bas en vertu de leurs capacités à compenser des pertes locales par des gains réalisés dans d'autres régions. La SVSM interpella à plusieurs reprises l'OFAS de façon à faire cesser ou du moins à atténuer ce qu'elle considérait comme une « concurrence déloyale »⁵⁶⁷.

Afin de limiter l'intensité de la concurrence à laquelle elles se livraient, les caisses entreprirent au début des années 1950 d'imposer un cadre régulateur limitant la liberté de fixation des niveaux de cotisations pour les contrats collectifs. Le Concordat se chargea de la chose, et élabora en 1950 un règlement facultatif sur l'assurance collective à destination de ses membres. Finalement, le Concordat rendit le règlement obligatoire en 1959⁵⁶⁸. Puis, au début des années 1960, alors que les efforts visant à faire aboutir la révision partielle de la LAMA s'intensifiaient, le Conseil fédéral, dans son message à l'Assemblée fédérale « à l'appui d'un projet

⁵⁶⁶ OFAS, *Caisses-maladie suisses... 1949-1958*, Annexe B, p. 3.

⁵⁶⁷ SVSM, Procès-verbal de l'assemblée générale, Lausanne, 30 juin 1940, ACV, PP 940/2, Registre 8, f. 136, p. 5 : « L'année dernière, on avait fait état de la concurrence faite à notre société par les organisations suisses allemandes. J'étais intervenu à Berne et j'ai été convoqué au bureau de l'Office social. On m'a demandé des précisions et on m'a déclaré qu'une intervention serait faite auprès des sociétés pour éviter cette concurrence. Elles faisaient des prix tels qu'elles subissaient certainement des déficits. L'OFAS m'a assuré qu'il mettrait de l'ordre. [...] Si on laissait faire ces sociétés suisses allemandes, notre groupement subirait certainement les conséquences de cette concurrence. » ; SVSM, Séance de la commission de gestion, Lausanne, 28 janvier 1952, ACV, PP 940/2, Registre 16, f. 019 : « M. Duc explique que la réglementation des collectivités devrait venir d'en haut. L'OFAS a bien des directives pour l'assurance collective émanant du Concordat mais la preuve est faite que l'Helvetia et la Chrétienne sociale ne respectent pas les tarifs qu'ils ont eux-mêmes élaborés. La Fédération romande étudie les modalités qui donneraient les garanties désirables aux caisses mais jusque-là impossibilité de faire autrement. »

⁵⁶⁸ FELL-DORJOT Jeanne, « En marge de l'activité du Concordat », *Mutualité romande* 6, juin 1960, p. 4.

de loi modifiant le titre premier de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents» jugea nécessaire d'introduire dans la future loi des dispositions relatives à l'assurance collective eu égard au développement rapide de cette branche⁵⁶⁹.

Le Conseil fédéral envisageait trois pistes pour encadrer légalement les contrats collectifs : d'abord, fixer des maxima de prestations, afin de réduire les écarts de traitement entre les assurés individuels et les assurés collectifs, de sorte qu'en cas de passage d'une branche à l'autre, les droits des membres ne soient pas réduits de façon trop significative ; ensuite, limiter la capacité des caisses à passer des contrats avec des collectivités situées hors de leur rayon d'activité ; enfin, obliger les caisses à offrir aux assurés collectifs contraints de passer dans l'assurance individuelle les prestations qui leur étaient garanties jusqu'alors⁵⁷⁰. Ces propositions furent inscrites, inaltérées, dans le texte de loi voté par les Chambres en mars 1964.

3. L'essor des systèmes mutualistes de réassurance

La décennie 1950 fut marquée par des efforts significatifs des caisses-maladie pour étendre leurs activités à de nouvelles branches d'assurance, en particulier vers des prestations complémentaires à finalité commerciale. C'est également au cours de cette période charnière de l'histoire de l'assurance-maladie suisse qu'émergèrent les premières solutions mutualistes privées de réassurance au niveau fédéral. En 1954 furent fondées, à quelques mois d'intervalle, la Caisse suisse de réassurance pour longues maladies (CLM) et la Caisse d'assurance et de réassurance de la Suisse romande (CAR) à l'initiative, respectivement, du Concordat suisse des caisses-maladie et de la Fédération romande des sociétés de secours mutuels. La présente section expose les origines de ces deux institutions et leur rôle dans la structuration du système suisse d'assurance-maladie jusqu'à la révision partielle de la LAMA en 1964.

La réassurance mutualiste n'est certes pas une innovation de la seconde moitié du xx^e siècle. Le problème des maladies longues se posait déjà aux mutualistes de la fin du xix^e siècle. La plupart des mutuelles d'alors ne

⁵⁶⁹ «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet de loi modifiant le titre premier de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (du 5 juin 1961)», p. 1474.

⁵⁷⁰ «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet de loi modifiant le titre premier de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (du 5 juin 1961)», pp. 1475-1476.

garantissaient à leurs membres des prestations (d'indemnités journalières) que pour des périodes limitées (en général cinq ou six mois). Seule une minorité couvrait leurs membres jusqu'au rétablissement. La petite taille de ces sociétés et l'étroitesse de leurs ressources ne leur permettaient pas de prendre le risque de s'engager à financer des membres pour des durées indéterminées. C'est d'ailleurs l'une des critiques qui leur avaient été adressées à la fin du XIX^e siècle lors des débats sur l'introduction d'un système obligatoire et partiellement étatique d'assurance-maladie (chapitre 3). Le caractère incertain des formes alternatives de secours en cas de maladies (la charité publique ou privée) vers lesquelles étaient contraints de se tourner les travailleurs ayant épuisé leurs droits aux prestations, rendait ces contraintes temporelles particulièrement problématiques. La création d'institutions de réassurance constituait une solution permettant de pallier cette lacune, du moins en partie.

C'est à Genève que fut créée à la fin du XIX^e siècle la première société romande de réassurance en cas de maladie. Prenant pour modèle le fonctionnement d'une caisse rémoise dont les statuts étaient parvenus jusqu'aux rives du Léman, un groupe de mutualistes fonda la Caisse de réassurance, qui offrait «à *tout malade* [ayant reçu pendant six mois consécutifs les indemnités de sa propre société] *une indemnité journalière qui durera autant que sa maladie*»⁵⁷¹. Dans le sillon de l'initiative genevoise, les mutualistes de La Chaux-de-Fonds créèrent à leur tour, en 1894, une caisse locale de réassurance couvrant les malades jusqu'à leur rétablissement⁵⁷². Lors du premier congrès suisse des sociétés de secours mutuels qui se déroula à Genève en août 1896 – sur fond de débats relatifs à la Lex Forrer – les mutualistes, désireux de proposer une alternative crédible aux solutions étatiques, appelèrent de leurs vœux la propagation du principe de réassurance à même de «*sauver de la misère ou d'enlever à l'assistance publique un certain nombre de membres atteints de maux prolongés*»⁵⁷³.

La réassurance mutualiste ne se déploya toutefois sur une plus large échelle que durant l'entre-deux-guerres à la faveur de la loi sur la tuberculose du 13 juin 1928. Jusqu'à cette date, les initiatives étaient demeurées essentiellement locales. La loi de 1928 encouragea la formation de groupements régionaux en n'offrant des subventions qu'aux sociétés d'au

⁵⁷¹ *Notice historique, relevé des comptes annuels, et Règlement de la Caisse de réassurance en cas de maladie, fondée à Genève en juin 1890*, Genève, 1896, BGE, Ob 635/32, p. 11.

⁵⁷² «Premier congrès suisse des Sociétés de secours mutuels en cas de maladie», *Bulletin de la FSSM* 11, janvier 1897, p. 262.

⁵⁷³ «Premier congrès suisse...», *Bulletin de la FSSM* 11, janvier 1897, p. 265.

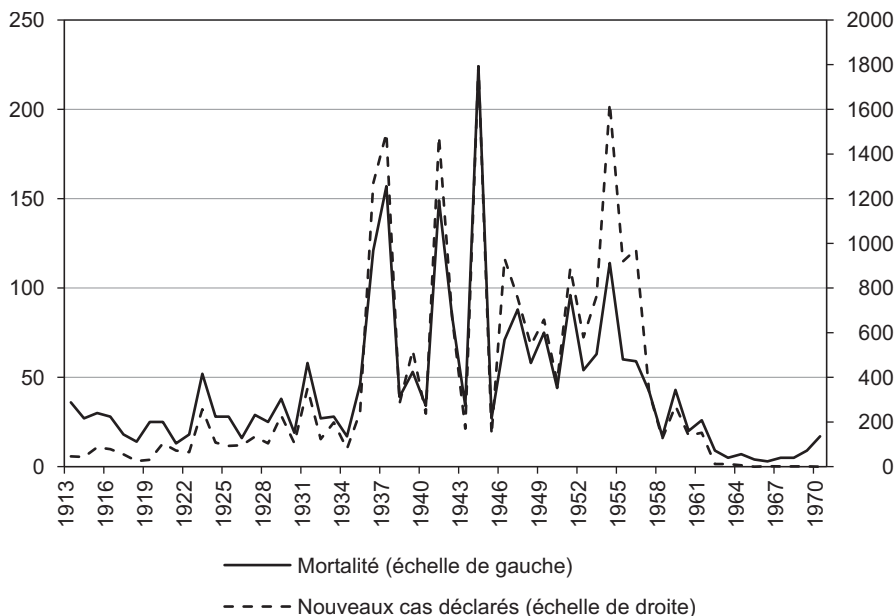
moins 40 000 membres, un minimum que n'atteignait aucune mutuelle romande. Les mutualistes se groupèrent donc sous l'égide de la Fédération des sociétés romandes pour former une caisse régionale de réassurance contre la tuberculose.

Ce n'est toutefois qu'en décembre 1953, à l'initiative du Concordat, organisation faîtière des caisses alémaniques, que naquit la première institution mutualiste de réassurance en cas de maladie opérant sur le territoire entier de la Confédération: la Caisse suisse de réassurance pour longues maladies (CLM). Cette société occupe une place particulière dans l'histoire du mutualisme suisse en général en tant que première institution d'assurance au sein de laquelle étaient mêlés les intérêts économiques des caisses romandes et alémaniques. Jusqu'à l'établissement de cette caisse de réassurance, les rapports entre les deux communautés linguistiques s'étaient bornés à des formes de collaboration politique face aux projets de réforme perçus comme menaçants pour les intérêts des caisses-maladie suisses. Avec la fondation de la CLM, la collaboration fut donc élevée au plan économique.

La problématique de l'assurance contre les maladies longues apparaissait alors particulièrement pertinente au regard du contexte épidémiologique. Les décennies qui venaient de s'écouler avaient été marquées par une modification profonde de la structure de la morbidité. La diminution de la mortalité attribuable aux maladies infectieuses s'était accompagnée d'une augmentation de la prévalence des affections non transmissibles et chroniques. Or, ces maladies, qui exigeaient des suivis médicaux de longue durée, posaient aux caisses des difficultés particulières: «*Ces maladies ont ceci de commun que, par leur longue durée, elles sortent du cadre des maladies courantes, pour la lutte contre lesquelles les sociétés de secours mutuels et les caisses-maladie ont été spécialement conçues.*»⁵⁷⁴ La LAMA n'imposait pas d'ailleurs aux caisses d'offrir à leurs membres des prestations médicales jusqu'à guérison⁵⁷⁵. Une maladie longue et coûteuse, comme le cancer, pouvait donc déstabiliser significativement les finances d'un ménage. Cette lacune représentait aux yeux des experts fédéraux en charge de la révision de la LAMA au début des années 1950 l'une des principales déficiences du système suisse

⁵⁷⁴ «Rapport du comité central à l'assemblée des délégués du 6 septembre 1953, à Monthey», *Mutualité romande* 10, octobre 1953, pp. 4-5.

⁵⁷⁵ Selon la loi de 1911 (art. 13), au-delà de 180 jours de soins au cours d'une période de 360 jours consécutifs (une durée de «180/360» dans le langage des assureurs), les caisses n'étaient plus légalement tenues de couvrir leurs membres. L'arrêté fédéral de 1936 sur la participation des membres aux frais médicaux et pharmaceutiques porta cette durée à 270 sur 360 jours.

Graphique 8. La poliomyélite en Suisse, 1900-1980

Sources : HSSO, « Nouveaux cas déclarés de maladies : choix de maladies infectieuses, de 1891 à 1985 », Tab. D.24 et « Vue d'ensemble des causes de décès... », Tab. D.34.

d'assurance-maladie. La commission fédérale de révision de 1954 proposa d'accorder des subventions spéciales aux caisses offrant à leurs membres des prestations pour une durée de 720/900 jours⁵⁷⁶ – une proposition qui n'aboutit finalement, sous une forme légèrement altérée, que dix ans plus tard lors de la révision partielle de la LAMA en mars 1964.

Si l'ambition du Concordat, à travers la CLM, était de fonder une organisation de réassurance destinée à prendre en charge les risques afférant aux maladies longues et coûteuses en général, c'est initialement à l'assurance contre la poliomyélite (« la polio ») que la nouvelle institution se consacra. Cette maladie infectieuse, qui touche principalement les enfants, trouble le système nerveux et peut conduire à la paralysie, parfois complète et définitive. La guérison et la réhabilitation nécessitent des

⁵⁷⁶ COMMISSION FÉDÉRALE D'EXPERTS, *Rapport et avant-projet... du 3 février 1954*, p. 77.

traitements longs et coûteux. À l'échelle mondiale, la polio figura parmi les principaux enjeux de santé publique jusqu'au milieu du xx^e siècle. Elle affecta la population suisse à travers plusieurs épisodes épidémiques entre la fin des années 1930 et le début des années 1950 (graphique 8).

Les « polices polio » offertes par les compagnies d'assurance se répandirent au niveau mondial à partir de la fin des années 1940. En 1954, en Suisse, quatre compagnies d'assurance, parmi les plus importantes du pays (la Zurich, la Mutuelle Vaudoise, la Winterthur-Accident et la Genevoise), proposaient des polices polio (*Kinderlähmung*, paralysie infantile) soit de façon indépendante, soit sous forme de compléments à des contrats d'assurance-vie ou maladie en général⁵⁷⁷. Les caisses-maladie n'entendaient pas se laisser distancer par les compagnies privées et c'est dans cet esprit que le Concordat introduisit sa propre assurance polio en 1954, par le truchement de la CLM. C'est sur la « supériorité » de la solution proposée par les caisses-maladie qu'insista en tout premier lieu Otto Schmid, le président du Concordat, lors de l'allocution qu'il prononça pour la première assemblée générale de la nouvelle institution : « [Le président du Concordat] releva d'emblée qu'il existait une grande différence entre l'assurance contre la poliomyélite pratiquée par quelques compagnies d'assurance privées et l'assurance offerte par la CLM, cette dernière ne se bornant pas à verser de l'argent, mais veillant à ce que cet argent soit utilisé de la meilleure façon en vue du rétablissement du malade. »⁵⁷⁸

L'assurance polio de la CLM comprenait deux volets : d'une part, une assurance des soins médicaux qui remboursait les frais de traitements et, d'autre part, une assurance-invalidité qui versait une rente aux poliomyélitiques gravement atteints. Pouvaient y adhérer des caisses-maladie (avec tous leurs membres ou une partie de ceux-ci), des caisses de réassurance contre la tuberculose (comme la caisse du Concordat ou celle de la Fédération romande) avec toutes leurs caisses ou une partie de celles-ci (ou bien des fédérations cantonales de caisses). En fait de tarification, le caractère cyclique et imprévisible de la polio rendait délicat le recours aux primes fixes – des primes déterminées au début du contrat et constantes jusqu'à son échéance – et, pour les soins médicaux et pharmaceutiques, le Concordat recourut au système de la répartition dans lequel les primes étaient adaptées d'année en année en fonction des prestations versées.

⁵⁷⁷ BUREAU FÉDÉRAL DES ASSURANCES, *Les entreprises d'assurances privées en Suisse 1954*, Berne, 1956, p. 21.

⁵⁷⁸ CLM, *Rapport annuel*, 1954, p. 8, SWA Bv K 181.

L'assurance polio rencontra un succès immédiat : en 1955, un an après le lancement du produit, la CLM couvrait 2 millions d'assurés pour les soins médicaux et 1,3 million pour l'assurance-invalidité. Deux ans plus tard, ces chiffres s'élevaient respectivement à 2,3 et 1,6 million. Autrement dit, la moitié environ de la population suisse totale était assurée pour les soins médicaux et pharmaceutiques auprès de la CLM en 1955, une proportion qui révèle l'allonge des organisations faïtières qui donnèrent naissance à cette caisse de réassurance.

En plus de ses prestations d'assurance polio, la CLM, en sa qualité de caisse reconnue par la Confédération, offrait, directement aux individus des prestations d'assurance complémentaire (d'indemnités journalières ou d'hospitalisation). En 1955, elle introduisit en outre des offres d'assurance pour les maladies longues : indemnités journalières étendues, soins ambulatoires étendus, soins hospitaliers étendus. Ces assurances prenaient en charge les prestations des membres dont les droits étaient épuisés auprès de leur propre caisse. La protection offerte par la CLM s'étendait à 1080/1800 jours pour les soins hospitaliers et les indemnités journalières ; pour les soins ambulatoires, elle garantissait des prestations pour une période indéterminée⁵⁷⁹. L'assurance pour longue maladie s'adressait en particulier aux petites caisses-maladie, et elle constituait la raison d'être de l'institution, du moins dans les discours de ses administrateurs⁵⁸⁰.

Dans les faits, pour la CLM, l'assurance pour les maladies longues demeura marginale jusqu'au début des années 1960. L'essentiel des recettes provenait de l'assurance polio/invalidité. Celle-ci représentait, en 1955, 98 % du chiffre d'affaires contre seulement 2 % pour l'assurance longue maladie et l'assurance complémentaire individuelle, une proportion qui ne varia pas significativement jusqu'en 1970.

Autrement dit, le nom de l'institution – caisse de longues maladies – ne reflétait qu'imparfaitement la nature de ses activités réelles. La CLM était essentiellement une caisse de réassurance *pour le risque d'invalidité* (rentes et soins médicaux) lié à la poliomyélite. L'intérêt que les caisses portaient à ce risque au début des années 1950 s'explique en partie par la tournure que prenaient les discussions politiques relatives à l'introduction d'une assurance-invalidité (AI) au niveau fédéral. En 1950, trois ans après la votation sur l'AVS, deux positions se faisaient face en fait

⁵⁷⁹ Statuts de la CLM, du 20 mars 1954, art. 22.

⁵⁸⁰ CLM, Aux sociétés de secours mutuels et caisses-maladie reconnues par la Confédération de la Suisse romande, Soleure, octobre 1954, ACV, PP 940/2, Registre 17, f. 424.

d'assurance-invalidité. La première entendait intégrer l'AI à l'assurance-maladie et en confier la gestion aux caisses-maladie, subventionnées en conséquence (à la façon de ce qui se pratiquait pour l'assurance tuberculose). Selon cette approche, l'introduction de l'AI devait représenter un élément parmi d'autres d'une réforme générale future élargissant le champ d'action de l'assurance-maladie. La seconde position, portée par les radicaux et les milieux conservateurs appréhendant que l'AI ne joue le rôle de cheval de Troie de l'assurance-maladie obligatoire, entendait intégrer l'AI à l'AVS et financer la première avec les surplus de la seconde⁵⁸¹.

