



DE L'HYGIÈNE INFANTILE À LA PROTECTION DU POUVOIR D'ACHAT

Un siècle de politique des subsides
à l'assurance-maladie dans
le canton de Vaud (1920-2024)



Geoffroy Legentilhomme

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mes remerciements à Javier Concha, Fabrice Ghelfi, Olivier Guignard et Laurent Noverraz, pour les entretiens qu'ils m'ont accordés et les précieux renseignements qu'ils m'ont fournis sur le fonctionnement de la politique vaudoise et fédérale des subsides, ainsi que sur l'histoire de l'Office vaudois de l'assurance-maladie et sur la place de cet organe au sein de l'administration cantonale. J'adresse également mes remerciements à Mathieu Capcarrère, Susanne Flückiger et Matthieu Leimgruber, pour leurs conseils et relectures. Je remercie enfin Cécile Mégard et Aude Caillet pour leur aide archivistique et documentaire. Je demeure responsable des erreurs éventuelles que ce travail pourrait contenir.

Geoffroy Legentilhomme,
chercheur associé en histoire économique
à l'Université de Zurich

Août 2024

Couverture: composition à partir d'images de billets de banques suisses de 1000 francs (1976, 2016) et 50 francs (1956)

Conception graphique: agence ADVEO – Lausanne

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	02
Liste des acronymes	03
Introduction	04
1. L'émergence des assurances sociales et les premières formes de subventionnement	10
2. L'assurance infantile et le barème dégressif des cotisations (1916-1953)	14
3. Les subsides sans obligation: la politique d'encouragement à l'affiliation (1953-1971)	17
4. La naissance dans la douleur de l'Organe cantonal de contrôle (1971-1974)	23
5. Le poids croissant des subsides aux personnes âgées et la réforme de 1992 (1974-1994)	27
6. La loi fédérale sur l'assurance-maladie de 1994 et ses effets (1994-2007)	35
7. Déléguer ou internaliser? Vers la cantonalisation de l'OCC (1984-2007)	40
8. De la réforme de la péréquation financière à l'initiative populaire d'allègement des primes (2007-2024)	44
Conclusion	56
Références, bibliographie et notes	58
Annexe: Chronologie	68

LISTE DES ACRONYMES

AI:	Assurance invalidité
AOS:	Assurance obligatoire des soins
AVS:	Assurance vieillesse et survivant
BGC:	Bulletin du Grand Conseil du Canton de Vaud
CCVA:	Caisse cantonale vaudoise d'assurance infantile (à partir de 1971, Caisse cantonale vaudoise d'assurance-maladie)
DGCS:	Direction générale de la cohésion sociale
DPSA:	Département de la prévoyance sociale et des assurances
HSSO:	Historische Statistik der Schweiz Online / Statistiques historiques de la Suisse (www.hssso.ch)
LAMA:	Loi fédérale sur l'assurance-maladie et les accidents (du 13 juin 1911)
LAMal:	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (du 18 mars 1994)
LEAM:	Loi d'encouragement à l'assurance-maladie (du 3 septembre 1956)
LVAMA:	Loi vaudoise sur l'assurance-maladie (du 9 décembre 1953)
LVAMal:	Loi vaudoise d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (du 25 juin 1996)
OCC:	Organe cantonal de contrôle
OFAS:	Office fédéral des assurances sociales
OFSP:	Office fédéral de la santé publique
OVAM:	Office vaudois de l'assurance-maladie
PC:	Prestations complémentaires
RI:	Revenu d'insertion
RIE:	Réforme de l'imposition des entreprises
RPT:	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons
SASH:	Service des assurances sociales et de l'hospitalisation (Service des assurances sociales et de l'hébergement à partir de 1998)

INTRODUCTION

« Sans les subsides à l'assurance-maladie, nous aurions eu depuis longtemps une révolte populaire. »¹ Si ces mots de l'économiste saint-gallois Tilman Slembeck peuvent sembler hyperboliques appliqués à un pays souvent dépeint comme un havre de stabilité politique, il n'en reste pas moins que les subsides à l'assurance-maladie jouent aujourd'hui en Suisse un rôle social de premier plan. Ils permettent de soulager, partiellement ou intégralement, un grand nombre de ménages du poids financier croissant que représentent les primes par tête (égales pour tous les adultes, et donc indépendantes de la situation économique), introduites au niveau fédéral en 1996. En 2022, un quart de la population du pays, soit 2,7 millions de personnes ont bénéficié de cette aide². Cette politique ne concerne donc pas seulement les ménages les plus fragiles économiquement et les bénéficiaires de l'aide sociale – elle exerce également une influence directe sur le pouvoir d'achat des classes moyennes. Les subsides à l'assurance-maladie – pris en charge conjointement par la Confédération et les cantons – se sont élevés en 2022 à 5,4 milliards de francs, soit 14 % des dépenses totales de l'assurance obligatoire des soins, le reste étant supporté directement par les ménages, à travers la participation aux coûts (13 %), et les primes effectivement payées (72 %)³.