La première de ces deux visions de l'AI fut portée au sein de l'Assemblée fédérale par le conseiller national socialiste Friedrich Schneider. Figure centrale du mutualisme alémanique du milieu du xx^e siècle, Schneider était, en 1951 (au moment où il interpella le Parlement afin de promouvoir une AI gérée par les caisses), administrateur central de la caisse cantonale publique de Bâle. En 1941, il était entré au comité directeur du Concordat⁵⁸². Il participa, aux côtés de Paul Aschwanden (Concordia), Adelrich Pfluger (Fédération soleuroise des caisses), Otto Schmid (Concordat), Maurice Schurtenberger (caisse de réassurance du Concordat), à la fondation de la CLM et en fut désigné vice-président. À travers cette institution – la CLM – Schneider contribua à poser les fondements d'une assurance-invalidité gérée par les caisses-maladie sur laquelle pourraient s'appuyer les législateurs au moment de l'introduction de cette branche sur le plan fédéral. Avec la CLM, les mutualistes mettaient, pour ainsi dire, le pied dans la porte et entendaient prouver la viabilité de la solution mise en avant par Schneider. Cette ambition fut clairement exprimée par le comité directeur de la caisse dans le premier rapport annuel :

*«En développant ainsi les mesures destinées à consolider l'œuvre des caisses-maladie, on aura déjà largement anticipé sur les tâches futures de l'assurance-invalidité fédérale, aujourd'hui au premier plan de l'actualité. La couverture des frais médicaux, à domicile et à l'hôpital, constituera en effet outre le versement de rentes et les mesures en vue de la réintégration des invalides dans le circuit économique, l'une des tâches principales de la future assurance-invalidité. La prolongation de la durée du droit aux prestations [...] pourrait ainsi être un véritable préliminaire de l'assurance-invalidité.»*⁵⁸³

⁵⁸¹ FRACHEBOUD Virginie, *L'introduction de l'assurance-invalidité...*, p. 52.

⁵⁸² Sur Schneider, voir AMSTUTZ Hans-Dieter, *75 Jahre ÖKK...*, p. 33.

⁵⁸³ CLM, *Rapport annuel*, 1954, pp. 18-19.

La loi d'assurance-invalidité, qui fut finalement votée par le Parlement le 19 juin 1959, n'instaura pas un système organisé selon les principes qu'avait défendus Schneider en 1951. Le nouveau système s'appuyait sur trois organes: 1) l'AVS, *via* les caisses de compensation, qui servait les rentes et déterminait les montants; 2) les commissions cantonales – organe consultatif qui collectait les informations sur les invalides; et 3) les offices régionaux, appliquant les mesures de réadaptation professionnelle⁵⁸⁴. Si la CLM dut adapter ses offres à la nouvelle situation en se focalisant davantage sur les cas d'invalidité légère, elle ne fut pas entièrement laissée pour compte. Elle fut intégrée au système en 1962: à la suite d'une pression qu'exerça le Concordat, l'OFAS confia à la CLM un rôle d'intermédiaire entre les commissions cantonales et les caisses-maladie. La CLM fut chargée de recueillir auprès des commissions cantonales des renseignements sur les invalides membres des caisses-maladie, et d'en informer ces dernières, de façon à éviter qu'elles ne versent des prestations qui incombaient en réalité à l'AI⁵⁸⁵.

Si les mutualistes romands n'initièrent pas le mouvement en faveur de la création de la CLM, ils s'efforcèrent de prendre le train en marche. «*Incidemment, le président de la Fédération romande a eu connaissance de ce qui se passait [en Suisse alémanique] et a immédiatement pris les contacts nécessaires afin d'envisager la possibilité de participer à la création de cette caisse*»⁵⁸⁶, expliqua l'intéressé, René Steiner, devant le comité central de la Fédération en novembre 1953. Steiner parvint à convaincre le Concordat de mentionner la participation romande dans les statuts de la CLM, et la Fédération participa à hauteur de 5 000 francs au capital de la nouvelle institution (contre 50 000 francs pour le Concordat). Steiner obtint également que deux Romands intègrent le comité central de la nouvelle caisse. La participation romande au projet fut également soutenue par les caisses-maladie *régionales* alémaniques (caisse bernoise, caisse publique du canton de Bâle) qui y voyaient une façon de faire contrepoids à l'influence, au sein de la nouvelle institution, des grandes caisses centralisées (Helvetia, Chrétienne sociale, etc.)⁵⁸⁷.

⁵⁸⁴ «Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Du 19 juin 1959)», *Feuille fédérale* 1(26), 25 juin 1959, pp. 1511-1536.

⁵⁸⁵ CLM, *Rapport annuel*, 1961, pp. 20-21; J. F., «À la Caisse suisse de réassurance pour longues maladies», *Mutualité romande* 10, octobre 1963, p. 9.

⁵⁸⁶ FSSM, Séance du comité central, Lausanne, 6 décembre 1953, ACV, PP 940/2, Registre 16, f. 301.

⁵⁸⁷ FSSM, Séance du comité central, Lausanne, 6 décembre 1953, ACV, PP 940/2, Registre 16, f. 303.

L'intérêt pour les mutualistes romands de participer aux côtés des Alémaniques à la création et au développement d'une entreprise de réassurance contre la poliomyélite, opérant à l'échelle confédérale, était clair et direct: cette institution représentait une arme pour faire face à la concurrence des compagnies privées qui progressivement pénétraient sur le terrain des caisses-maladie. Comme l'expliqua Steiner dans son rapport au comité central de la Fédération romande, *«cette réalisation est d'un intérêt immense pour les caisses-maladie car elle prouve que l'union fait la force et qu'il est possible de lutter contre les grandes compagnies d'assurance, lorsque les questions sont réglées sur la base de la mutualité et non du profit»*. Le représentant de la Fédération vaudoise des sociétés de secours mutuels releva, au cours de la même séance, *«l'urgence»* de la situation, en affirmant que *«l'assurance-paralysie doit être réalisée dans les délais les plus brefs [...] Une chose ne doit pas être oubliée, c'est que les compagnies d'assurance qui s'intéressent à cette activité ne le font pas par la mutualité. [...] La Fédération romande n'a aucun intérêt à rester en dehors de ce grand mouvement.»*⁵⁸⁸

Le Bureau de la Fédération romande décida unilatéralement, sans consulter l'AG des délégués comme l'auraient exigé les statuts, de contribuer, aux côtés des Alémaniques, au financement et à la création de la nouvelle caisse de réassurance. Les administrateurs mutualistes prétextèrent l'urgence de la situation et la menace des compagnies privées pour légitimer l'entorse au principe de la démocratie mutualiste. Il faut *«saisir la balle au bond et mettre à la disposition de nos caisses le moyen de lutter contre des gens qui de plus en plus ont tendance à nous prendre nos assurés, pour les introduire dans l'assurance privée»*. Après tout, *«personne ne peut reprocher au Comité de la F[édération] R[omande] de prendre une décision qui permette aux caisses d'améliorer le sort de leurs membres»*⁵⁸⁹.

La création de la CLM donna à la Caisse de réassurance contre la tuberculose de la Suisse romande – une émanation de la Fédération romande fondée en 1932 – qui avait été éclaboussée en 1951 par un scandale financier (voir l'introduction de ce chapitre) une opportunité d'étendre son champ d'activité au-delà de l'assurance-tuberculose pratiquée jusqu'alors et de changer de raison sociale: elle devint en septembre 1954

⁵⁸⁸ FSSM, Séance du comité central, Lausanne, 6 décembre 1953, ACV, PP 940/2, Registre 16, f. 202 et f. 304.

⁵⁸⁹ FSSM, Séance du comité central, Lausanne, 6 décembre 1953, ACV, PP 940/2, Registre 16, ff. 304-305.

la Caisse d'assurance et de réassurance de la Suisse romande (CAR). Cette caisse se positionna pour l'assurance polio (soins médicaux et invalidité) en intermédiaire entre les caisses romandes qui lui étaient affiliées et la CLM, basée en Suisse alémanique. Les caisses qui n'étaient pas affiliées à la CAR pouvaient bénéficier de la couverture polio de la CLM à travers la Fédération romande, auprès de laquelle un bureau permanent de la CLM fut établi. En somme, un tissu relativement complexe de rapports contractuels liait, au milieu des années 1950, les mutualistes de toute la Suisse. Les caisses romandes pouvaient se réassurer auprès de la CAR qui elle-même se réassurait auprès de la CLM, celle-ci se réassurant à son tour auprès de deux compagnies privées.

En plus de son rôle d'intermédiaire entre les caisses romandes et la CLM, la CAR proposait des prestations d'assurance et de réassurance autonomes : des indemnités journalières, différées, complémentaires ou en cas d'hospitalisation. En sa qualité d'assureur, la CAR offrait ces prestations aux individus directement et était sur ce terrain, du moins en théorie, en concurrence avec les grandes caisses, régionales ou nationales. En tant que réassureur, elle s'adressait aux caisses, en particulier de petite taille, incapables d'offrir elles-mêmes à leurs membres les prestations complémentaires similaires à celles que proposaient la plupart des grandes caisses centralisées et des caisses régionales⁵⁹⁰. En 1957, la CAR comptait au total un peu plus de 200 000 affiliés, directs ou indirects, ce qui la plaçait au quatrième rang du classement des plus grandes institutions mutualistes de Suisse. Toutefois, son importance en tant que caisse d'assurance ou de réassurance doit être relativisée : en 1957, elle ne comptait, *pour ses branches autonomes*, que 7 254 affiliés⁵⁹¹. L'essentiel de l'effectif était composé d'affiliés pour l'assurance-tuberculose et l'assurance-polio de la CLM. La CAR était donc essentiellement une caisse tuberculose ainsi qu'un maillon de la chaîne liant les mutualistes romands aux mutualistes alémaniques. La situation ne changea pas significativement jusqu'à la fin des années 1960. La CAR entreprit certes d'innover en introduisant des combinaisons nouvelles, comme en 1959 avec une «assurance pour les maladies coûteuses». Celle-ci n'atteignit jamais la taille critique, celle qui

⁵⁹⁰ «La CAR donne à chaque caisse la possibilité de développer ses prestations selon ses besoins», *Mutualité romande* 11, novembre 1958, p. 7.

⁵⁹¹ Soit : 6 412 assurés pour l'assurance hospitalisation, 453 pour des indemnités différées, 389 pour des indemnités journalières complémentaires. Voir «La CAR donne...», *Mutualité romande* 11, novembre 1958, p. 7.

aurait rendu possible une répartition suffisamment étendue des risques, et fut finalement supprimée en 1972⁵⁹².

Quoi qu'il en soit, au cours de la seconde moitié de la décennie 1950, la position de la CLM en tant qu'acteur dominant du secteur de l'assurance poliomyélite et paralysie infantile était solidement établie. Cependant, les administrateurs de la CLM – c'est-à-dire, en réalité, le Concordat, les principales caisses de Suisse alémanique et, dans une moindre mesure, la Fédération romande ne se contentèrent pas des seules activités d'assurance. Ils décidèrent peu de temps après la fondation de l'institution de s'étendre *en amont* de la chaîne de valeur par un effort d'intégration verticale vers l'offre de *prestations de soins* à proprement parler. En 1959, le Concordat et la Fédération romande entamèrent la construction d'un centre de réhabilitation pour les rhumatisants et de rééducation physique pour les paralysés, géré par la CLM pour ses assurés. La CLM avait exprimé son insatisfaction concernant les prestations offertes par les centres de soins qui avaient jusqu'alors traité ses assurés. Les administrateurs de la CLM exprimèrent en 1955 le regret que beaucoup de malades «*doivent souvent attendre longtemps pour entreprendre leur cure, et surtout, qu'en raison du manque de place, le traitement ne donne pas tout le résultat qu'on pourrait en attendre*»⁵⁹³. Le centre mutualiste de physiothérapie, qui devait permettre d'éviter ces écueils, fut situé à Loèche-les-Bains (Leukerbad) dans le Haut-Valais et ouvrit ses portes en 1961 (illustration 10). Toujours en activité (en 2020), il porte désormais le nom de Leukerbad Clinic.

Pour comprendre la genèse de cette importante réalisation sanitaire mutualiste, il faut remonter de façon quelque peu inattendue à la fois à la loi fédérale de 1954 portant sur l'extension de la durée des brevets relatifs aux produits pharmaceutiques et aux controverses que cette loi suscita. Le Conseil fédéral élaborait en 1950 un projet de révision de la loi de décembre 1928 sur les brevets, consistant, entre autres, à étendre la durée des brevets pharmaceutiques de dix à dix-huit ans au motif qu'une telle extension permettrait à l'inventeur de trouver «*une compensation suffisante de son travail et de ses frais*»⁵⁹⁴. Ce projet, finalement débattu aux chambres à l'été 1954, rencontra initialement l'opposition ferme

⁵⁹² «*Activité de la C.A.R.*», *Mutualité romande* 10, octobre 1972, p. 6.

⁵⁹³ CLM, *Rapport annuel*, 1955, pp. 14-15.

⁵⁹⁴ «*Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant la révision de la loi sur les brevets d'invention (Du 25 avril 1950)*», *Feuille fédérale* 1(18), 4 mai 1950, pp. 933-1070.

des caisses-maladie. Celles-ci, à travers les voix du Concordat et de la Fédération romande, protestèrent contre ce qu'elles percevaient être une loi faisant fi de l'intérêt des assurés et des malades et élaborée au profit de la seule industrie chimique⁵⁹⁵.

Si le Concordat envisagea initialement de recourir au référendum afin de faire obstruction à la loi, il en fut finalement dissuadé par le conseiller fédéral Markus Feldmann (chef du Département de justice et police), principal artisan de la nouvelle loi. Celui-ci invita le Concordat et les représentants des intérêts pharmaceutiques à se réunir et exhorta ces deux parties aux intérêts a priori antagonistes à trouver un compromis afin d'éviter que l'arme référendaire ne soit mobilisée – une procédure qui aurait mis en péril la loi. Les caisses renoncèrent finalement au référendum en échange d'un «don» de deux millions de francs qu'elles reçurent des principales entreprises pharmaceutiques⁵⁹⁶. Ce capital finança la création, en février 1955, de la Fondation pour l'encouragement de tâches spéciales dans le domaine de l'assurance-maladie (*Die Stiftung zur Förderung besonderer gemeinschaftlicher Aufgaben der sozialen Krankenversicherung*). L'objectif affiché de cette fondation était d'encourager le développement de l'assurance pour les maladies longues et de contribuer à financer la création d'institutions et d'infrastructures de soins, en particulier destinées aux malades de longue durée et à la rééducation des invalides⁵⁹⁷. Son administration fut confiée aux dirigeants des principales institutions mutualistes du pays: Otto Schmid (Concordat), Friedrich Schneider (Caisse publique de Bâle et Concordat), Siegfried Meyer (Chrétienne sociale), Adelrich Pfluger (CLM et Fédération soleuroise des caisses) et René Steiner (Fédération romande).

C'est donc la Fondation pour les tâches spéciales qui finança, en grande partie du moins, la construction du centre physiothérapique de Loècheles-Bains, essentiellement destiné à l'origine aux poliomyélitiques et aux enfants paralysés plus généralement. La Fondation en assura initialement la gestion, avant de céder l'entière responsabilité du centre à la CLM en 1966. La Fondation contribua, jusqu'à la fin des années 1960, à financer d'autres

⁵⁹⁵ Sur cet épisode, voir Dür Manuel, «Verhandelte Referendumsdemokratie. Der Kampf zwischen Pharmaindustrie und Krankenkassen um die Patentgesetzrevision von 1954», *Annuaire suisse d'histoire économique et sociale* 31, 2016, pp. 109-121. Voir également «Sozialpolitische Umschau», *SKZ* 20, 16 octobre 1953, p. 295.

⁵⁹⁶ Ces tractations, initialement tenues secrètes, furent portées à la connaissance du public dans la presse en octobre 1956: «Zwei Millionen Franken für ein Referendum», *Die Tat*, 24 octobre 1956, p. 3.

⁵⁹⁷ *Feuille officielle suisse du commerce* 73(36), 12 février 1955, p. 416.



Illustration 10. Le centre physiothérapique de Loèche-les-Bains en 1962. © santésuisse.
Source : Helvetia, *Jahresbericht* 1975, p. 9, SSA, K 226.

réalisations sanitaires : en 1959, par exemple, à hauteur de 300 000 francs pour la construction d'un centre de réadaptation fonctionnelle et professionnelle pour paraplégiques, la *Milchsuppe* de Bâle⁵⁹⁸. La même année, la Fondation et le Concordat décidèrent d'ouvrir à Gais (Appenzell Rhodes-Extérieures) une station climatique de réhabilitation, offrant des cures pour le traitement des « maladies de la civilisation »⁵⁹⁹ : hypertension, troubles de la circulation et des vaisseaux sanguins, et « surmenage » (parfois appelé « maladie du manager » dans la littérature de l'époque)⁶⁰⁰.

⁵⁹⁸ SCHMID Otto, «Stiftung zur Förderung besonderer gemeinschaftlicher Aufgaben der sozialen Krankenversicherung», *SKZ* 5, 1^{er} mars 1959, pp. 97-98.

⁵⁹⁹ «L'activité de la Fondation», *Mutualité romande* 9, septembre 1961, p. 11.

⁶⁰⁰ Ces paragraphes ne présentent que quelques éléments d'une histoire plus vaste qui n'a pas, à notre connaissance, encore suscité d'intérêt historiographique : celle des réalisations sanitaires de la mutualité suisse, c'est-à-dire de l'extension en amont de l'activité des caisses-maladie, vers la production directe de services de soin. Si la mutualité romande ne s'est pas distinguée par des efforts particuliers dans ce domaine, les grandes caisses alémaniques ont été plus entreprenantes. La CSS, par exemple, était propriétaire de et administrait en 1946 cinq sanatoria à travers la Suisse (CSS, *Jahresbericht/Rapport*

À la fin des années 1950, deux événements externes contraignirent la CLM à faire évoluer ses activités. Le premier, déjà mentionné, à savoir l'entrée en vigueur en 1960 de la loi fédérale de juin 1959 sur l'assurance-invalidité. Cette loi instaurait un système qui couvrait de nombreux cas d'invalidité qui avaient été jusqu'alors du ressort de la CLM. Second événement, celui-ci de nature médicale plutôt que politique, la diffusion dans le monde occidental du vaccin contre la polio, découvert en 1953 par Jonas Salk. La diffusion de ce vaccin, qui permettait aux individus de développer des anticorps protecteurs contre le poliovirus, conduisit en quelques années à l'éradication de la maladie. Au début des années 1960, la polio ne représentait plus en Occident un problème majeur de santé publique.

La CLM, qui s'était spécialisée dans la fourniture de prestations d'assurance en cas de poliomyélite (rentes invalidité et soins), ajusta ses activités à ce contexte politique et médical nouveau. En 1961, elle transforma son assurance polio en une assurance générale en cas de paralysie, couvrant, par exemple, le risque de paraplégie, d'hémiplégie ou de sclérose en plaques. En vertu de son statut particulier, la CLM disposait d'un accès privilégié au sociétariat des caisses qui lui étaient affiliées, et, de fait, un nombre considérable de personnes adhèrent à son assurance paralysie. En 1969, la branche soin de cette assurance groupait 5,2 millions d'assurés, soit presque 90 % de la *population suisse totale*⁶⁰¹. En 1966, elle introduisit la couverture des frais d'opérations chirurgicales pointues et coûteuses, comme la pose de pacemakers, de valves artificielles ou de reins artificiels.

Au début des années 1990, la CLM abandonna la réassurance pour se consacrer à la prestation de services pour les caisses. Elle changea également de raison sociale et devint la Fédération suisse pour les tâches communes des assureurs maladie (*Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer, SVK*), toujours en activité aujourd'hui (2023). Le centre de Loèche-les-Bains, rénové et agrandi au gré des besoins de l'organisation, fut vendu en 2002⁶⁰².

annuel, 1946, p. 39). Sur ce thème, dans le contexte français, voir SINEY-LANGE Charlotte, *La Mutualité, grande semeuse de progrès social. Histoire des œuvres sociales mutualistes (1850–1976)*, Paris, La Martinière, 2018.

⁶⁰¹ « La Caisse suisse de réassurance pour longues maladies (CLM) tient ses assises à Yverdon », *Mutualité romande* 11, novembre 1970, p. 5.

⁶⁰² FÉDÉRATION SUISSE POUR TÂCHES COMMUNES DES ASSUREURS-MALADIE, « Informations / Historique », <<https://www.svk.org/portrait-fr/informations-historique/>>, consulté le 13 avril 2020.

4. « On ne construit pas des “jets” avec la mentalité d’un cocher de fiacre » : le recrutement et la formation du personnel

L’augmentation de la taille moyenne des caisses et la diversification de leurs activités avaient un corollaire naturel : la complexification des tâches administratives qui incombait au personnel et aux dirigeants des mutuelles. Or, en retour, cette complexification posait le problème de la disponibilité du personnel et des cadres compétents. Leur croissance continue et la diffusion de l’assurance-maladie à une fraction toujours plus grande de la population dépendaient en grande partie de la capacité des caisses à résoudre le problème de la main-d’œuvre et de leur capacité à attirer vers elles ou de former en leur sein des dirigeants capables.

De fait, le recrutement d’un personnel qualifié et stable ainsi que la formation des employés et des cadres figuraient parmi les grandes préoccupations des caisses-maladie à partir du début des années 1960. Le comité central de la SVSM se plaignit en 1962 de la pénurie de compétences administratives et de supervision, c’est-à-dire « *du manque de gens qualifiés pour suivre et surveiller l’exécution du travail. Notre personnel, dans sa grosse majorité, ne demande qu’à bien faire, mais pour cela il doit y avoir des antennes de la direction pour que les choses soient coordonnées et suivies.* »⁶⁰³ Ce jugement était partagé par les représentants des grandes associations faîtières mutualistes. La *Mutualité romande* déplorait le déficit « *de vue d’ensemble [du personnel]* ». Les collaborateurs ne bénéficiaient d’aucune formation, ils devaient apprendre sur le tas, empiriquement. La Fédération romande estimait que « *le recrutement de collaborateurs compétents souffr[ait] de cette situation et dev[enait] de plus en plus difficile* »⁶⁰⁴. Or, une telle situation devait nécessairement freiner le développement du mutualisme helvète, car « *on ne peut construire des “jets” avec la mentalité d’un cocher de fiacre* ».

Le manque de qualification du personnel était considéré comme l’une des causes de ce qui était perçu comme le désamour des assurés vis-à-vis de leurs caisses. C’était dans « *le déficit de performance et d’organisation*

⁶⁰³ SVSM, Séance commune du Comité central avec la Commission de vérification des comptes au Bureau central, Lausanne, 24 avril 1962, ACV, PP 940/2, Registre 26, f. 212.

⁶⁰⁴ « Vers la création d’un centre de formation et de perfectionnement des caisses-maladie suisses à Friedenfels », *Mutualité romande* 2, février 1964, p. 4.

dont souffrent de nombreuses mutuelles»⁶⁰⁵ que devaient être cherchées les racines de la méfiance qu'éprouvaient de nombreux assurés vis-à-vis de leurs caisses (méfiance qui se manifestait notamment par la désertion des AG et, plus généralement, le désintérêt pour la vie de la caisse). «*Le manque de confiance des membres et du public dans l'assurance-maladie est avant tout un problème lié à la qualité de la direction et de la gestion des caisses*»⁶⁰⁶, expliquaient les rédacteurs de la SKZ en février 1964.

Or, la méfiance ou du moins le manque d'intérêt des assurés à l'égard des caisses posaient également un problème politique: les caisses ne bénéficiaient plus de l'appui politique inconditionnel de leurs membres concernant les questions relatives aux réformes de l'assurance-maladie, comme cela pouvait avoir été le cas au début du xx^e siècle. Autrement dit, les administrateurs de caisses ne pouvaient plus compter sur le soutien des assurés pour faire prévaloir leurs conceptions auprès des législateurs. Le temps où les législateurs redoutaient l'influence des caisses libres qui, pour reprendre les mots du Conseil national en 1897, «*ont derrière elles toute une armée de mutualistes*»⁶⁰⁷ était révolu. Les assurés ne formaient plus «*une armée de mutualistes*». Ils n'identifiaient plus leurs intérêts à ceux des mutuelles auxquelles ils appartenaient. Une rupture, en somme, s'était produite entre l'assuré et l'assureur, entre le mutualiste et la mutuelle. Eugène Hänggi, président du Concordat, estimait en 1964 que «*le plus salutaire que nous ait valu la révision de la LAMA c'est de nous révéler que nous ne possédons pas la confiance de nos membres dans la mesure où nous le pensions*»⁶⁰⁸.

Le Concordat prit le taureau par les cornes en 1964 et fonda (après deux ans de préparation) le «centre de Friedenfels» (à Sarnen dans le canton d'Obwald), destiné à la formation des cadres et des employés des caisses-maladie. Si cette question avait ponctuellement donné lieu à des initiatives de caisses individuelles⁶⁰⁹, elle n'avait pas jusqu'alors suscité de réalisation globale. Le Concordat entendait pallier ce manque. Les Romands et les Tessinois participèrent au financement de l'œuvre. Le comité de la SVSM,

⁶⁰⁵ «Vers la création d'un centre...», *Mutualité romande* 2, février 1964, p. 4.

⁶⁰⁶ «Brauchen wir ein Kurs- und Schulungszentrum?», *SKZ* 3, février 1964, p. 46.

⁶⁰⁷ «Rapport de la commission du Conseil national sur l'assurance contre les maladies et l'assurance contre les accidents (Du 10 juin 1897)», p. 532.

⁶⁰⁸ HÄNGGI Eugène, «Les tâches futures de l'assurance-maladie», *Mutualité romande* 1, janvier 1965, p. 6.

⁶⁰⁹ Les rapports de la CSS évoquaient par exemple durant les années 1930 «des cours d'instruction aux caissiers». Voir CSS, *Jahresbericht/Rapport annuel 1938*, p. 27.

qui participa à hauteur de 5 000 francs, espérait que l'école contribue «à favoriser les spécialisations dans les routines de la branche»⁶¹⁰. Tel était l'un des objectifs immédiats. Le centre devait donner la possibilité aux employés d'adapter leurs compétences «à l'évolution constante des tâches, de la technologie et des méthodes de travail, de suivre le rythme du développement de la branche, d'être toujours "up to date" et de maintenir leur compétitivité»⁶¹¹. Les cours proposés portaient entre autres sur la gestion des contrats collectifs, l'organisation de l'assurance paralysie et invalidité, le fonctionnement des caisses de réassurance, l'utilisation des machines à cartes perforées, la jurisprudence en assurance-maladie, la révision de la LAMA, etc.⁶¹²

Le Concordat et la Fédération romande affichaient cependant des objectifs plus ambitieux et plus larges. Ils n'entendaient pas se contenter de former techniquement les collaborateurs. Ils aspiraient à instiller, dans l'esprit des apprentis et des employés des caisses, un sens de l'appartenance à un groupe professionnel et un sens de la responsabilité sociale. La tâche de l'école en matière d'éthique sociale était, selon la SKZ, «d'aider le travailleur à comprendre l'entreprise dans laquelle il travaille et, à plus grande échelle, le secteur professionnel, en tant que structure professionnelle et sociale, dont les éléments doivent être interdépendants»⁶¹³. Plus fondamentalement, le centre de Friedenfels devait jouer un rôle idéologique, celui de former les collaborateurs à la défense de l'intérêt des caisses dans l'arène politique. «Il s'agit [...] face aux idéologies étatistes, [de] former des hommes qui, tout en luttant pour apporter à notre assurance-maladie les profondes réformes dont elle a besoin, sachent défendre et faire triompher notre doctrine, notre idéal mutualiste», expliquait la *Mutualité romande*⁶¹⁴.

Cette tentative d'instituer un centre d'enseignement mutualiste se déroulait sur fond de transformations dans le champ de la politique éducative confédérale et plus précisément dans celui de la formation professionnelle. Le Conseil fédéral jugeait au début des années 1960

⁶¹⁰ SVSM, Séance commune du Comité central avec la Commission de vérification des comptes au Bureau central, Lausanne, 24 avril 1962, ACV, PP 940/2, Registre 26, f. 212.

⁶¹¹ «Die Zielsetzung für das Kurs- und Schulungszentrum der schweizerischen Krankenkassen», SKZ 3, février 1964, p. 50.

⁶¹² «Kursprogramm für Frühjahr 1964», SKZ 3, février 1964, pp. 55-56; «Frühjahrsprogramm 1965», SKZ 8, avril 1965, pp. 140-141.

⁶¹³ «Die Zielsetzung...», SKZ 3, février 1964, p. 50.

⁶¹⁴ «Vers la création d'un centre...», *Mutualité romande* 2, février 1964, p. 7.

que la politique de la formation professionnelle, fondée sur la loi du 26 juin 1930, n'était plus à jour des réalités économiques. La structure des professions s'était entre-temps profondément modifiée, avec un déclin marqué du secteur primaire au profit des services. Les besoins en main-d'œuvre qualifiée et en compétences techniques s'étaient également accrus, tant dans l'industrie que dans les services. Enfin, la mobilité professionnelle était plus forte en 1960 qu'elle ne l'était en 1930. Il était par conséquent nécessaire, aux yeux du Conseil fédéral, « *de développer et de varier les mesures et institutions de perfectionnement professionnel, rendues insuffisantes par la demande accrue de spécialistes et de cadres techniques moyens et supérieurs* »⁶¹⁵. Il fallait élargir l'univers des branches professionnelles pouvant donner lieu à la reconnaissance confédérale ainsi que le champ des initiatives éducatives susceptibles de recevoir un encouragement financier public.

Le Concordat était d'avis que l'élaboration d'un véritable cursus, correspondant aux critères de la législation sur la formation professionnelle, pouvait se révéler cruciale pour asseoir la légitimité de l'assurance-maladie fondée sur les caisses privées. Il n'y avait pas de raison, après tout, que l'assurance-maladie ne fasse pas comme la banque et l'assurance privée l'objet des libéralités confédérales en matière éducative. Comme l'expliquèrent les rédacteurs de la SKZ :

*«L'un des objectifs à long terme est la mise en conformité de la formation des administrateurs de caisses avec les exigences de la loi sur la formation professionnelle. Si, dans un premier temps, seule la délivrance d'attestations de compétences peut être envisagée, il faudra à terme parvenir à de véritables certificats de capacité [...]. Une éducation professionnelle continue spécifique, accompagnée d'un diplôme formel, servirait sans nul doute le prestige de notre profession. Si les employés de banque diplômés et les employés d'assurance diplômés jouissent de la reconnaissance confédérale, pourquoi le statut "d'employé de caisse-maladie diplômé" ne pourrait pas également être envisagé ? »*⁶¹⁶

Pour faire face à la concurrence des compagnies privées et à celle qu'elles se livraient les unes aux autres, les caisses devaient également professionnaliser le *personnel commercial*. Il était nécessaire dans ce

⁶¹⁵ « Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant le projet d'une loi fédérale sur la formation professionnelle (Du 28 septembre 1962) », *Feuille fédérale* 2(44), 1^{er} novembre 1962, p. 873.

⁶¹⁶ « Die Zielsetzung... », *SKZ* 3, février 1964, p. 51.

contexte d'investir lourdement dans la «propagande» et dans l'embauche d'agents à plein temps, qualifiés, connaissant les réalités économiques de ce qui était devenu le marché de l'assurance-maladie. «*Il est nécessaire de prévoir un professionnel qui puisse recruter intensivement*», estimait l'un des membres du comité central de la SVSM en 1950, conscient du caractère limitant du système ayant prévalu jusqu'alors qui confiait la tâche de recrutement aux «secrétaires-caissiers» des sections, des amateurs rétribués⁶¹⁷. La chose était d'autant plus urgente pour la caisse vaudoise que les grandes caisses alémaniques formaient, elles, des employés à temps plein⁶¹⁸. La SVSM estima préférable de se tourner vers des agents expérimentés des compagnies privées, considérés comme plus compétents. «*L'agent recruteur ou acquisateur doit être considéré comme un rouage essentiel de la Société [...]. Pour obtenir un collaborateur qui remplisse les conditions requises, nous devons choisir chez les professionnels des compagnies d'assurance sur la vie ou accidents*», expliqua le comité central⁶¹⁹. Au sein de la SVSM, la position d'agent recruteur («acquisiteur») fut finalement créée en 1955⁶²⁰.

L'esprit qui devait guider les acquiseurs – en partie rémunérés à la production – fut formalisé en 1968 dans un fascicule élaboré à leur intention. Le titre de ce texte était explicite et révélateur : *Comment vendre l'assurance-maladie*. Il présentait les principes généraux en vigueur dans le «*domaine de la vente*» en général et la façon dont ils devaient être appliqués dans ce secteur en particulier. Le commercial devait au préalable «*gagner la confiance du client*», et établir une relation de sympathie : «*Le vendeur se vend lui-même avant d'offrir sa marchandise ou ses services.*» L'aboutissement de la vente dépendait de la capacité du commercial à «*créer dans l'esprit du client le désir de s'assurer*». Il fallait à cette fin insister sur les coûts élevés de la médecine, qui pouvait «*mettre en péril [1]a situation financière [du client]*». Un tel scénario était évitable, mais «*à condition de faire des sacrifices ; c'est à ce moment que la psychologie de vente intervient*». Le «*problème du client*» ainsi

⁶¹⁷ SVSM, Séance du comité central, Lausanne, 17 juin 1950, ACV, PP 940/2, Registre 13, f. 190.

⁶¹⁸ SVSM, Rapport sur un plan de propagande et de mesures à envisager au sein de la SVSM, Lausanne, octobre 1950, ACV, PP 940/2, Registre 13, f. 324 : «*L'Helvetia a récemment formé trois employés à son siège central à Zurich, dans le but de les utiliser à des fins de prospection à Zurich, Berne et en Suisse romande. L'agent romand accomplit présentement son stage à Lausanne pour se faire aux besoins de la Suisse romande.*»

⁶¹⁹ SVSM, Rapport sur un plan de propagande et de mesures à envisager au sein de la SVSM, Lausanne, octobre 1950, ACV, PP 940/2, Registre 13, f. 324.

⁶²⁰ SVSM, Séance du bureau, Lausanne, 22 juillet 1955, ACV, PP 940/2, Registre 18, f. 196.

formulé, « *le vendeur offre le remède, il propose sa solution* »⁶²¹. Les acquiescés étaient encouragés à concentrer leurs efforts sur les branches profitables : assurance d'indemnités journalières différées, assurance d'hospitalisation, assurance à franchise dès lors qu'il s'agissait de soins médicaux. La vente de produits profitables était récompensée par des primes plus généreuses⁶²².

Le vocabulaire employé, celui de « *vendeur* », offrant une « *marchandise* » à un « *client* », ainsi que le recours aux « *théories* » en vigueur dans le « *domaine de la vente* », étaient révélateurs de l'univers dans lequel évoluait la SVSM à la fin des années 1960 : celui du marché. Pour immatérielle qu'elle soit, l'assurance-maladie ne se distinguait pas fondamentalement de produits commerciaux plus traditionnels. Comme l'exprima en 1969 le président de la SVSM Raymond Lehmann, « *les caisses maladie peuvent faire de la propagande sur un plan général comme le font, par exemple, des Maisons qui vendent de la bière* »⁶²³.

Les efforts visant à professionnaliser le personnel étaient symptomatiques d'une tendance de fond au sein des mutuelles, qui en transformait le visage : un processus de séparation progressive du sociétariat et de la gestion. L'activité des caisses se complexifiait, la jurisprudence s'étoffait et le volume des affaires traitées augmentait ; les membres devaient en déléguer la gestion à des experts de l'administration et de la gestion. Le pouvoir et l'importance de l'administration centrale des caisses à sections tendaient s'accroître à mesure que le recours aux machines à cartes perforées et à l'ordinateur se répandait, mécanisant et automatisant les routines productives. En conséquence, l'activité tendait à se centraliser au siège. Comme l'exprimait en 1962 le président du comité central, Edmond Pache : « *Nous avons un parc de machine dont le degré d'occupation doit être plus poussé encore. Nous pouvons donc, et bien que ce mot puisse faire quelquefois mal dans l'esprit vaudois, centraliser.* »⁶²⁴ En juin 1970, le directeur de l'administration centrale Robert Duc décrivait

⁶²¹ DESPONDS Jean-Jules, *Comment vendre l'assurance-maladie*, fascicule non publié, 1968, ACV, PP 940/2, Registre 37, f. 711, pp. 1-2 et p. 7.

⁶²² SVSM, Directives aux comités de sections en matière de recrutement et de primes d'acquisition, Lausanne, 22 mai 1969, ACV, PP 940/2, Registre 38, ff. 311-314.

⁶²³ SVSM, Procès-verbal de la commission d'études pour la modification de la raison sociale, Lausanne, 15 février 1969, ACV, PP 940/2, Registre 38, f. 110.

⁶²⁴ SVSM, Assemblée générale ordinaire des Délégués, Avenches, 17 juin 1962, ACV, PP 940/2, Registre 26, f. 315. Soulignement dans l'original.

ainsi la distance qui s'était établie entre les « assurés » et la société au cours des décennies d'après-guerre :

*« Il me souvient que jusque, il y a 20 ans, les comités de section avaient des assemblées de section, où ils faisaient des propositions au Comité central. Dès lors, on n'a plus rien vu. Je ne me souviens pas, ces 20 dernières années, d'avoir reçu une proposition d'une section tendant à l'amélioration. Finalement, la population laisse bel et bien le soin à ses élus, de diriger et de prendre des décisions nécessaires, concernant la pratique de l'assurance-maladie. »*⁶²⁵

L'amateurisme et le bénévolat, propres au mutualisme du XIX^e siècle et du début du XX^e, disparaissaient progressivement. Les grandes caisses étaient désormais composées d'agents professionnels, de collaborateurs spécialisés dans la comptabilité ou la perforation, opérant sous la supervision d'administrateurs. Le mutualisme, en somme, se « managérialisait ».

⁶²⁵ SVSM, Assemblée ordinaire des délégués, Épalinges, 28 juin 1970, ACV, PP 940/2, Registre 41, f. 552.

Conclusion intermédiaire III

Le récit proposé dans cette partie est celui d'une convergence de modèles. Les mutuelles durent adapter leur fonctionnement et leur offre à l'émergence et à la croissance rapide d'un nouvel acteur dans la branche. Les compagnies privées, qui convoitaient le vaste marché que représentaient les classes moyennes et supérieures, menaçaient la position établie des mutuelles. Celles-ci réagirent en formant de vastes alliances sur le territoire de la Confédération (la CLM), et en étendant leur offre à de nouvelles branches (développement de l'assurance complémentaire d'indemnités différées et d'hospitalisation). L'objectif des caisses était de pourvoir aux besoins d'un public qui était demeuré jusqu'alors hors du système d'assurance-maladie. La concurrence se manifestait en particulier sur le terrain de l'assurance collective qui, non régulée par la LAMA, représentait une opportunité pour les caisses d'attirer à elles les «bons risques». L'accroissement rapide du sociétariat poussa les caisses à ajuster leur modèle de gouvernance, en centralisant le pouvoir entre les mains de l'administration centrale et en recourant davantage à un personnel professionnel. Le sociétariat et la gestion se séparaient progressivement. Dans les grandes caisses qui dominaient le champ de l'assurance-maladie sociale, la séparation était, en 1970, sinon complète et actée, du moins largement aboutie.

La rivalité qui opposa les caisses-maladie aux compagnies d'assurance privées dura jusqu'au vote de la LAMal en 1994. Cette loi instaura non seulement l'assurance-maladie obligatoire pour tous les résidents suisses, mais elle mit également fin à la concurrence entre les caisses et les compagnies privées, du moins pour l'assurance des soins «de base»,

c'est-à-dire couvrant les soins considérés comme essentiels. Elle accorda aux caisses reconnues le monopole d'exploitation de cette branche. Le législateur ménagea les intérêts des compagnies privées en n'altérant pas la situation dans le domaine de l'assurance d'indemnités journalières : celle-ci demeura et demeure encore à ce jour facultative et peut être souscrite auprès des caisses régulées par la LAMal ou auprès des compagnies privées sous la juridiction de la loi sur le contrat d'assurance. De même, la concurrence fut maintenue dans l'assurance des soins « complémentaires » – la distinction entre soins de base et soins complémentaires ayant été introduite dans la législation fédérale en 1994 – une branche que les compagnies privées peuvent exploiter au même titre que les caisses-maladie.