EN 2022, 2,7 MILLIONS DE PERSONNES, SOIT UN QUART DE LA POPULATION SUISSE, ONT BÉNÉFICIÉ DE SUBSIDES À L'ASSURANCE-MALADIE.

En dépit de l'importance sociale indéniable des subsides à l'assurance-maladie, et du poids qu'ils représentent dans le financement des dépenses de soins, l'histoire de cette branche de la politique sociale demeure largement méconnue. Les textes officiels sur ce sujet sont certes abondants. Les messages du Conseil fédéral, qui offrent de riches informations contextuelles et rétrospectives sur les sujets traités, constituent de ce point de vue une source de premier plan⁴. Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) en 1996, la Confédération commissionne en outre à intervalles réguliers des rapports visant à examiner les effets sociaux de la politique de réduction des primes. Au nombre de neuf au total depuis 1998, ces rapports fournissent de précieux enseignements sur la façon dont les cantons organisent cette politique, et aux effets des subsides sur le budget de plusieurs « ménages types »⁵. Des rapports de ce type sont également régulièrement produits à l'initiative des cantons eux-mêmes ou d'associations faitières de caisses-maladie⁶. Enfin, la littérature sur ce sujet inclut des articles issus de revues juridiques ou spécialisées dans les assurances sociales, en général consacrés à la discussion de points de doctrines particuliers ou à l'examen des conséquences juridiques ou financières de changements dans la législation⁷.

L'on peine cependant à dégager de ce corpus, composé de contributions hétéroclites et éparées, une vision d'ensemble et historique de la politique des subsides. La plupart de ces contributions se focalisent d'ailleurs sur le régime instauré par la LAMal. Les enjeux propres à la période précédant 1996 demeurent moins connus, les subsides à l'assurance-maladie n'ayant pas jusqu'alors suscité l'intérêt de l'historiographie des politiques sociales en Suisse.



La présente étude se donne pour but de combler cette lacune, en éclairant le développement sur le long terme de la politique des subsides à l'assurance-maladie en Suisse. Nous abordons plus précisément cette problématique à travers l'examen d'un cas cantonal particulier, celui du Canton de Vaud. Depuis l'introduction de l'assurance-maladie sociale au début du XX^e siècle, le cadre fédéral est demeuré en la matière relativement libéral. De fait, d'importantes différences ont existé entre les cantons tout au long du XX^e siècle, que ce soit en matière d'obligation d'assurance, de politique d'encouragement à l'affiliation ou en ce qui concerne la création de caisses-maladie publiques. Si la loi fédérale de mars 1994 a contribué à homogénéiser les systèmes cantonaux, d'importantes différences existent encore aujourd'hui en ce qui concernent les critères d'attributions des subsides. Le choix méthodologique de l'étude de cas cantonal permet dans ce contexte de suivre l'évolution d'un système sur la longue durée et de donner in fine une unité narrative au récit. Par ailleurs, bien que le Canton de Vaud n'ait pas été le premier à introduire un système de réduction individuelle des primes (c'est à Bâle-Ville que revient ce titre, voir section 1), des politiques spécifiques de soutiens financiers à l'affiliation ont été instaurées dès le début des années 1920. L'étude du cas vaudois permet donc de suivre l'évolution de la politique des subsides sur plus d'un siècle. Enfin, le Canton de Vaud est, de tous les cantons suisses, celui qui verse aujourd'hui le plus de subsides, que ce soit en valeur absolue (743 millions de francs en 2022) ou en proportion du PIB cantonal (1,2 %, contre 1 % pour le Canton du Tessin, second canton selon ce critère)⁸. Une étude focalisée sur ce canton permet donc d'explorer les origines de la position particulière du canton en la matière.

LA LÉGISLATION SUR LES SUBSIDES A CONNU DE PROFONDES ÉVOLUTIONS, SOUS L'INFLUENCE CROISÉE DE FACTEURS POLITIQUES, ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX.

Les questions suivantes baliseront notre exploration : Quand les premières modalités de subventionnement sont-elles apparues, et quelles formes ont-elles prises initialement ? Quelles motivations ont conduit à l'élaboration des premières lois en la matière ? Quels liens la politique des subsides a-t-elle entretenus avec l'obligation d'affiliation ? Comment les responsabilités ont-elles été réparties entre la Confédération, les cantons et les communes ? Enfin, quels ont été les principaux épisodes législatifs de réformes et par quelles discussions politiques ont-ils été accompagnés ?