Conclusion générale

L'acceptation en votation populaire de la LAMal le 4 décembre 1994 a marqué une rupture dans l'histoire de cette branche des assurances sociales. Aucune réforme substantielle n'était intervenue depuis 1911, de sorte que la loi de 1994 – toujours en vigueur en 2023 – a modifié un système qui avait été en place pendant plus de quatre-vingts ans. Parmi les changements principaux introduits par la loi figurait l'obligation pour tous les résidents de s'affilier auprès d'une caisse-maladie dans l'assurance de base (couvrant le financement de services de soins considérés comme fondamentaux).

L'obligation généralisée introduite en 1994 réalisait un vœu formulé de longue date par les mutualistes. En 1894, cent ans exactement avant le vote de la LAMal, le comité central de la Fédération des sociétés de secours mutuels de Suisse romande exprimait en ces termes, dans un mémoire envoyé au Conseil fédéral, le programme mutualiste en matière d'obligation assurantielle: «*L'assurance obligatoire pour tous, telle est notre devise; tel est le principe vrai, démocratique par excellence, pour la réalisation duquel nous combattons de toutes nos forces et de toute l'énergie de nos convictions.*»⁶²⁶

L'introduction d'une couverture assurantielle généralisée et obligatoire n'était pas la seule doléance mutualiste centenaire que la LAMal satisfaisait rétrospectivement. Cette loi confiait aux caisses la tâche d'organiser le

⁶²⁶ «Mémoire envoyé au Conseil fédéral concernant l'élaboration d'une loi fédérale sur l'assurance contre la maladie obligatoire pour tous», *Bulletin de la FSSM* 6, juillet 1894, pp. 115-116.

service de l'assurance obligatoire sur le territoire confédéral. Ce point avait fait partie des premières revendications politiques formulées par les associations faîtières de caisses, fondées durant la dernière décennie du XIX^e siècle. Le système en place jusqu'en 1994 avait dans une large mesure reposé sur les caisses, mais la LAMal renforçait encore davantage cette position dominante en leur confiant l'exclusivité de la gestion de l'assurance de base. Le Concordat des caisses-maladie, qui avait absorbé en 1985 les fédérations romandes et tessinoises, soutint la loi au cours des discussions qui précédèrent la votation.

Un mutualiste du début du XX^e siècle, eût-il vécu aujourd'hui, aurait probablement contemplé avec satisfaction ces aspects particuliers du système mis en place par la LAMal. Il aurait eu cependant du mal à reconnaître les caisses en tant que telles, actives aujourd'hui dans le secteur de l'assurance-maladie, bien que celles-ci, pour la plupart, descendent en ligne directe des mutuelles du XIX^e siècle. Quelques noms lui auraient été peut-être familiers. Sans doute aurait-il reconnu la CSS (Chrétienne sociale suisse) et la Concordia, deux caisses à l'origine confessionnelles et issues de fusions d'associations locales catholiques fondées durant la seconde moitié du XIX^e siècle. Eût-il été schwytois, peut-être aurait-il reconnu la petite *Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln*, fondée en 1878 et encore active sous ce nom jusqu'en 2018. Des noms tels «Helsana», «Atupri» ou «Visana» lui auraient probablement paru étrangers et extravagants; après tout, les sociétés de secours mutuels du XIX^e siècle portaient en général un nom qui reflétait l'identité professionnelle, confessionnelle, géographique, voire ethnique, du public auxquelles elles s'adressaient.

Le monde des caisses lui aurait plus généralement semblé étranger. Les caisses contemporaines diffèrent à bien des égards des sociétés du XIX^e siècle. Elles assurent plusieurs centaines de milliers de membres, voire plusieurs millions pour les plus grandes. L'essentiel des primes qu'elles prélèvent sont issues de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. L'assurance des indemnités journalières, dominante au XIX^e siècle et jusque dans les années 1920 est devenue une branche mineure. Les caisses contemporaines font en outre souvent partie de structures juridiques complexes, contrôlées par des holdings en société anonyme, propriétaires de multiples entités, actives tant dans l'assurance commerciale (vie, responsabilité, assurance-maladie complémentaire) que dans l'assurance-maladie sociale. Les termes de membre ou de sociétaire, courants au XIX^e siècle et durant la première moitié du XX^e siècle, n'apparaissent guère plus dans les rapports annuels. Les termes de clients ou d'assurés

sont privilégiés. Au sein des assemblées générales ne se réunissent pas les membres, mais les actionnaires dont la voix est proportionnelle aux apports. Les plus grandes d'entre les caisses ne sont pas organisées en sections locales autonomes comme elles l'étaient jadis. Elles ne sont plus fondées sur l'appartenance professionnelle, confessionnelle ou ethnique et ne constituent plus des lieux de sociabilité. Quelques traces du mutualisme du XIX^e siècle sont encore visibles aujourd'hui. La SUPRA-1846, par exemple, filiale du Groupe Mutuel et descendante de la SVSM, arbore encore aujourd'hui un logo représentant une ruche, symbole maçonnique adopté par les radicaux lausannois (la plupart francs-maçons) ayant fondé cette caisse au milieu du XIX^e siècle. Dans l'ensemble cependant, les traces du mutualisme originel ne sont plus guère perceptibles.

Ce livre a pris ces transformations pour objet d'analyse et s'est en particulier appuyé sur le cas de la SVSM pour en étudier la nature et les causes. Nous avons mis en évidence le rôle fondamental joué par les débats politiques relatifs aux assurances sociales à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle dans le relâchement initial des critères d'admission au sein des caisses. Ce processus d'ouverture qui a contribué à atténuer le caractère identitaire des mutuelles et à affaiblir leur fonction de sociabilité a pris, au cours de ces années, une dynamique propre. Les mutuelles, qui avaient essentiellement jusqu'alors vécu en vase clos, entreprirent de s'étendre socialement et géographiquement et furent progressivement confrontées à la concurrence en provenance d'autres caisses, issues d'autres localités, voire d'autres cantons.

Afin de faire face à cette nouvelle situation, elles étendirent leurs services et introduisirent progressivement (en particulier à partir du début des années 1920) l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. La diffusion de cette assurance transforma durablement le visage du mutualisme. Les liens qui unissaient la mutualité et le monde du travail se distendaient. Après tout, l'assurance d'indemnités journalières qui avait jusqu'alors constitué le cœur de l'activité des mutuelles et qui consistait à couvrir les membres contre les risques d'une perte de salaire causée par la maladie était spécifiquement destinée aux travailleurs et aux travailleuses. Ce n'était pas le cas de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, qui prenait en charge les coûts de la *consommation médicale* et qui s'adressait à tous les publics, y compris aux enfants.

La diffusion de l'assurance infantile accompagna celle de l'assurance des soins. Les mutuelles s'adressèrent donc progressivement à un public

hors du marché du travail, ce qui contribua à diluer encore davantage l'identité première des caisses, originellement attachées au monde ouvrier. Cette extension de la gamme vers l'assurance médicale conduisit les caisses à traiter avec un nouvel interlocuteur : le corps médical. Celui-ci percevait cependant négativement l'irruption de ce « tiers payant » qui s'interposait entre lui et les patients. Une relation marquée par l'hostilité réciproque entre ces deux groupes (mutuelles et médecins) s'installa – un climat de défiance encore largement perceptible aujourd'hui.

Les conflits médecins-caisses ainsi que la diffusion progressive de l'assurance-maladie auprès de catégories de plus en plus aisées de la population poussèrent à partir de la fin des années 1930 un nouvel acteur à s'intéresser à l'assurance-maladie : les compagnies privées, actives en particulier sur le marché de l'assurance-vie, qui opéraient sous la supervision du Bureau fédéral des assurances plutôt que sous celle de l'Office fédéral des assurances sociales et dont l'activité était régulée par la loi sur le contrat d'assurance de 1908 (LCA) plutôt que par la LAMA de 1911. Les compagnies privées s'appuyèrent sur l'expérience statistique et l'expertise accumulées par les caisses pour élaborer leurs propres produits d'assurance-maladie. Elles exploitèrent en outre les conflits qui affectaient les relations médecins/caisses, en s'appuyant sur le corps médical – avec lequel elles partageaient le souhait de voir ralentir le développement de l'assurance-maladie sociale – en tant qu'agent de recrutement pour leur compte. Les compagnies concentrèrent leurs efforts sur les classes moyennes et supérieures, qui constituaient le cœur de leur clientèle traditionnelle. Une lutte s'engagea donc entre les caisses et les compagnies à partir de la fin des années 1930, qui s'accéléra au cours des décennies suivant la Seconde Guerre mondiale, pour la conquête de ce marché dont l'expansion était en partie nourrie par la croissance généralisée du niveau de vie propre à cette période. Les caisses ajustèrent leur offre et leur mode d'organisation à cette situation. En parallèle, et en conséquence de ces transformations, sous l'effet des fusions qui se multipliaient, le nombre de caisses actives dans le secteur – dont le maximum fut atteint en 1952 – chuta.

C'est donc l'offre (les caisses et les compagnies) plutôt que la demande (les sociétaires ou assurés) qui a constitué le cœur du récit proposé dans ce livre. Si la demande a été intégrée au récit, c'est en tant qu'élément contextuel ayant influencé les choix stratégiques des caisses. L'accent porté sur l'offre a permis de mettre en évidence les deux impératifs indissociables de *survie* et de *croissance* entre lesquels devaient naviguer les caisses. La survie

politique était une condition *sine qua non* de la croissance du sociétariat des caisses ; en retour, l'accroissement du sociétariat – par l'extension des services et l'assouplissement des conditions d'admission – consolidait la position politique des caisses en tant qu'acteurs centraux du système suisse d'assurance-maladie. La massification du sociétariat ainsi que la distension progressive entre le monde des caisses et le monde du travail ont donc été interprétées ici comme les conséquences des actions entreprises par les caisses-maladie pour naviguer entre ces deux impératifs.

Si la tension législative des années 1890-1910 autour des problématiques relatives aux assurances sociales a constitué l'étincelle initiale ayant incité les caisses à l'ouverture, celles-ci n'ont cependant pas adopté une attitude passive face à l'émergence des projets d'interventions fédérales ou cantonales en la matière. Elles ont contribué fondamentalement et activement à façonner le système d'assurance-maladie et ont pris l'initiative dans un grand nombre de domaines. Ce fut le cas s'agissant de la participation des assurés aux frais. Celle-ci se diffusa durant les années 1920 sous la forme du ticket modérateur ou des copaiements, avant donc que la participation aux frais ne soit introduite dans la législation en 1936 (chapitre 7). Ce fut également le cas dans l'assurance pour les maladies longues. Les mutualistes créèrent les premières caisses de réassurance qui permettaient par la mise en commun des ressources de plusieurs caisses d'offrir aux membres des prestations d'assurance pour des maladies dont la durée dépassait celle habituellement inscrite dans les statuts (chapitre 10). Les premières de ces caisses de réassurance furent fondées à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e, avant que le principe de l'assurance contre les maladies longues soit introduit dans la législation avec la loi de lutte contre la tuberculose de juin 1928. Les caisses firent également œuvre pionnière dans l'assurance contre le risque d'invalidité lié à la poliomyélite, avant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité de juin 1959.

Plus généralement, l'histoire du mutualisme helvète du milieu du XIX^e siècle aux années 1970 permet de reconsidérer la thèse, répandue dans l'historiographie occidentale, selon laquelle l'essor des assurances sociales se serait fait contre les mutuelles et à leurs dépens⁶²⁷. Le récit

⁶²⁷ BEITO David, *From mutual aid to the welfare state: Fraternal societies and social services, 1890-1967*. Chapel Hill, University of North Carolina Press, 2000 ; GREEN David, *Reinventing civil society*, Londres, Civitas, 1993 ; CHALUPNÍČEK Pavel, DVOŘÁK Lukáš, « Health Insurance before the Welfare State: the Destruction of Self-help by State Intervention », *The Independent Review* 13(3), 2009, pp. 367-387.

proposé dans ce livre a mis en évidence qu'en Suisse l'assurance-maladie s'est développée par les mutuelles, grâce à elles et en partie à leur profit. Le rapport entre l'État et les caisses a été symbiotique plutôt qu'antagonique. L'État s'est appuyé sur les mutuelles pour promouvoir la diffusion de l'assurance-maladie ; en retour, les mutuelles ont profité de la position privilégiée qui leur avait été faite pour croître et prospérer, et leurs administrateurs pour sécuriser des carrières stables et parfois lucratives.

Le cas proposé dans ce livre permet en outre d'examiner de façon critique la thèse – aux accents téléologiques – de l'assurantialisation croissante des sociétés occidentales au xx^e siècle. Selon cette thèse, portée par des auteurs tels que François Ewald ou, plus récemment, Caley Horan dans le contexte américain, les rapports sociaux auraient été dominés de façon croissante par une logique assurantielle fondée sur l'analyse du risque et sa mutualisation. La science actuarielle aurait pénétré un nombre toujours plus grand de domaines, y compris donc la protection sociale⁶²⁸. Or, le développement de l'assurance-maladie en Suisse au xx^e siècle ne peut pas être décrit selon ce modèle. L'assurance-maladie s'est certes largement diffusée au xx^e siècle pour devenir un produit de consommation de masse. Mais en même temps que l'assurance-maladie se diffusait, le sens même de cette notion se transformait. Si elle désignait au xix^e siècle la protection contre le risque financier lié à une incapacité de travail pour cause de maladie, cette signification se transforma à partir des premières décennies du xx^e siècle avec la diffusion de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, qui finit par dominer presque entièrement l'activité des caisses. Or, l'assurance des soins n'est que partiellement une assurance au sens classique du terme. Elle relève davantage de la collectivisation de dépenses partiellement prévisibles (les dépenses de soin) que de la mutualisation de risques imprévisibles. L'assurance des soins prend en charge les coûts suscités par la consommation médicale, dont la fréquence et le montant ne sont que partiellement déterminés par des événements aléatoires. Les caisses d'assurance que constituaient les mutuelles du xix^e siècle se transformèrent donc en caisses de remboursement. Les secours offerts par les mutuelles du xix^e siècle étaient fondés sur la mutualisation des risques ; ces caisses avaient du

⁶²⁸ EWALD François, *L'État Providence*, Paris, Grasset, 1986 ; HORAN Caley, *Insurance Era. Risk, Governance, and the Privatization of Security in Postwar America*, Chicago, Chicago University Press, 2021.

reste introduit dès le milieu du XIX^e siècle le principe des cotisations ajustées au niveau de risque (en l'occurrence évalué à partir de l'âge des sociétaires). L'assurance-maladie contemporaine, telle qu'elle est pratiquée en Suisse dans le cadre de la LAMal, est par contraste fort peu « actuarielle », les primes étant fixées indépendamment du niveau de risque qu'un individu fait supporter à la collectivité.

Si le développement de l'assurance-maladie ne peut pas être décrit comme ayant suivi linéairement une tendance à l'assurantialisation, du point de vue de la gouvernance des caisses en revanche, une certaine convergence de modèle avec l'assurance privée se réalisa. La démocratie mutualiste traditionnelle, dans laquelle les sociétaires participaient aux décisions de l'organisation, tendit à s'estomper au cours du XX^e siècle à mesure que se diffusait l'affiliation aux caisses. Le pouvoir se concentra progressivement entre les mains des comités centraux. Le sociétariat se séparait de la gestion. Les membres cessèrent en outre progressivement de considérer leur appartenance à une mutuelle comme une composante de leur identité personnelle. Les sociétaires se transformèrent en assurés. Ces transformations, encore à l'œuvre aujourd'hui et perceptibles à divers degrés selon les pays, ont récemment fait l'objet de préoccupations dans la littérature mutualiste. Selon Philippe Abecassis, Nathalie Coutinet, et Jean-Paul Domin, les mutuelles « évoluent aujourd'hui dans un secteur de plus en plus marchand, où la concurrence d'autres formes organisationnelles se multiplie et où la réglementation prudentielle devient plus pressante. Ces transformations les ont conduites à se concentrer dans un contexte de mutations réglementaires, ce qui implique un effritement des valeurs mutualistes. »⁶²⁹ Ce livre permet de relativiser la nouveauté de ces évolutions, dont les premières manifestations en Suisse remontent au début du XX^e siècle.

Si ce livre a contribué à défricher l'historiographie du système suisse d'assurance-maladie, il n'a cependant pas de prétention à l'exhaustivité. Plusieurs pistes de recherches demeurent, dont l'exploration permettrait une compréhension plus complète et plus fine du développement historique de cette branche des assurances sociales.

Tout d'abord, l'exploration mériterait d'être prolongée du point de vue chronologique. Le choix de périodisation et les contraintes documentaires nous ont conduit à arrêter le récit au début des années 1970. À cette date,

⁶²⁹ ABECASSIS Philippe, COUTINET Nathalie, DOMIN Jean-Paul « Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance-maladie », *Revue internationale de l'économie sociale* 331(1), 2014, p. 61.

le processus de massification de l'assurance-maladie avait abouti, en dépit de l'absence d'affiliation obligatoire au niveau national. Les mutuelles avaient en outre dans une large mesure accompli leur mue, d'entités locales attachées à la classe ouvrière et au monde du travail en général, en caisses ouvertes, bureaucratisées, au sociétariat hétérogène, gérant des prestations de remboursement. En 1970, la concentration (diminution du nombre de caisses actives dans la branche) était depuis vingt ans à l'œuvre, sous l'effet des fusions. Si les transformations ayant marqué le secteur au xx^e siècle étaient déjà largement visibles en 1970, l'évolution n'a bien sûr pas cessé à cette date.

Parmi les événements majeurs qui marquèrent le système d'assurance-maladie durant le troisième tiers du xx^e siècle, figure le vote de la LAMal en décembre 1994. Cette loi n'a pas pour l'instant fait l'objet d'une attention historiographique. Quelles forces politiques contribuèrent à porter cette loi sur les fonts baptismaux ? Pourquoi la réforme de l'assurance-maladie, qui avait patiné pendant plus de septante ans (les premières tentatives de révision de la LAMA remontent aux années 1920) aboutit-elle finalement dans les années 1990 ? Quelle position adopta le corps médical et les milieux hospitaliers face à cette réforme ? Si le Concordat et, derrière lui, les principales caisses du pays (Concordia, Grütli, Helvetia) se déclarèrent favorables à la loi, un petit groupe de caisses frondeuses, groupées autour de Swica, tentèrent d'y faire barrage en lançant contre elle un référendum. Quelles furent les causes de cette désunion ? Enfin, quelle fut la position des compagnies privées, actives dans la branche, en particulier sur le terrain de l'assurance collective ? Autant de questions qu'un examen détaillé de cet épisode pourrait aborder.

La question de l'assurance contre la tuberculose a également été laissée de côté dans les pages qui précèdent. La « peste blanche », comme on appelait parfois cette maladie, représentait un problème fondamental de santé publique durant la première moitié du xx^e siècle. Des dernières décennies du xix^e siècle au début des années 1950, la tuberculose demeura la principale cause de mortalité (du moins identifiée) en Suisse. Au cours de cette période, elle ne céda qu'une année sa place en tête du classement des maladies les plus mortelles, en 1918 (année marquée par la grippe espagnole). Dans plusieurs pays européens (Allemagne, Autriche), les États s'appuyèrent sur les caisses d'assurance-maladie pour lutter contre elle, et c'est en partie ce que fit le Conseil fédéral à travers la loi fédérale sur la lutte contre la tuberculose du 13 juin 1928. Cette loi

prévoyait, entre autres, d'accorder des « *subsidés spéciaux aux caisses-maladie reconnues, à condition que les statuts de ces caisses assurent pour le traitement et les soins de sociétaires tuberculeux des prestations qui, par leur nature ou leur durée, dépassent celles imposées par la [LAMA].* » Deux ans plus tard, une ordonnance (31 mars 1931) précisa que seules les caisses de plus de 40 000 membres pouvaient bénéficier de ces aides financières. Une telle règle conduisit les caisses de moindre envergure à se regrouper et à fonder de vastes sociétés de réassurance qui formèrent finalement la charpente d'institutions plus vastes encore (voir chapitre 10). Quel rôle jouèrent ces groupements dans le paysage mutualiste ? Firent-ils œuvre pionnière dans la managérialisation des mutuelles, à la manière des compagnies de chemin de fer dans la *business history* chandlerienne ? Quant aux réalisations sanitaires mutualistes (intégration verticale et gestion de sanatoria), elles n'ont pas, à notre connaissance, suscité d'intérêt historiographique.

Par ailleurs, l'approche comparative pourrait être mise à profit pour cerner plus finement les spécificités du système suisse. Examiner l'évolution historique d'autres systèmes au sein desquelles des entités privées jouèrent un rôle important au xx^e siècle pourrait enrichir notre compréhension du mutualisme suisse et des mécanismes par lesquels les caisses, plutôt que d'autres organisations, telles les syndicats ou les compagnies privées, réussirent à s'imposer comme acteurs dominants dans la branche. L'approche comparative permettrait également de soulever des questions qu'une perspective exclusivement nationale empêche de percevoir. Pourquoi les *fraternal societies* aux États-Unis déclinèrent et cédèrent la place progressivement à des plans médicaux et hospitaliers prépayés de type *Blue Shield* et *Blue Cross*, en partie financés par les employeurs ? Pourquoi en contraste, les employeurs ne furent jamais amenés à jouer en Suisse de rôle majeur dans l'assurance-maladie ? Les cas belges et néerlandais pourraient également offrir un contraste riche d'enseignements. Les systèmes sociaux de ces deux pays ont été longtemps fondés sur le principe de la pilarisation (*verzuijing*) par lequel l'adhésion à des caisses d'assurance particulières – et plus généralement la place d'un individu dans la société civile – était déterminée par l'appartenance religieuse ou l'affiliation politique. Si un mouvement de « dépillarisation » a eu lieu à partir des années 1970, cette structure confessionnelle et politique de la société civile – qui trouve son origine au xix^e siècle – est encore perceptible dans les deux pays, en particulier en Belgique où les individus peuvent encore aujourd'hui choisir de s'affilier auprès de la mutualité

«libérale», «socialiste» ou «chrétienne». Ces cas soulèvent la question des raisons pour lesquelles en Suisse, un pays non moins marqué par des divisions politiques et confessionnelles, les organisations religieuses et politiques n'ont joué qu'un rôle secondaire dans la structuration du système d'assurance-maladie. Une étude comparée du développement des mutualités belges (ou néerlandaises) et suisses permettrait de mieux cerner le processus par lequel les caisses confessionnelles et politiques (minoritaires dès le XIX^e siècle) convergèrent vers le modèle des caisses ouvertes, neutres du point de vue idéologique ou religieux.

Enfin, la problématique des «coûts de la santé» mériterait sans doute un traitement systématique, pour l'ensemble du XX^e siècle. La part du revenu national consacrée aux soins de santé est passée de 5% du PIB en 1970 à 7,2% en 1990 et à 11,8% en 2021⁶³⁰. Cette augmentation constante se révèle à la population sous la forme, notamment, d'augmentations régulières des primes, sources d'angoisse pour nombre de ménages. La notion «d'explosion des coûts» est à ce propos fréquemment mobilisée. Cette problématique n'est cependant pas neuve. Comme l'a mis en évidence le chapitre 7, un premier épisode d'augmentation rapide des frais médicaux réels par tête se produisit au cours des décennies 1920 et 1930. Après une période de relative accalmie, la problématique émergea de nouveau avec force à la suite de la révision partielle de la LAMA en 1964, pour ne plus quitter le débat public. En 1971, le Conseil d'État vaudois affirmait que «constater "l'explosion des coûts" en matière de soins médicaux et d'hospitalisation» relevait du «lieu commun»⁶³¹. En 1978, la journaliste Jeanne Fell-Doriot évoquait «l'assurance-maladie, tonneau des Danaïdes»⁶³². Les développements qui précèdent ont examiné l'apparition, au cours de la période de l'entre-deux-guerres, des premières formes de copaiements, et la diffusion de la franchise dans les années 1960. Une étude systématique des politiques de «maîtrise des coûts», couvrant l'ensemble du XX^e siècle et prenant en considération les intérêts et l'attitude fournisseurs de soins à cet égard, reste à écrire.

En comparaison internationale, la Suisse ne se démarque pas de façon significative concernant le poids relatif du secteur des soins dans l'économie. La part du revenu national consacrée aux dépenses de soins se situe dans la

⁶³⁰ OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE, «Coûts du système de santé depuis 1960», Numéro OFS je-f-14.05.01.01.

⁶³¹ *Bulletin des séances du Grand Conseil du Canton de Vaud*, Session d'automne, Séance du 6 décembre 1971, p. 310.

⁶³² FELL-DORIOT Jeanne, *L'assurance-maladie : tonneau des Danaïdes*, Vevey, Éditions Delta, 1978.

moyenne haute des pays dont le niveau de développement est comparable. En 2021, six des vingt pays les plus riches de l'OCDE consacrent une part plus importante de leur revenu intérieur aux dépenses de santé. Parmi ceux-ci figurent la France (12,3 %), l'Allemagne (12,9 %), et les États-Unis (17,4 %), loin devant en tête du classement⁶³³. La Suisse se distingue en revanche au regard de *la façon* dont ces dépenses sont financées. La part directement prise en charge par les ménages eux-mêmes (*out-of-pocket*) y est particulièrement élevée : en 2021, elle atteint 22,3 %, contre 14,7 % en moyenne pour les vingt pays de l'OCDE les plus riches (seule la Corée du Sud dépasse la Suisse sur ce critère). Les ménages supportent donc une partie importante des augmentations de coûts, et ce, de façon immédiate. À cela s'ajoute le fait que les primes versées pour l'assurance de base – finançant 30 % des dépenses de soins – sont fixées indépendamment de la capacité économique des ménages⁶³⁴. Ces primes constituent donc un « impôt régressif » ; elles pèsent en proportion davantage sur les finances des ménages les plus modestes – du moins à partir du seuil de revenu ou de fortune au-delà duquel ceux-ci ne peuvent pas bénéficier des dispositifs de subsides.

Ces caractéristiques du système de financement des soins contribuent à expliquer la présence permanente de ce thème dans le débat public suisse⁶³⁵. Des propositions de réformes aspirant à réduire les coûts et/ou à en répartir différemment la charge – qu'elles consistent à instaurer une caisse unique, à ajuster la franchise en fonction du revenu, à restreindre le catalogue des prestations remboursées ou encore à abolir l'obligation d'assurance, pour ne citer qu'une poignée d'exemples d'actualité en 2023⁶³⁶ – figurent

⁶³³ OCDE, « Statistiques de santé. Dépenses de santé et financement », OECD.Stat., <<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>>, consulté le 13 mai 2023.

⁶³⁴ Aux 22 % pris en charge *out-of-pocket* par les ménages et aux 30 % financés les primes de l'assurance obligatoire des soins, s'ajoutent 34 % financés par l'État à travers la fiscalité (paiements pour prestations et subsides aux primes pour les ménages de condition économique modeste), et 14 % issus de sources diverses (incluant l'assurance complémentaire et le financement des entreprises). Voir OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE, « Financement du système de santé selon le régime et la source, 1995-2021 », Numéro OFS px-x-140500000_102.

⁶³⁵ Cette problématique fait l'objet d'une attention moindre dans les pays où les dépenses de soins sont financées par l'impôt (comme au Royaume-Uni) ou par les cotisations sociales en partie prises en charge par les employeurs (comme en France). Ces mécanismes de financement des soins atténuent considérablement la perceptibilité pour les ménages des augmentations de coûts.

⁶³⁶ NOGHERO Fanny, « Un projet de caisse maladie publique ressurgit à l'aube des élections fédérales », *Le Temps*, 20 août 2023 ; GUILLAUME Michel, « Il faut réfléchir à des franchises en fonction du revenu », *Le Temps*, 3 novembre 2023 ; « Assurance-maladie : Curafutura demande 3 réformes pour freiner les coûts de la santé », *Le Nouvelliste*, 29 août 2023 ; FUSTER Thomas, « Tabubruch möglich : "Meiner Meinung nach sollte sogar eine Abschaffung der obligatorischen Krankenversicherung in Betracht gezogen werden", sagt Natalie Rickli », *Neue Zürcher Zeitung*, 27 août 2023.

invariablement à l'ordre du jour, tant au niveau cantonal que fédéral. Au regard de la tendance séculaire à la hausse du coût des services de soins, et du poids croissant que ces dépenses sont amenées à représenter à l'avenir dans le budget des ménages, il est peu probable que l'intensité de ces débats diminue au cours des prochaines décennies. Peut-être ce livre pourra-t-il aider à distinguer, sous la surface des turbulences contemporaines, les courants profonds du temps long.

Sources et références

1. Archives

Archives d'État de Genève

Archives privées, Société de secours mutuels des garçons de magasin,
35 Procès-verbaux, 1841-1854.

Archives du BIT (Genève)

D610/2010/59/0 Convention Suisse/BIT.

SI 22/1/1 Assurances sociales, La pratique administrative des
Institutions d'assurances sociales, France.

SI 1000/11/2 Conférence internationale des Unions nationales
de SM et Caisses d'assurance-maladie, 2^e Congrès
international, Vienne, 10-12 septembre 1928.

SI 1000/11/3 Congrès international de la Conférence internationale des
Unions nationales des Sociétés mutuelles et de Caisses
d'assurance-maladie, Zurich, 10-12 septembre 1929.

SI 1000/11/8 Conférence internationale des Unions nationales de
sociétés mutuelles et de caisses d'assurance-maladie,
6^e congrès, Paris, septembre 1933.

SI 1000/11/12 Conférence internationale des Unions nationales de
Sociétés mutuelles et de caisses d'assurance-maladie,
XX^e Session du Comité international, Bruxelles,
5-8 octobre 1935.

SI 1000/11/14 Conférence internationale de la mutualité et des
assurances sociales (International Social Insurance
Conference), Paris 1^{er}-3 octobre 1937.

Archives cantonales vaudoises (Chavannes-près-Renens)

Société vaudoise de secours mutuels

- PP 940/2 Procès-verbaux du comité directeur et du Conseil de Fondation.
- PP 940/6 et 7 Statuts et livrets.
- PP 940/10 (1) Réorganisation de la société (statuts, fonctionnement).

La Suisse, compagnie d'assurances

- PP 844/187 «Rapport présenté au Conseil d'Administration de La Suisse, sur l'assurance contre la maladie (octobre 1892)», et «Rapport sur l'Assurance contre la maladie, présenté à l'AG ordinaire du 20 avril 1895».

Fonds Gustave Delay

- PP 1022/18 Documents divers.

Archives du Zurich Insurance Group (Zurich)

- L 103 1476. Recueil de publicités.
- Q 128 208 71351
- Q 129 203 29370 2
- Q 129 203 29756 1 Documents divers relatifs à l'assurance-maladie de la compagnie VITA.
- Q 129 203 29756 2
- VITA, KR 25 Jahre.

Archives de l'État de Fribourg

- Société secours mutuels fribourgeois 134 (71429) Notice sur la Société de Secours Mutuels de la Ville de Fribourg à l'occasion de la célébration de son cinquantenaire, 1902.
- Société secours mutuels fribourgeois 135 (71748) Le Secours Mutuel Fribourgeois fête le 100^e anniversaire de sa fondation, 1851-1951.
- Société secours mutuels fribourgeois 139 (146756) Rapport annuel du comité à l'assemblée générale, 1864.

Bibliothèque de Genève

- BGE, Gf 1477 Projet d'association pour les domestiques protestantes de Genève, Genève, 1853.
- BGE, Gf 1655 Règlement de la Société fraternelle et de secours mutuels entre les ouvriers plâtriers et peintres en bâtiments travaillant dans le canton, Genève, 1857.
- BGE, Gf 410 Règlement de la Caisse de secours des ouvriers de la Société genevoise pour la construction d'instruments de physique, Genève, 1871.
- BGE, Gf 436/16 (44) Association de Sainte Blandine pour les domestiques de Genève, Carouge, 1848.
- BGE, Gf 436/47 (14) Règlement de la société fédérale de secours mutuels, Genève, 1844.
- BGE, Gf 437/16 (2) Société des ouvriers faiseurs de ressorts de Genève. Fondée en mai de l'année 1859, Genève, 1859.
- BGE, Gf 567/110 (17) Encouragemens [*sic*] offerts aux sociétés de secours mutuels par le Comité d'utilité cantonale, Genève, 1829.
- BGE, Ob 635/32 *Notice historique, relevé des comptes annuels, et Règlement de la Caisse de réassurance en cas de maladie, fondée à Genève en juin 1890*, Genève, 1896.

Centre d'iconographie de la ville de Genève

- VG 1131/460 Louis George, Drapeaux genevois, Drapeau genevois, Société de secours mutuels le Trait d'Union, En ligne: <<https://bge-geneve.ch/iconographie/oeuvre/vg-1131460>>, consulté le 2 avril 2022.

Schweizerisches Sozialarchiv (Zurich)

- K 226 Helvetia Krankenkasse, Jahresberichte.
- K 275 CSS Krankenkasse, Jahresberichte.

Schweizerisches Wirtschaftsarchiv (Bâle)

- Versicherungen, Société française de secours mutuels de Bâle.
B III 17
- Versicherungen, Krankenkasse des schweizerischen Typographenbundes.
C I 138
- Versicherungen, Allgemeine Krankenpflege.
C III 29
- Versicherungen, Konkordia (Concordia) Krankenkasse,
C III 340 Dokumentensammlung.
- Versicherungen Grütli Krankenkasse, Dokumentensammlung.
C I 127

Zentralbibliothek (Zurich)

- LK 1326 Genossenschaft Krankenpflege Zürich, Jahresberichte.
- LK 2524 Krankenkassen im Kanton Zürich,
Dokumentensammlung.
- LK 49/1 Allgemeine Krankenkasse, Statuten.

2. Sources primaires imprimées officielles

- «Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie et la révision de la constitution en matière d'assurance-maladie, accidents et maternité (Du 22 mars 1974)», *Feuille fédérale* 1(13), 1^{er} avril 1974, pp. 793-796.
- «Arrêté du 29 septembre 1920 rendant obligatoire l'assurance infantile en cas de maladie pour tous les enfants fréquentant les écoles primaires du canton ou les écoles privées qui leur sont assimilées.», *Recueil des lois et décrets du Canton de Vaud*, 117, 1920, pp. 472-474.
- BEVERIDGE William, *Social Insurance and Allied Services, Presented to Parliament by Command of His Majesty*, Londres, HM Stationery Office, 1942.
- BIT, *L'assurance-maladie obligatoire. Analyse comparative des législations nationales et des résultats de leur application*, Genève, 1927.

- , *L'Organisation internationale du travail et les assurances sociales*, Genève, 1925.
- , Ratifications of C024. Sickness Insurance (Industry). Convention n° 24, 1927. En ligne : <https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:11300:0::NO:11300:P11300_INSTRUMENT_ID:312169>, consulté le 15 novembre 2019.
- BUREAU FÉDÉRAL DES ASSURANCES, *Les entreprises d'assurance privées en Suisse*, Berne, diverses années.
- COMMISSION FÉDÉRALE D'EXPERTS, *Rapport de la Commission fédérale d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie: du 11 février 1972*, Berne, 1972.
- COMMISSION FÉDÉRALE D'EXPERTS, *Rapport et avant-projet relatifs à une loi fédérale sur l'assurance-maladie et l'assurance-maternité: du 3 février 1954*, Berne, 1954.
- Conférence internationale du travail à Genève*, vol. I, Dixième session, 18^e séance, Genève, 13 juin 1927, pp. 312-338.
- DIRECTION DE LA MUTUALITÉ, *Rapport sur les opérations des sociétés de secours mutuels pendant l'année 1903*, Melun, Imprimerie administrative, 1907. En ligne : <<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5495405f>>, consulté le 12 avril 2020.
- FORRER Ludwig, «Mémoire sur l'introduction en Suisse de l'assurance contre les accidents», *Feuille fédérale* 1(6), 8 février 1890, pp. 337-439.
- «Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter», *Deutsches Reichsgesetzblatt* 9, juin 1883, pp. 73-104.
- GUTKNECHT Alfred, *Les sociétés de secours mutuels en Suisse en l'année 1903*, Berne, Département fédéral de l'Industrie, 1907.
- KINKELIN Hermann, «Mémoire de M. le professeur Dr Kinkelin», *Feuille fédérale* 1(6), 8 février 1890, pp. 326-336.
- , *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1865*, Bâle, Société suisse de statistique, 1868.
- , *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1880*, Berne, Société suisse de statistique, 1888.
- «Loi fédérale complétant le Code civil suisse (Livre cinquième: Droit des obligations). (Du 30 mars 1911)», *Feuille fédérale* 2(14), 5 avril 1911, pp. 1-271.

- «Loi fédérale concernant la surveillance des entreprises privées en matière d'assurance (Du 25 juin 1885)», *Feuille fédérale* 3(30), 4 juillet 1885, pp. 415-424.
- «Loi fédérale modifiant le premier titre de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (Du 13 mars 1964)», *Feuille fédérale* 1(11), 19 mars 1964, pp. 540-561.
- «Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (Du 13 juin 1911)», *Feuille fédérale* 3(24), 14 juin 1911, pp. 815-860.
- «Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Du 19 juin 1959)», *Feuille fédérale* 1(26), 25 juin 1959, pp. 1511-1536.
- «Message complémentaire du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui du projet de loi modifiant la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (Du 16 novembre 1962)», *Feuille fédérale* 2(48), 29 novembre 1962, pp. 1252-1281.
- «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet de loi complétant celle du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose (Du 8 juillet 1947)», *Feuille fédérale* 2(27), 10 juillet 1947, pp. 481-524.
- «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet de loi modifiant le titre premier de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (Du 5 juin 1961)», *Feuille fédérale* 1(25), 22 juin 1961, pp. 1425-1545.
- «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet modifiant la constitution fédérale dans le domaine de l'assurance-maladie, accidents et maternité et rapport sur l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie (Du 19 mars 1973)», *Feuille fédérale* 1(14), 9 avril 1973, pp. 908-955.
- «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant deux projets de lois sur l'assurance contre les maladies et les accidents (Du 21 janvier 1896)», *Feuille fédérale* 1(7), 12 février 1896, pp. 127-497.
- «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant l'attribution à la Confédération du droit de légiférer en matière d'assurance-invalidité, d'assurance-vieillesse et survivants et la création de ressources nécessaires pour les assurances sociales (Du 21 juin 1919)», *Feuille fédérale* 4(27), 9 juillet 1919, pp. 1-234.
- «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant la compétence législative à accorder à la Confédération en

- matière d'assurance contre les accidents et les maladies (Du 28 novembre 1889)», *Feuille fédérale* 1(6), 8 février 1890, pp. 309-543.
- «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant la révision de la loi sur les brevets d'invention (Du 25 avril 1950)», *Feuille fédérale* 1(18), 4 mai 1950, pp. 933-1070.
- «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant les assurances contre les maladies et les accidents (Du 10 décembre 1906)», *Feuille fédérale* 6(51), 19 décembre 1906, pp. 213-401.
- «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant le projet d'une loi fédérale sur la formation professionnelle (Du 28 septembre 1962)», *Feuille fédérale* 2(44), 1^{er} novembre 1962, pp. 865-966.
- «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant les sociétés de secours mutuels et particulièrement les caisses de pensions des chemins de fer (Du 24 novembre 1888)», *Feuille fédérale* 4(52), 8 décembre 1888, pp. 665-693.
- «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur un projet d'arrêté fédéral allouant une subvention extraordinaire aux caisses-maladie reconnues (Du 21 mars 1927)», *Feuille fédérale* 1(13), 30 mars 1927, pp. 424-438.
- NANTERMOD Philippe, «Participation aux coûts. Permettre un compte d'épargne santé», Postulat 18.429 déposé auprès du Conseil national, 12 juin 2018. En ligne : <<https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?t=AffairId=20180429>>, consulté le 11 mai 2020.
- OCDE, «Statistiques de santé. Dépenses de santé et financement», OECD. Stat., <<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>>, consulté le 13 mai 2020.
- OFAS, «Aux caisses-maladie reconnues. Introduction de la participation obligatoire des assurés aux frais médicaux et pharmaceutiques de l'assurance-maladie», Circulaire n° 72, 1936, dans ACV, PP 940/10/1 (folios non numérotés).
- , *Caisses-maladie et institutions d'assurance-tuberculose reconnues par la Confédération, Statistique 1949-1958*, Berne, 1960.
- , *Caisses-maladie suisses et caisses d'assurance contre la tuberculose, années 1936 et 1937*, Berne, 1940.
- , *Caisses-maladie suisses et caisses d'assurance contre la tuberculose. Statistique 1949-1958*, Berne, 1960.

- , *Guide pour les caisses d'assurance en cas de maladie. Les conditions de reconnaissance*, Berne, Staempfli, 1913.
- , *Institutions de l'assurance-maladie reconnues par la Confédération. Statistique 1959-1968*, Berne, 1970.
- , *Statistique relative aux institutions de l'assurance-maladie reconnues par la Confédération 1971*, Berne, 1973.
- OFFICE CANTONAL DES IMPÔTS, *Übersicht der Vermögens- und Einkommensteuerverpflichtigen des Kantons Zürich, nach Vermögen und Einkommensklassen eingeteilt, vom Jahr 1906*, Zurich, Züricher Post, 1907.
- , *Uebersicht der Vermögens- und Einkommenssteuerverpflichtigen des Kantons Zürich nach Vermögens- und Einkommensklassen eingeteilt, vom Jahr 1900*, Winterthour, Ziegler, 1903.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, «Listes des assureurs et des réassureurs autorisés», <<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung.html>>, consulté le 12 août 2023.
- , *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire. Édition 2021*, Berne, juin 2023.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE, «Coûts du système de santé depuis 1960», Numéro OFS je-f-14.05.01.01.
- , «Financement du système de santé selon le régime et la source, 1995-2021», Numéro OFS px-x-1405000000_102.
- OIT, *Déclaration concernant les buts et objectifs de l'Organisation Internationale du Travail (Déclaration de Philadelphie)*, mai 1944. En ligne : <https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=1000:62:0::NO::P62_LIST_ENTRIE_ID:2453907#declaration>, consulté le 18 février 2020.
- PARMELIN Guy, «Le compte d'épargne médical», Postulat 04.3066 déposé auprès du Conseil national, 15 mars 2004. En ligne : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?AffairId=20043066>>, consulté le 11 mai 2020.
- «Polizeigesetz für Handwerksgelesen, Lehrlinge, Fabrikarbeiter, Tagelöhner und Dienstboten», Zurich, 16.12.1844, Staatsarchiv des Kantons Zürich, Offizielle Sammlung der Gesetze, Beschlüsse und Verordnungen des Eidgenössischen Standes Zürich (OS), OS 7, pp. 152-180. En ligne : <<https://suche.staatsarchiv.djiktzh.ch/Dateien/107/D538904.pdf>>, consulté le 28 novembre 2021.

- «Rapport de la commission du Conseil national sur l'assurance contre les maladies et l'assurance contre les accidents (Du 10 juin 1897)», *Feuille fédérale* 3(25), 23 juin 1897, pp. 506-537.
- «Rapport du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur les dixième et onzième sessions de la conférence internationale du travail (Du 13 décembre 1928)», *Feuille fédérale* 2(51), 19 décembre 1928, pp. 1205-1251.
- «Votation populaire du 11 mars 2007. Explication du Conseil fédéral. Initiative populaire Pour une caisse maladie unique et sociale», *Chancellerie fédérale*, 23 février 2007. En ligne: <<https://www.bk.admin.ch/bk/fr/home/documentation/compilation-explications-Conseil%20f%C3%A9d%C3%A9ral-depuis-1978.html>>, consulté le 2 juillet 2020.

3. Périodiques

Périodiques officiels

- Bulletin des séances du Grand Conseil du Canton de Vaud* <<https://scriptorium.bcu-lausanne.ch/>>
- Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale* <<https://www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch/>>
- Bulletin sténographique officiel de l'Assemblée fédérale suisse* <<https://www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch/>>
- Feuille fédérale suisse* <<https://www.fedlex.admin.ch/fr/fga/index>>
- Feuille officielle suisse du commerce* <<https://www.e-periodica.ch/digbib/volumes?UID=sha-001>>
- Rapports du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur sa gestion* <<https://www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch/>>

Presse mutualiste et médicale

- Bulletins de la FSSM* BCUL site Riponne, 2B 5650.
- Bulletins de la SVSM* BCUL site Riponne, 1 S 1365.

| | |
|--|--|
| <i>Bulletins professionnels des médecins suisses</i> | Uni CMU (Genève), Compactus. |
| CLM, <i>Rapports annuels</i> . | SWA Bv K 181. |
| <i>Mutualité romande</i> | BGE Gf 1689 |
| <i>Schweizerische Krankenkassen-Zeitung (SKZ)</i> | Schweizerisches Sozialarchiv (Zurich), Z 65. |
| SVSM, <i>Comptes rendus du comité central sur sa gestion</i> . | BCUL site Riponne, 1 S 1365 |

Presse généraliste

| | |
|-----------------------------------|---|
| <i>Démocrate : Journal suisse</i> | < https://scriptorium.bcu-lausanne.ch/ > |
| <i>Die Tat</i> | < https://www.e-newspaperarchives.ch/ > |
| <i>Forbes</i> | < https://www.forbes.com/ > |
| <i>Gazette de Lausanne</i> | < https://www.letempsarchives.ch/ > |
| <i>Journal de Genève</i> | < https://www.letempsarchives.ch/ > |
| <i>La Liberté</i> | < https://www.e-newspaperarchives.ch/ > |
| <i>Le Nouvelliste</i> | < https://www.lenouvelliste.ch/ > |
| <i>Le Temps</i> | < https://www.letemps.ch/ > |
| <i>Neue Zürcher Nachrichten</i> | < https://www.e-newspaperarchives.ch/ > |
| <i>Neue Zürcher Zeitung</i> | < https://www.nzz.ch/ > |
| <i>New York Times</i> | < https://www.nytimes.com/ > |
| <i>Nouvelle revue de Lausanne</i> | < https://scriptorium.bcu-lausanne.ch/ > |
| <i>Nouvelliste vaudois</i> | < https://scriptorium.bcu-lausanne.ch/ > |
| <i>Swissinfo.ch</i> | < https://www.swissinfo.ch/ > |
| <i>Wall Street Journal</i> | < https://www.wsj.com/ > |

4. Autres sources primaires imprimées

- ASSOCIATION DES MÉDECINS DU CANTON DE GENÈVE, *Tiers payant et clientèle des caisses d'assurance-maladie*, Genève, Henri Studer, 1927.
- BURCKHARDT Fritz, «Die Allgemeine Krankenpflege in Basel», *Journal de statistique suisse* 34, 1898, pp. 124-131.

- CANDOLLE DE Augustin Pyramus, *Mémoires et souvenirs*, Paris, Cherbuliez, 1862. En ligne : <<https://books.google.nl/books?id=0JwPAAAAQAAJ>>, consulté le 22 juin 2020.
- C. M., «Obituary : Dr J. J. Kummer», *Bulletin de l'Association suisse des actuaires* 8, 1913, pp. XXVII-XXXV.
- CORREVON Gustave, *De la participation des femmes aux bienfaits rendus par les associations d'assistance mutuelle et en particulier de leur admission dans la société cantonale vaudoise de secours mutuels*, Lausanne, Borgeaud, 1874.
- CRAMER Frédéric-Auguste, *Étude sur les causes du paupérisme dans le canton de Genève*, Genève, Société genevoise d'utilité publique, 1856.
- DELAY Gustave, «L'Assurance-Maladie», Conférence prononcée à l'assemblée générale de la Société d'utilité publique des femmes suisses, Lausanne, 22 juin 1915, ACV, PP 1022/18.
- DROZ Numa, «La révision fédérale», *Bibliothèque universelle et revue suisse* 25(73-75), janvier-mars 1885, pp. 327-354.
- DROZ Numa, *Essais économiques*, Genève, Ch. Eggiman, 1896.
- DUPIN Charles, *Travaux et bienfaits de M. le baron Benjamin Delessert*, Paris, Firmin, 1847. En ligne : <<https://books.google.nl/books?id=wRRbAAAAQAAJ>>, consulté le 22 juin 2020.
- FAVRE Charles, *L'assurance obligatoire en cas d'accident et de maladie et l'avenir des sociétés de secours mutuels*, Neuchâtel, A. Godet, 1892.
- FISK Eugene Lyman, «Life Insurance and Life Conservation», *The Scientific Monthly* 4(4), 1917, pp. 330-342.
- «Fragments intéressants des Rapports des Loges suisses», *Alpina* 20(2), 31 janvier 1894, pp. 11-12. En ligne : <<https://books.google.ch/books?id=eEEsAAAAYAAJ&hl=de&pg=PA11>>, consulté le 22 avril 2023.
- GALEER Albert, *Der moralische Volksbund und die freie Schweizer Männerschule oder der Grütli-Verein*, Genève, Vaney, 1846.
- GÖTTISHEIM Friedrich, *Mémoire sur l'introduction d'une assurance suisse contre la maladie*, Berne, K.-J. Wyss, 1891.
- HÄBERLIN Hermann, *Über das heutige Krankenkassenwesen und die Zukünftige Krankenversicherung in der Schweiz*, Zurich, E. Speidel, 2004.
- JESTER E., «Grundzahlen der Krankenversicherung», *Bulletin de l'Association des actuaires suisses* 9, 1914, pp. 263-288.

- KUMMER Johann Jacob, *Die Gesetzgebung über das Versicherungswesen in der Schweiz*, Zurich, Orell, Füssli & Co, 1879.
- LAMAZURE Arthur, «Mittelstand-Krankenversicherung und Krankenkassen», *Schweizerische Versicherungs-Zeitschrift* 19, 1951/1952, pp. 366-370.
- LE COINTE Adrien, *Les sociétés de secours mutuels et leur organisation technique*, Genève, Journal de Genève, 1902.
- MOYNIER Gustave, *La prévoyance à Genève*, Genève, Fick, 1857.
- NAEF Hans, «Mittelstandsversicherung und Krankenkassen (Eine Entgegnung)», *Schweizerische Versicherungs-Zeitschrift* 20, 1952/1953, pp. 39-46.
- NIEDERER Eduard, *Das Krankenkassenwesen der Schweiz und das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911*, Zurich, Rascher & Cie, 1914.
- ODIER Louis, «Sur les honoraires des médecins», *Bibliothèque universelle des sciences, belles-lettres, et arts* 35, Genève, 1827. En ligne : <<https://books.google.ch/books?id=UQpFzCrLiwIC>>, consulté le 12 mai 2020.
- ROBERT Jean-Paul, «Bases techniques des assurances en cas d'hospitalisation», *Bulletin de l'association des actuaires suisses* 53(1), 1953, pp. 205-272.
- SCHNETZLER A., *L'assurance populaire dite obligatoire*, Lausanne, Georges Bridel, 1896.
- «Schweizerischer Logenbund», *Alpina* 20(2), 31 janvier 1894, p. 15. En ligne : <<https://books.google.ch/books?id=eEEsAAAAYAAJ&pg=PA15>>, consulté le 22 avril 2023.
- SPRING Oscar Werner, *Beiträge zur mathematischen Theorie der privaten und sozialen Krankenversicherung*, thèse de doctorat, Berne, Université de Berne, 1934.
- STALDER Hans, «Les cas bagatelles ne sont pas des bagatelles», *Bulletin des médecins suisses* 92(19), 2011, p. 726.
- Statuts de la Société vaudoise de secours mutuels. Avec les modifications et adjonctions votées par les assemblées générales de 1848, 49, 50 et 51*, Lausanne, Corbaz et Robellaz, 1851. En ligne : <<https://books.google.ch/books?vid=BCUL1094914827>>, consulté le 12 mars 2021.
- «Union des loges suisses», *Alpina* 23(1), 15 janvier 1897, pp. 2-4. En ligne : <<https://books.google.ch/books?id=eEEsAAAAYAAJ&pg=RA3-PA2>>, consulté le 22 avril 2023.
- WALTHER Fritz, «Eine Morbiditätstafel für die Krankenpflegeversicherung», *Bulletin de l'Association des actuaires suisses* 35, avril 1938, pp. 61-92.

5. Sources quantitatives

Annuaire statistique de la Suisse

Diverses années : <<https://www.bfs.admin.ch/>>

Statistiques historiques de la Suisse en ligne : <<https://hssso.ch/>>

- Tab. B.7. «Population résidante des cantons par classes d'âges quinquennales (âge approximatif en années), de 1860 à 1990».
- Tab. D.24. «Nouveaux cas déclarés de maladies : choix de maladies infectieuses, de 1891 à 1985».
- Tab. D.34. «Vue d'ensemble des causes de décès, de 1876 à 1995 ; décès masculins et féminins au total».
- Tab. F.11a. «Personnes exerçant une profession par classes économiques et genre dans la ville de Zurich, de 1870 à 1930».
- Tab. G.3c. «Salaires industriels, par branche et région/ville, de 1880 à 1914 (en centimes et francs)».
- Tab. G.5e. «Salaires des fondeurs, des tourneurs, serruriers et des manœuvriers (1890-1921)».
- Tab. G.12. «Branches du secondaire et du tertiaire : salaire mensuel moyen des employés masculins, en 1939 et de 1942 à 1968 (en francs)».
- Tab. H.20. «Indice suisse des prix à la consommation, par groupes de dépenses, de 1914 à 1966 (juin 1914 = 100)».
- Tab. P.11. «Caisses-maladie reconnues : caisses, membres assurés et compte d'exploitation, de 1914 à 1984».

6. Sources secondaires

100 Jahre. Allgemeine Krankenpflege Basel. 99 Jahresbericht und Jahresrechnung, Bâle, 1963.

100 Jahre. Krankenkasse für den Kanton Bern 1870-1970, Wabern, KKB.

ABECASSIS Philippe, COUTINET Nathalie, DOMIN Jean-Paul, «Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes

- complémentaires d'assurance-maladie», *Revue internationale de l'économie sociale* 331(1), 2014, pp. 60-75.
- ALBER Jens, BERNARDI-SCHENKLUHN Brigitte, *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien*, Francfort, Campus Verlag, 1992.
- ALTERMATT Urs, *Conseil fédéral. Dictionnaire biographique des cent premiers Conseillers fédéraux*, Yens, Cabédita, 1993.
- AMSTUTZ Hans-Dieter, *75 Jahre ÖKK. Basel und seine Krankenkasse*, Bâle, GS-Verlag, 1989.
- ARLETTAZ Gérald, *Libéralisme et société dans le canton de Vaud (1814-1845)*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise, 1980.
- BADEL Octave, *Centenaire de la Société vaudoise de secours mutuels*, Lausanne, 1946.
- BEAUDET Thierry, PIERRON Luc, *La mutualité*, Paris, Presses universitaires de France, 2018.
- BECK Konstantin, *Caisse unique: Voie sans issue. Pourquoi la monopolisation de l'assurance-maladie nous mène dans une impasse*, Genève, Slatkine, 2013.
- BEITO David, *From mutual aid to the welfare state: Fraternal societies and social services, 1890-1967*. Chapell Hill, University of North Carolina Press, 2000.
- BESSARD Pierre, CRESPO Alphonse (éd.), *Au chevet du système de santé. De la dépendance à la prévoyance*, Genève, Institut Libéral, 2013.
- BIAUDET Jean-Charles, «Les événements politiques», in: SOCIÉTÉ VAUDOISE D'HISTOIRE ET D'ARCHÉOLOGIE (éd.), *Cent cinquante ans d'histoire vaudoise 1803-1953*, Lausanne, Payot, 1953, pp. 23-58.
- BIEDERMANN Paul, *Die Entwicklung der Krankenversicherung in der Schweiz*, thèse de doctorat, Zurich, Université de Zurich, 1955.
- BOVEY Michel, «L'Association patriotique du canton de Vaud et son intervention dans la politique vaudoise en 1845», *Revue historique vaudoise* 87, 1979, pp. 157-218.
- BRASSEL-MOSER Ruedi, «Consommation», *Dictionnaire historique de la Suisse*, 30 octobre 2008, En ligne: <<https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/016219/2008-10-30/>>, consulté le 7 février 2023.

- BUCLIN Hadrien, « Assurance-maladie et libéralisme économique : l'échec de l'initiative populaire du Parti socialiste suisse de 1974 », *Gesnerus* 77(1), 2020, pp. 102-122.
- BUOMBERGER Ferdinand, *Die schweizerischen Fabrikkrankenkassen*, Zurich, Bacssler & Drexler, 1906.
- BUREAU FÉDÉRAL DES ASSURANCES, « Histoire de la science actuarielle en Suisse », *Troisième Congrès international d'actuaire : tenu du 25 au 30 juin 1900 à Paris*, Paris, H. Dulac, 1900, pp. 952-989.
- BÜRGI Markus, « Häberlin, Hermann », *Dictionnaire historique de la Suisse*, 27 avril 2006. En ligne : <<https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/006356/2006-04-27/>>, consulté le 23 août 2023.
- BÜRGI Michael, *Pharmaforschung im 20. Jahrhundert. Arbeit an der Grenze zwischen Hochschulen und Industrie*, Zurich, Chronos Verlag, 2011.
- CHALUPNÍČEK Pavel, DVOŘÁK Lukáš, « Health Insurance before the Welfare State : the Destruction of Self-help by State Intervention », *The Independent Review* 13(3), 2009, pp. 367-387.
- CHIFFELLE Marcel, *Le Secours mutuel fribourgeois, 1851-1951, fête le 100^e Anniversaire de sa fondation*, Fribourg, 1951, AEF, Société secours mutuels fribourgeois 135(71748).
- CIBA, *Origines et aspects de l'industrie chimique bâloise*, Olten, Urs Graf, 1959.
- COMPANJE K. P., HENDRICKS R. H. M., VERAGHTERT K. F. E., WIDDERSHOVE B. E. M., *Two Centuries of Solidarities. German, Belgian and Dutch social health care insurance 1770-2008*, Amsterdam, Aksant, 2009.
- CORNU Yves-Alain, « Huit médecins sur dix dénoncent un “harcèlement administratif” », 4 avril 2017, <<https://www.rts.ch/info/regions/vaud/8517604-huit-medecins-sur-dix-dennoncent-un-harcelement-administratif-.html>>, consulté le 12 avril 2023.
- DAVID Thomas, HEINIGER Alix, *Faire société. La philanthropie à Genève et ses réseaux transnationaux autour de 1900*, Paris, Éditions de la Sorbonne, 2019.
- DEGEN Bernard, « “Haftpflicht bedeutet den Streit, Versicherung den Frieden” : Staat und Gruppeninteressen in den frühen Debatten um die schweizerische Sozialversicherung », in : SIEGENTHALER Hansjörg (éd.), *Wissenschaft und Wohlfahrt. Moderne Wissenschaft und ihre Träger*

- in der Formation des Schweizerischen Wohlfahrtsstaates während der Zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts*, Zurich, Chronos Verlag, 1997, pp. 137-153.
- DENZLER Ed., *Achtzig Jahre Allgemeine Krankenkasse Zürich, 1856-1936*, Zurich, Schulthess, 1938.
- DETTWILER Walter, GAFNER Philipp, BILLOD Carole, *Novartis. How a leader in healthcare was created out of Ciba, Geigy and Sandoz*, Londres, Profile Books, 2014.
- DIRLEWANGER Dominique, «Le développement gazier à Lausanne (1847-1914). De l'initiative privée à la naissance du communalisme», in : PAQUIER Serge, WILLIOT Jean-Pierre (éd.), *L'industrie du gaz en Europe aux XIX^e et XX^e siècles. L'innovation entre marchés privés et collectivités publiques*, Bruxelles, Peter Lang, 2005, pp. 319-330.
- DONZÉ Pierre-Yves, *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers en Suisse romande*, Genève, Georg, 2003.
- DREYFUS Michel, RUFFAT Michele, VIET Vincent, VOLDMAN Daniele, VALAT Bruno, *Se protéger, être protégé. Une histoire des assurances sociales en France*, Paris, Presses universitaires de France, 2006.
- DÜR Manuel, «Verhandelte Referendumsdemokratie. Der Kampf zwischen Pharmaindustrie und Krankenkassen um die Patentgesetzrevision von 1954», *Annuaire suisse d'histoire économique et sociale* 31, 2016, pp. 109-121.
- HERENSTRÖM Philippe, «Eugénisme et santé publique: la stérilisation légale des malades mentaux dans le canton de Vaud (Suisse)», *History and Philosophy of the Life Sciences* 15(2), 1993, pp. 205-227.
- EICHENBERGER Pierre, *Mainmise sur l'État social. Mobilisation patronale et caisses de compensation en Suisse, 1908-1960*, Neuchâtel, Alphil, 2016.
- EWALD François, *L'État Providence*, Paris, Grasset, 1986.
- FÉDÉRATION SUISSE POUR TÂCHES COMMUNES DES ASSUREURS-MALADIE, «Informations / Historique», <<https://www.svk.org/portrait-fr/informations-historique/>>, consulté le 13 avril 2020.
- FELL-DORiot Jeanne, *L'assurance-maladie: tonneau des Danaïdes*, Vevey, Éditions Delta, 1978.
- FLANDREAU Marc, LEGENTILHOMME Geoffroy, «CyberpunkesVictoria. The credibility of computers and the first digital revolution, 1848-83», *Economic History Review* 75(4), 2022, pp. 1083-1119.

- FLEISCHMANN Reto, *Eine typisch schweizerische Lösung. Die Geschichte des Schweizerischen Betriebskrankenkassenverbands (SBKV)*, Mémoire de licence, Zurich, Université de Zurich.
- FRACHEBOUD Virginie, *L'introduction de l'assurance-invalidité en Suisse (1944-1960). Tensions au cœur de l'État social*, Lausanne, Antipodes, 2015.
- FRASER Derek, *The Evolution of the British Welfare State*, Londres, Macmillan, 1973.
- GILBERT Marion, « Cérenville, Max de », *Dictionnaire historique de la Suisse*, 12 juillet 2005. En ligne : <<https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/004286/2005-07-12/>>, consulté le 24 août 2023.
- GREEN David, *Reinventing civil society*, Londres, Civitas, 1993.
- GRUNER Erich, *Die Arbeiter in der Schweiz im 19. Jahrhundert*, Berne, Francke Verlag, 1968.
- GUILLAUME Michel, « Santé : la caisse unique ou l'illusion d'un nouveau débat », *Le Temps*, 9 mai 2017.
- GUILLAUME Pierre, *Mutualistes et médecins. Conflits et convergences, XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Éditions ouvrières, 2000.
- GUINAND Cédric, « La création de l'AISS et l'OIT », *Revue internationale de sécurité sociale* 61(1), 2008, pp. 91-109.
- GYGER A., *50 Jahre. Konkordat der schweizerischen Krankenkassen, 1851-1941*, Soleure, Concordat des caisses-maladie suisses, 1941.
- HALBEISEN Patrick, MÜLLER Margrit, VEYRASSAT Béatrice (éd.), *Histoire économique de la Suisse au XX^e siècle*, Neuchâtel, Livreo-Alphil, 2021.
- HATZFELD Henri, *Du paupérisme à la sécurité sociale, 1850-1940*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2004.
- HELLER Geneviève, « Tiens-toi droit ! ». *L'enfant à l'école primaire au 19^e siècle. Espace, morale, santé. L'exemple vaudois*, Lausanne, Éditions d'En bas, 1988.
- HELLER Geneviève, JEANMONOD Gilles, GASSER Jacques, *Rejetées, rebelles, mal adaptées – Débat sur l'eugénisme – Pratique de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XX^e siècle*, Genève, Georg, 2002.
- HERZLINGER Regina, « A Better Health Care Alternative », *Forbes*, 8 octobre 2009.
- HERZLINGER Regina, BACCHUS Barua, « Europe's alternative to Medicare for All », *Wall Street Journal*, 16 avril 2019.

- HODEL Christian, *Die Anfänge der Krankenversicherung in Basel während des 19. Jahrhunderts und ihre geschichtlichen Voraussetzungen*, thèse de doctorat, Bâle, Université de Bâle, 1965.
- HORAN Caley, *Insurance Era. Risk, Governance, and the Privatization of Security in Postwar America*, Chicago, Chicago University Press, 2021.
- HUMAIR Cédric, *1848. Naissance de la Suisse moderne*, Lausanne, Antipodes, 2009.
- , *Développement économique et État central (1815-1914). Un siècle de politique douanière suisse au service des élites*, Berne, Peter Lang, 2004.
- HURST Samia, MAURON Alex, «À propos de la caisse unique», *Revue Médicale Suisse* 7(101), 2007, pp. 630-631.
- IMMERGUT Ellen, *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992.
- INSTITUT FÜR SCHWEIZER WIRTSCHAFTSPOLITIK, «Ab welchem Einkommen zählt man zu den obersten Einkommensgruppen?», <<https://www.iwp.swiss/sid/#graph-4>>, consulté le 23 septembre 2023.
- INSTITUT LIBÉRAL, *Système de santé. Comment renouer avec la responsabilité*, Genève, Institut Libéral, 2017.
- IRMINGER-BUSCH Rudolf, *Betriebskrankenkasse Escher Wyss & Cie Zürich 1831-1931*, Zurich, Siegfried, 1936.
- JOST Hans Ulrich, «Sociabilité, faits associatifs et vie politique en Suisse au 19^e siècle», in: TANNER Albert (éd.), *Sociabilité et faits associatifs*, Zurich, Chronos Verlag, 1991, pp. 7-29.
- KNÜSEL René, ZURITA Félix, *Assurances sociales: une sécurité pour qui? La loi Forrer et les origines de l'État social en Suisse*, Lausanne, Institut de science politique, 1979.
- KOCHER Gerhard, *Verbandseinfluss auf die Gesetzgebung, Aertzverbindung, Krankenkassenverbände, und die Teilrevision 1964 des Kranken- und Unfallversicherungsgesetz*, thèse de doctorat, Berne, Université de Berne, 1967.
- KOTT Sandrine, «Towards a Social History of International Organisations: The ILO and the Internationalisation of Western Social Expertise (1919-1949)», in: JERÓNIMO Miguel Bandeira, MONTEIRO José Pedro (éd.), *Internationalism, Imperialism and the Formation of the Contemporary World*, Londres, Macmillan, 2017, pp. 33-57.

- KOTT Sandrine, LENGWILER Martin, «Expertise transnationale et protection sociale», *Revue d'histoire de la protection sociale* 10, 2017, pp. 9-21.
- KRUGMAN Paul, «The Swiss Menace», *New York Times*, 16 août 2009.
- KUPPER Josef, «Versicherungsmathematik und schweizerische Hochschulen», *Bulletin de l'Association suisse des actuaires* 1, 1998, pp. 33-53.
- LABHART Walter, *Ludwig Forrer. 1845-1921*, thèse de doctorat, Zurich, Université de Zurich, 1972.
- LAROUILLÈRE Régis de, «Les actuaires d'hier à demain», *Risques: les cahiers de l'assurance* 81, 2010, pp. 187-195.
- LASSERRE André, *Finances publiques et développement. Le Canton de Vaud, 1831-1913*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise, 1981.
- , *La classe ouvrière dans la société vaudoise de 1845 à 1914*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise, 1973.
- LEEUWEN Marco H. D. van, *Mutual Insurance 1550-2015. From Guild Welfare and Friendly Societies to Contemporary Micro-Insurers*, Londres, Macmillan, 2016.
- LEIMGRUBER Matthieu, «État fédéral, État social? L'historiographie de la protection sociale en Suisse», *Traverse* 18(1), 2011, pp. 217-237.
- , «La politique sociale comme marché: Les assureurs vie et la structuration de la prévoyance vieillesse en Suisse (1890-1972)», in: ARCHIVES FÉDÉRALES SUISSES (éd.), *Geschichte der Sozialversicherungen/ L'histoire des assurances sociales*, Zurich, Chronos Verlag, 2007, pp. 109-139.
- , *Solidarity without the State? Business and the Shaping of the Swiss Welfare State, 1890-2000*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008.
- LEIMGRUBER Matthieu, LENGWILER Martin, «Transformationen des Sozialstaats im Zweiten Weltkrieg. Die Schweiz im internationalen Vergleich», in: LEIMGRUBER Matthieu, LENGWILER Martin (éd.), *Umbruch an der „inneren Front“. Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz 1938-1948*, Zurich, Chronos Verlag, 2009, pp. 9-45.
- LENGWILER Martin, «Das verpasste Jahrzehnt. Krankenversicherung und Gesundheitspolitik (1938-1949)», in: LEIMGRUBER Matthieu, LENGWILER Martin (éd.), *Umbruch an der „inneren Front“. Krieg und*

- Sozialpolitik in der Schweiz 1938-1948*, Zurich, Chronos Verlag, 2009, pp. 166-183.
- , «Gründen wir ein Kässeli!», *NZZ Folio*, septembre 2005, pp. 44-51.
- , «Im Fahrwasser der Finanzmärkte. Vorsorgetechniken des Versicherungswesens und ihre Grenzen», in: HANNING Nicolai, THIESSEN Malte (éd.), *Vorsorgen in der Moderne: Akteure, Räume und Praktiken*, De Gruyter, Oldenbourg, 2017, pp. 63-78.
- , *Risikopolitik im Sozialstaat. Die Schweizerische Unfallversicherung 1870-1970*, Cologne, Böhlau Verlag, 2006.
- LENGWILER Martin, ROTHENBÜHLER Verena, *Macht und Ohnmacht der Ärzteschaft. Geschichte des Zürcher Ärzteverbands im 20. Jahrhundert*, Zurich, Chronos Verlag, 2004.
- LERNER Marc, *A Laboratory of Liberty. The Transformation of Political Culture in Republican Switzerland, 1750-1848*, Leiden, Brill, 2011.
- LÜÖND Karl, *Principe actif: la connaissance. Passé et présent de l'industrie pharmaceutique suisse*, Zurich, Neue Zürcher Zeitung, 2009.
- MAILLARD Pierre-Yves, *Soigner l'assurance-maladie! D'une concurrence illusoire à des coopérations efficaces*, Lausanne, Favre, 2010.
- MÄRK-ROHRER Linda, *Die Sozialpolitik der Schweizer Gewerkschaften. Eine Analyse der Umbruchphasen von Unterstützungskassen, GAV und Gesetz*, thèse de doctorat, Berne, Université de Berne, 2011.
- MATTER Michel, «Le 28 septembre, ce sera OUI», La lettre de l'AMG, Association des médecins du canton de Genève 5, juin 2014, p. 1. En ligne: <<https://amge.ch/app/wp-content/uploads/2020/02/2014-05Lamg.pdf?redirect=no>>, consulté le 12 avril 2023.
- MEIER Hermann, *Société de secours mutuels Helvetia. Vingt-cinq ans d'activité 1900-1924*, Zurich, 1925.
- MEUWLY Olivier, «Abram-Daniel Meystre (1812-1870)», Cercle démocratique Lausanne, 2003, <<https://www.cercle-democratique.org/2006/07/15/abram-daniel-meystre-1812-1870/>>, consulté le 30 décembre 2022.
- , «Le canton se dessine une identité, XIX^e-XX^e siècles», in: MEUWLY Olivier, PIZZOTTI Laurent, JÉQUIER François (éd.), *Histoire vaudoise*, Lausanne, Gollion Infolio, 2015, pp. 345-397.
- , *L'unité impossible. Le parti radical-démocratique suisse à la Belle Époque 1891-1914*, Hauterive, Gilles Attinger, 2007.

- , *Les partis politiques. Acteurs de l'histoire suisse*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 2010.
- , *Louis-Henri Delarageaz, 1807-1891. Homme politique vaudois, ami de Proudhon et grand propriétaire foncier*, Neuchâtel, Alphil, 2011.
- MEYSTRE Ém., *Biographie de A.-D. Meystre*, Lausanne, Borgeaud, 1891.
- MUHEIM David, «Mutualisme et assurance-maladie en Suisse (1893-1912): une adaptation ambiguë», *Traverse* 7(2), 2000, pp. 79-93.
- MÜLLER Margrit, «Croissance économique», *Dictionnaire historique de la Suisse*, 21 août 2015. En ligne: <<https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/013821/2015-08-21/>>, consulté le 7 février 2023.
- MÜLLER Margrit, WOITEK Ulrich, «Prospérité, croissance et conjoncture», in: HALBEISEN Patrick, MÜLLER Margrit, VEYRASSAT Béatrice (éd.), *Histoire économique de la Suisse au xx^e siècle*, Neuchâtel, Livreo-Alphil, 2021, pp. 95-234.
- NEBEL Julius, *Schweizerische Grütli-Krankenkasse 1873-1922. Denkschrift Herausgegeben bei Anlass des 50-jährigen Bestandes der Kasse*, Berne, Unionsdruckerei, 1922.
- NEF Urs Christoph, «Die Entwicklung zwischen den beiden Weltkriegen», in: KÖHLER Peter, ZACHER Hans (éd.), *Beiträge zu Geschichte und aktueller Situation der Sozialversicherung. Colloquium des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Sozialrecht über «Ein Jahrhundert Sozialversicherung - Bismarcks Sozialgesetzgebung im internationalen Vergleich»*, Berlin 16. bis 20. November 1981, Berlin, Duncker und Humblot, 1983, pp. 125-140.
- NICOD François, «Le souci de l'utilité publique dans le canton de Vaud dans la première moitié du XIX^e siècle», *Revue historique vaudoise* 90, 1982, pp. 81-147.
- «Notice nécrologique [de Gustave Delay]», s. d., ACV, PP 1022/18, Notices nécrologiques.
- OBINGER Herbert, «Federalism, Direct Democracy, and Welfare State Development in Switzerland», *Journal of Public Policy* 18(3), 1998, pp. 241-263.
- PARATTE Gabriel, *L'assurance privée maladie en droit suisse*, thèse de doctorat, Berne, Université de Berne, 1954.
- PESENTI Yvonne, *Beruf: Arbeiterin. Soziale Lage und gewerkschaftliche Organisation der erwerbstätigen Frauen aus der Unterschicht in der Schweiz, 1880-1914*, Zurich, Chronos Verlag, 1988.

- PETITPIERRE André, «À la mémoire de Marc Haldy», *Bulletin de l'Association suisse des actuaires* 2, 1994, p. 107.
- , *Les réserves mathématiques dans l'assurance en cas de maladie*, thèse de doctorat, Lausanne, Université de Lausanne, 1954.
- PYTHON Francis, «Les professeurs français de l'Université de Fribourg. Relais des idées sillonnistes en Suisse», in: MAYEUR Jean-Marie (éd.), *Le Sillon de Marc Sangnier et la démocratie sociale. Actes du colloque des 18 et 19 mars 2004*, Besançon, Universitaires de Franche-Comté, 2006, pp. 179-200.
- RECHSTEINER Eugen, *Krankenkasse Konkordia Zürich 1879-1979*, Zurich, Konkordia, 1979.
- RINTALA Marvin, *Creating the National Health Service. Aneurin Bevan and the Medical Lords*, Londres, Taylor and Francis, 2005.
- Sandoz. *75 ans d'activité*, Bâle, Gasser, 1961.
- SCHMID Heinz, «Dr Fritz Walther zum Gedenken», *Bulletin de l'Association des actuaires suisses* 2(1), 1989, pp. 187-188.
- SCHMID Otto, *1900-1950. 50 ans de la Société de secours mutuels Helvetia*, Zurich, Buhler-Buchdruck, 1950.
- SCHURTENBERGER Josef, *KSK/CCMS: 100 ans. Concordat des caisses-maladie suisses. 1891-1991*, Soleure, Concordat des caisses-maladie suisses, 1992.
- SINEY-LANGE Charlotte, *La Mutualité, grande semeuse de progrès social. Histoire des œuvres sociales mutualistes (1850-1976)*, Paris, La Martinière, 2018.
- STADLIN Christofer, «Markets created and destroyed by the State. Casualty insurance and the experience of the Zurich Insurance company 1850-1950», Papier présenté à la conférence internationale *Risk and the Insurance Business in History*, Séville, juin 2019.
- «Statistiques et solidarité: le débat sur les fondations mathématiques des caisses de secours et des assurances sociales avant 1900», *Histoire de la sécurité sociale en Suisse*, décembre 2015, <<https://www.histoiredelasecuritesociale.ch/chiffres/debats-sur-les-calculs-avant-1900>>, consulté le 8 mars 2020.
- STIERLIN Max, *Die Katholiken im Kanton Zürich 1862-1875 im Spannungsfeld zwischen Eingliederung und Absonderung*, thèse de doctorat, Fribourg, Université de Fribourg, 1994.

- STOHR Christian, «Trading gains: new estimates of Swiss GDP, 1851 to 2008», Working Paper, London School of Economics, 2016.
- STRECKEISEN Peter, «La santé publique comme laboratoire du néolibéralisme», *Chronique internationale de l'IRES* 141, 2013, pp. 35-44.
- STUDER Brigitte, WECKER Regina, SUTTER Gaby, *Zur Konstruktion von Geschlecht durch Mutterschaftsversicherung, Nachtarbeitsverbot und Sonderschutzgesetzgebung im 20. Jahrhundert*, Zurich, Chronos Verlag, 2001.
- SUTTER Eva, «Les femmes dans le droit civil. Majorité, mariage et divorce», in: WEILENMANN Claudia, SUTTER Eva (éd.), *Femmes Pouvoir Histoire. Histoire de l'égalité en Suisse de 1848 à 2000*, Berne, Commission fédérale pour les questions féminines, 2001. En ligne: <<https://www.ekf.admin.ch/ekf/fr/home/documentation/geschichte-der-gleichstellung-frauen-macht-geschichte/frauen-macht-geschichte-18482000.html>>, consulté le 8 avril 2022.
- SVSM, *Notice historique (1846-1896)*, Vevey, Säuberlin & Pfeiffer, 1896.
- TABIN Jean-Pierre, TOGNI Carla, *L'assurance chômage en Suisse. Une sociohistoire (1924-1982)*, Lausanne, Antipodes, 2013.
- TANNER Jakob, *Geschichte der Schweiz im 20. Jahrhundert*, Munich, C. H. Beck, 2015.
- TOUCAS Patricia, «La vertueuse mutualité: des valeurs aux pratiques», *Vie Sociale* 4, 2008, pp. 27-37.
- URECH Auguste, «Histoire de l'assurance en Suisse», *Bulletin de l'Association des actuaires suisses* 55(2), 1955, pp. 169-264.
- VALAT Bruno, *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967). L'État, l'institution et la santé*, Paris, Economica, 2001.
- VEYRASSAT Béatrice, «Économie et société en Suisse au cap du XX^e siècle», in: HALBEISEN Patrick, MÜLLER Margrit, VEYRASSAT Béatrice (éd.), *Histoire économique de la Suisse au XX^e siècle*, Neuchâtel, Livreo-Alphil, 2021, pp. 37-86.
- VUILLEUMIER Marc, «La situation politique à Genève en 1858: un rapport inédit adressé à Napoléon III», *Bulletin de la Société d'histoire et d'archéologie de Genève* 12(3), 1962, pp. 189-209.
- WEBSTER Charles, *The National Health Service. A Political History*, Oxford, Oxford University Press, 2002.

WEINBREN Daniel, «Freemasonry and Friendly Societies», in: BOGDAN Henrik, SNOEK J.A.M. (éd.), *Handbook of Freemasonry*, Leiden, Brill, 2014, pp. 387-404.

WIESER Constant, ETTER Hans, WELLAUER Josef, *Radiologie in der Schweiz. Zu ihrem 75 jährigen Bestehen herausgeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Radiologie und Nuklearmedizin*, Berne, Verlag Hans Huber, 1989.

ZURICH INSURANCE GROUP, *Good health means good business. How a Zurich company's innovations changed the way we think about life insurance and health*, Zurich, 2014.

Annexe 1 : Les enquêtes de la Société suisse de statistique en tant que sources

La Suisse ne disposait pas au XIX^e siècle d'organe central de supervision des sociétés d'entraide (à l'inverse de l'Angleterre et de la France, où le *Registrar of Friendly Societies* et la «Commission supérieure d'encouragement et de surveillance des sociétés de secours mutuels», respectivement, se chargeaient de cette tâche). Par conséquent, nous ne disposons pas aujourd'hui de séries régulières et d'informations quantitatives systématiques à leur sujet. Au niveau confédéral, les trois enquêtes de la Société suisse de statistiques portant sur les années 1865, 1880 et 1903, constituent l'unique point d'entrée quantitatif dont l'historien dispose.

Pour précieuses que soient ces enquêtes, leur contenu – et en particulier ceux des deux premières – doit être abordé avec précaution. Les chiffres que ces enquêtes présentent sous-estiment l'importance du phénomène mutualiste au XIX^e siècle. La Société suisse de statistique ne parvint en effet que partiellement à recueillir des informations auprès des sociétés. Un certain nombre d'entre elles, jalousement attachées à leur indépendance, virent d'un mauvais œil ces tentatives d'ingérence informationnelle et refusèrent de collaborer aux enquêtes. Hermann Kinkelin nota dans le rapport concernant l'année 1865 que la collecte avait été particulièrement infructueuse à Neuchâtel, où «*nous n'avons reçu aucune communication des sociétés respectives, malgré nos demandes réitérées*»⁶³⁷. À Genève, une société répondit simplement aux enquêteurs n'avoit «pas pris la demande en sérieuse considération». Les enquêteurs firent face à des refus du même acabit dans d'autres cantons.

Les sociétés, cependant, furent sans doute davantage disposées à coopérer dans le cadre de l'enquête pour l'année 1903 : depuis la fin des années 1880, elles avaient été actives dans les discussions relatives à

⁶³⁷ KINKELIN Hermann, *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1865*, p. 5.

l'extension du rôle de l'État dans la protection contre le risque de maladies et d'accidents. Dans ce contexte, les caisses étaient spontanément poussées à s'affirmer publiquement, afin de certifier leur fiabilité et de ne pas risquer d'être laissées de côté lors de l'élaboration des projets législatifs. Parmi celles qui avaient refusé de répondre en 1865 ou 1880, un certain nombre acceptèrent finalement de se manifester en 1903. Par exemple, alors que l'enquête de 1880 indiquait qu'il existait 24 sociétés actives à Genève, celle de 1903 listait pour ce canton 54 sociétés fondées avant 1880 et encore actives en 1903. Autrement dit, l'enquête de 1880 sous-estimait de 125 % le nombre des sociétés de secours genevoises actives à cette date. À Fribourg, cette proportion s'élevait à 267 % (seules trois sociétés listées en 1880, contre huit sociétés – fondées avant 1880 – listées en 1903). Dans les cantons alémaniques, où les caisses d'entreprises (moins portées que les caisses facultatives ouvrières à la rétention d'information) étaient davantage représentées, l'étendue de la sous-estimation était moindre (elle était, par exemple, nulle à Zurich, selon la mesure proposée ici).

En dépit de ces limites, et en s'appuyant sur le principe qu'une photographie floue vaut mieux qu'une absence de photographie, nous utilisons dans ce livre et en particulier dans la première partie, les enquêtes de Kinkelin en tant que source et invitons le lecteur à garder à l'esprit le sens du biais – la *sous-estimation* du phénomène mutualiste en Suisse.

Annexe 2 : Le rôle du docteur Gustave Delay

Le chapitre 5 évoque à plusieurs reprises l'action énergique en faveur de l'assurance médicale du médecin Gustave Delay et son activité au sein du comité central de la SVSM où il siégea, en tant que vice-président de 1913 à 1922. Il déploya cependant ses efforts dans bien d'autres directions. Il exerça au cours des premières décennies du xx^e siècle, jusqu'à sa mort en 1937, une influence décisive sur la vie médicale vaudoise en général ainsi que sur l'évolution des politiques d'hygiène et des institutions sociales du canton. Il participa activement au développement de la médecine sociale dans la société vaudoise. Gustave Delay, qui concevait l'assurance-maladie comme un outil de médicalisation des masses, incarnait de façon idéal-typique la figure du médecin hygiéniste, à cheval entre les mondes de la pratique médicale, de la médecine universitaire et du mutualisme.

Il est à cet égard à rapprocher d'Hermann Häberlin, personnage au profil identique pour le monde alémanique⁶³⁸.

Delay étudia la médecine à Bâle et à Zurich et obtint son diplôme fédéral de médecin-chirurgien à Lausanne en 1896. Il s'installa en 1898 dans la petite commune de Mézières, où il exerça pendant quinze ans l'activité de médecin de campagne. En janvier 1913, il fut nommé chef du service sanitaire du canton de Vaud. En 1916, il intégra le Conseil de surveillance de l'Institut sérothérapique et vaccinal suisse. Au cours de la décennie 1910, Delay dirigea son activité vers les questions sanitaires liées à l'enfance. Il fut l'un des principaux artisans de la création de la caisse d'assurance infantile du canton de Vaud en 1917, dont le but était de «*prévenir les maladies graves, en soumettant les enfants à une surveillance médicale constante et aussi généralisée que possible*»⁶³⁹. Delay assura la direction médicale de cette caisse (à laquelle l'adhésion fut rendue obligatoire en 1920). En 1919, il fonda la Pouponnière, une association philanthropique qui offrait des soins médicaux aux enfants en bas âge, et disposait grâce à elle de la matière vivante pour tester ses théories relatives à l'hygiène et à l'alimentation des nourrissons⁶⁴⁰. En août 1921, le Conseil d'État vaudois créa une chaire de médecine sociale à l'Université de Lausanne, qu'il confia à Delay.

L'assurance-maladie constituait un élément central du système sanitaire de Delay: «*La médecine est impuissante à venir avec complète efficacité au secours des malades [...]. Pour réaliser la part la plus intéressante de son programme, c'est-à-dire la prophylaxie des maladies en général, et pour augmenter la force productive d'un pays, il lui faut le secours de l'assurance, si possible sous sa forme la plus généreuse, celle de la mutualité.*»⁶⁴¹ Il exhortait les mutualistes suisses à construire eux-mêmes leurs propres centres de soins, dispensaires et sanatoria. Par la gestion de

⁶³⁸ Sur la biographie de Delay, voir en général le fonds qui lui est consacré aux ACV, Cote PP 1022/18. Je remercie Charlene Delhorme d'avoir digitalisé et de m'avoir envoyé les documents que ce fonds contient.

⁶³⁹ Ces mots sont de Max de Cérenville, député vaudois et directeur de la compagnie d'assurance-vie La Suisse, défenseur du projet auprès du Grand Conseil. Voir *Bulletin des séances du Grand Conseil du Canton de Vaud*, Session de printemps, séance du 30 août 1916, pp. 560-561.

⁶⁴⁰ L'une de ses notices nécrologiques exprime le rôle de Delay en ces termes: «*Delay assumait la direction médicale [de la Pouponnière] avec un dévouement et une patience admirable, surveillant la formation des futures nurses, suivant de très près les bébés, essayant des traitements, spécialement au sujet de leur alimentation [...].*» («*Notice nécrologique [de Gustave Delay]*», s. d., ACV, Cote PP 1022/18, Notices nécrologiques).

⁶⁴¹ DELAY Gustave, L'Assurance-Maladie. Conférence prononcée à l'assemblée générale de la Société d'utilité publique des femmes suisses, Lausanne, 22 juin 1915, ACV, PP 1022/18, p. 1.

ces centres, dirigés par des médecins, les sociétés mutuelles pourraient placer leurs membres sous un contrôle sanitaire et hygiénique plus strict et œuvrer ainsi, à leur échelle, à l'amélioration de l'état de santé général. Le dispensaire, selon Delay, «*collecte tous les renseignements utiles sur le logement et les conditions d'habitation, aux fins de constituer ce qu'on appelle un "casier sanitaire"*; *c'est-à-dire l'ensemble des documents qui permettent de connaître dans chaque localité les conditions d'hygiène dans lesquelles se trouvent les malades et leurs familles. [...] Le malade sera examiné à fond, au point de vue bactériologique, au point de vue clinique, éventuellement par d'autres moyens, tels que les rayons Roentgen [...].*» C'est cette approche radicalement médicale du mutualisme qu'il entreprit de faire prévaloir au sein de la SVSM, pendant les neuf années au cours desquelles il siégea au sein de son comité central.

À partir de la fin des années 1920, et jusqu'à sa mort en 1937, Delay s'intéressa de plus près à la psychiatrie, à l'hygiène mentale et aux comportements considérés comme déviants. Il figura parmi les architectes de la loi vaudoise – controversée – «*sur le régime des malades mentaux*» de septembre 1928. Cette loi prévoyait que les personnes atteintes «*de maladie mentale ou d'une infirmité mentale, reconnues incurables et ne pouvant avoir qu'une descendance tarée*» pouvaient être stérilisées, afin de prévenir la propagation des «*déficiences mentales*» au sein de la population⁶⁴². C'est également le cadre médical qu'il appliqua au problème de la délinquance – l'une de ses ultimes préoccupations – et des solutions médicales qu'il proposa pour le résoudre⁶⁴³.

⁶⁴² «Régime des personnes atteintes de maladies mentales», *Gazette de Lausanne*, 14 mars 1928, p. 2. Cette loi (et plus généralement la question de la définition et du traitement des «maladies mentales») a fait l'objet d'une attention historiographique particulière. Voir HELLER Geneviève, JEANMONOD Gilles, GASSER Jacques, *Rejetées, rebelles, mal adaptées – Débat sur l'eugénisme – Pratique de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XX^e siècle*, Genève, Georg, 2002; EHERENSTRÖM Philippe, «Eugénisme et santé publique: la stérilisation légale des malades mentaux dans le canton de Vaud (Suisse)», *History and Philosophy of the Life Sciences* 15(2), 1993, pp. 205-227.

⁶⁴³ «Congrès de la réforme pénitentiaire et du patronage des détenus libérés», *Gazette de Lausanne*, 23 septembre 1933, p. 4.

Liste des graphiques

| | |
|---|-----|
| Graphique 1. Dépenses consacrées aux indemnités journalières et aux prestations médicales et pharmaceutiques, 1918-1943..... | 113 |
| Graphique 2. Prestations totales (soins et indemnités) par membre, en francs constants, 1919-1945 | 158 |
| Graphique 3. Évolution comparée des prestations par tête (nominales) de soins médicaux et d'indemnités journalières, base 100 en 1922 | 159 |
| Graphique 4. Évolution, en francs constants, des prestations totales par membre, pour quatre caisses, 1925-1973 | 188 |
| Graphique 5. Nombre de caisses reconnues, et nombre moyen de sociétaires par caisse, 1930-1974..... | 195 |
| Graphique 6. Rentabilité comparée (taux de sinistres) de l'assurance-maladie privée et de l'assurance-vie, 1941-1971 | 223 |
| Graphique 7. Résultat net des sections et des collectivités au sein de la SVSM, 1940-1958..... | 246 |
| Graphique 8. La poliomyélite en Suisse, 1900-1980..... | 251 |

Liste des illustrations

| | |
|--|----|
| Illustration 1. Présentation schématique de l'argument..... | 26 |
| Illustration 2. Un exemple de symbolique mutualiste : le drapeau de la société genevoise de secours mutuels Le Trait d'Union. | 53 |
| Illustration 3. Organigramme de la SVSM, XIX ^e siècle. | 66 |

| | |
|--|-----|
| Illustration 4. Représentation schématique des différences entre assurance d'indemnités journalières et assurances des soins. | 99 |
| Illustration 5. Faire connaître le nouveau positionnement commercial. Affiche publicitaire de la SVSM dans les années 1920. | 115 |
| Illustration 6. Publicité auprès des médecins pour un nouvel appareil de diagnostic à rayons X, 1934. | 163 |
| Illustration 7. Interprétation mutualiste de l'augmentation des frais médicaux. | 169 |
| Illustration 8. L'assurance sociale offerte par les caisses-maladie comparée à l'assurance privée. | 204 |
| Illustration 9. Publicité pour l'assurance-maladie de la Zurich. | 224 |
| Illustration 10. Le centre physiothérapique de Loèche-les-Bains en 1962. | 260 |

Liste des tableaux

| | |
|---|-----|
| Tableau 1. Répartition proportionnelle du nombre de membres par catégorie de caisses d'entraide. | 46 |
| Tableau 2. Nombre de caisses selon le type de prestations offertes, 1865-1903. | 51 |
| Tableau 3. Caisses masculines, féminines et neutres, 1865-1903. | 69 |
| Tableau 4. Nombre (en milliers) et proportion d'assurés selon le genre de caisse, 1920 et 1936. | 119 |
| Tableau 5. Quatre grandes caisses centralisées et SVSM, nombre de membres (en milliers) et parts de marché, 1915-1945. | 120 |
| Tableau 6. Densité d'assurance en Suisse et structure par sexe du sociétariat, 1865-1971. | 193 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|-----|
| Tableau 7. Répartition des assurés par genre de caisse, 1945-1974..... | 197 |
| Tableau 8. Comparaison des assurances d'indemnités journalières offertes respectivement par la SVSM et la VITA, début des années 1950 | 214 |
| Tableau 9. Primes maladie encaissées par les compagnies privées en proportion des primes encaissées dans les branches vie, accidents et responsabilité civile | 216 |
| Tableau 10. Proportion de l'assurance collective par rapport à l'assurance individuelle dans l'assurance-maladie privée, 1956-1970 | 219 |

Table des matières

| | |
|--|----|
| LISTE DES ABRÉVIATIONS | 9 |
| REMERCIEMENTS..... | 11 |
| INTRODUCTION GÉNÉRALE..... | 13 |
| Une historiographie centrée sur les événements politiques..... | 17 |
| Les caisses-maladie, entre survie et expansion..... | 21 |
| Méthodologie et sources | 27 |
| Périodisation et plan..... | 30 |

PARTIE I.

LE MONDE DE L'ENTRAIDE ET LE SURGISSEMENT DE L'ÉTAT SOCIAL (1846-1912)

| | |
|---|----|
| CHAPITRE 1 LE MONDE DES SOCIÉTÉS D'ENTRAIDE AU XIX ^e SIÈCLE | 35 |
| 1. L'écosystème mutualiste..... | 37 |
| 2. Fonctions et organisation des caisses d'entraide | 47 |
| CHAPITRE 2 FONDATION ET DÉVELOPPEMENT D'UNE IMPORTANTE MUTUELLE ROMANDE..... | 57 |
| 1. Le radicalisme vaudois et la naissance de la Société vaudoise de secours mutuels..... | 59 |
| 2. Expansion territoriale et tâtonnements administratifs | 64 |
| 3. La question de l'admission des femmes | 68 |
| CHAPITRE 3 LES ASSURANCES SOCIALES ET LA CRISE DE CRÉDIBILITÉ DU MUTUALISME | 75 |
| 1. La naissance des organisations faïtières de caisses | 77 |
| 2. Les sociétés d'entraide au défi de la science actuarielle | 82 |
| CONCLUSION INTERMÉDIAIRE I | 91 |

PARTIE II.

MÉDICALISER L'ASSURANCE-MALADIE (1912-1936)

| | |
|--|-----|
| CHAPITRE 4 L'ASSURANCE DES SOINS AVANT 1912..... | 95 |
| 1. L'assurance des soins, la Lex Forrer et la LAMA | 97 |
| 2. Tentatives pionnières à l'initiative des médecins | 103 |
| CHAPITRE 5 VERS L'ASSURANCE MÉDICALE..... | 109 |
| 1. La question du libre choix médical..... | 110 |
| 2. Demande nouvelle pour l'assurance des soins et innovations médicales | 116 |
| 3. La nouvelle donne concurrentielle..... | 118 |
| 4. Le spectre de l'assurance obligatoire..... | 123 |
| 5. L'essor de l'assurance infantile en Suisse romande | 126 |
| CHAPITRE 6 MUTUALISME, ASSURANCE-MALADIE ET ORGANISATIONS INTERNATIONALES PENDANT L'ENTRE-DEUX-GUERRES | 131 |
| 1. Le Bureau international du travail et l'assurance-maladie | 133 |
| 2. Naissance et développement de la Conférence internationale des unions nationales de sociétés de secours mutuels..... | 137 |
| CHAPITRE 7 LES CONSÉQUENCES DE LA MÉDICALISATION | 145 |
| 1. «L'odieux système du tiers payant»: le corps médical et la diffusion de l'assurance des soins | 146 |
| 2. Médecins et mutualistes face à l'augmentation des coûts..... | 157 |
| 3. La participation des assurés en tant que solution ?..... | 165 |
| CONCLUSION INTERMÉDIAIRE II..... | 175 |

PARTIE III.

L'ESSOR D'UN MARCHÉ DE MASSE (1936-1974)

| | |
|---|-----|
| CHAPITRE 8 RÉFORMES STRUCTURELLES AVORTÉES ET CONCENTRATION SECTORIELLE..... | 179 |
| 1. Réformes et tentatives de réformes, de 1945 à 1974..... | 181 |
| 2. Concentration et renforcement de la position des caisses centralisées | 192 |

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----|
| CHAPITRE 9 « UNE CERTAINE ODEUR DE PAUVRES » : | |
| L'ASSURANCE PRIVÉE EN TANT QU'ALTERNATIVE BOURGEOISE | |
| AUX CAISSES-MALADIE | 199 |
| 1. Les conditions d'émergence de l'assurance-maladie privée | 200 |
| 2. L'engagement de la VITA dans le marché de l'assurance-maladie | 206 |
| 3. La réaction des caisses-maladie et l'activité politique des compagnies privées | 225 |
| CHAPITRE 10 DIVERSIFICATION ET PROFESSIONNALISATION : | |
| LA CONTRE-OFFENSIVE MUTUALISTE..... | 233 |
| 1. Le développement de nouvelles branches d'assurance | 235 |
| 2. L'assurance collective : terrain d'expression des tensions concurrentielles | 240 |
| 3. L'essor des systèmes mutualistes de réassurance..... | 248 |
| 4. « On ne construit pas des “jets” avec la mentalité d'un cocher de fiacre » : le recrutement et la formation du personnel..... | 262 |
| CONCLUSION INTERMÉDIAIRE III | 269 |
| CONCLUSION GÉNÉRALE..... | 271 |
| SOURCES ET RÉFÉRENCES | 283 |
| ANNEXES | 307 |
| Annexe 1 : Les enquêtes de la Société suisse de statistique en tant que sources..... | 307 |
| Annexe 2 : Le rôle du docteur Gustave Delay | 308 |
| LISTE DES GRAPHIQUES..... | 311 |
| LISTE DES ILLUSTRATIONS..... | 311 |
| LISTE DES TABLEAUX..... | 312 |

Achevé d'imprimer

en mai 2024

pour le compte des Éditions Alphil-Presses universitaires suisses

Responsable de production : Sandra Lena