Notre étude met en évidence le rôle social et politique changeant des subsides à l'assurance-maladie depuis le début du XX^e siècle. Cette branche de la politique sociale a connu de profondes évolutions, sous l'influence simultanée des modifications dans la législation fédérale, de l'évolution des rapports de force politique au niveau cantonal, et plus généralement du contexte économique et social au sein duquel était conduite la politique vaudoise. Quatre phases distinctes de la politique des subsides à l'assurance-maladie peuvent être à cet égard identifiées.

La première phase, qui couvre les trois décennies suivant l'entrée en vigueur en 1914 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911, est marquée par le développement de l'assurance infantile dans le canton et par la mise en place simultanée de dispositifs d'aide visant à encourager les familles à affilier leurs enfants auprès de la Caisse cantonale vaudoise d'assurance infantile (CCVA), fondée en 1916. Ces efforts s'inscrivent dans le contexte d'une politique sanitaire plus large, visant à essentiellement à combattre la tuberculose. L'aide aux familles inscrivant leurs enfants auprès de la Caisse vaudoise prend plus précisément la forme du « barème dégressif des cotisations », d'après lequel les cotisations payées sont inversement proportionnelles au nombre d'enfants affiliés. Cette politique, qui bénéficie aux familles indépendamment de leur situation économique, ne présente aucune dimension sociale – l'objectif qu'elle poursuit est sanitaire, et familial, en offrant un avantage aux familles nombreuses. Le déficit résultant de l'application du barème dégressif des cotisations est pris en charge par l'État à partir de 1953. Ce système tarifaire est finalement aboli en 1993, avec l'instauration de la prime par tête dans le canton.

La deuxième phase s'étend quant à elle du milieu des années 1950 au début des années 1970. Cette période voit apparaître les premières formes d'encouragement à l'assurance-maladie destinées aux personnes de condition économique modeste. Cette politique émerge dans un contexte caractérisé par la faible diffusion de l'assurance-maladie dans le canton, où l'affiliation demeure facultative. Or, la diffusion limitée de la couverture assurantielle est largement perçue comme problématique, notamment lorsqu'elle concerne les « indigents » – selon le vocabulaire de l'époque –, dont les frais médicaux et hospitaliers tendent à tomber à la charge de l'assistance, et donc des communes. Si le Parti ouvrier et populaire vaudois (POP) propose alors de rendre l'assurance obligatoire, cette solution se heurte à l'opposition du Conseil d'État, où dominent les partis bourgeois. La politique des subsides à l'assurance-maladie – incarnée par la loi du 3 septembre 1956 – constitue en somme une solution de compromis, à

même d'accroître le taux de couverture assurantielle, tout en évitant l'affiliation obligatoire, considérée comme « contraire à l'esprit individualiste des Vaudois ». Les subsides à l'assurance-maladie apparaissent donc initialement dans la législation vaudoise en tant que proposition politique libérale, dans un contexte d'affiliation assurantielle facultative.

La troisième phase, s'étendant de 1971 à 1992, est dominée par la problématique de l'assurance des personnes âgées. Les statuts de la plupart des caisses-maladie contiennent alors des clauses de restriction à l'admission fondées sur l'âge, de sorte que les personnes ayant atteint un certain âge sans avoir été assurées n'ont pas accès à une couverture assurantielle. Les frais médicaux des plus pauvres d'entre elles doivent être directement pris en charge par l'assistance. Afin de remédier à ce problème, le gouvernement vaudois, sous l'influence du conseiller d'État socialiste Pierre Aubert, introduit en 1971 l'assurance obligatoire des personnes âgées de condition économique modeste. Or, en raison du système de tarification des primes – croissantes avec l'âge d'affiliation auprès d'une caisse – en vigueur sous le régime de la loi fédérale de 1911, les montants accordés aux personnes âgées se révèlent vite absorber une part significative du budget cantonal consacré à la réduction individuelle des primes. En moyenne sur la période, la proportion des subsides totaux versée aux plus de 60 ans s'élève à 80 %. En somme, le rôle social que la politique des subsides est amenée à endosser au cours des années 1970 et 1980 consiste essentiellement à soutenir le pouvoir d'achat des personnes âgées de condition économique modeste.

Enfin, la quatrième phase voit l'instauration de l'assurance obligatoire généralisée et de la prime par tête, au niveau vaudois en 1993, et au niveau fédéral trois ans plus tard. Le projet élaboré par le Conseil fédéral prévoit l'instauration d'un système de réductions individuelles des primes, financées conjointement par la Confédération et les cantons, à même de compenser les effets anti-redistributifs de la prime par tête. Ce nouveau modèle parvient dans une large mesure à soulager les ménages les plus démunis, par la prise en charge intégrale des primes pour les bénéficiaires de l'aide sociale et des prestations complémentaires AVS/AI. En revanche, les primes par tête représentent un poids significatif dans le budget des ménages de la classe moyenne, en particulier pour les familles avec enfants. Celles-ci consacrent aux primes une part de leur revenu disponible souvent bien supérieure au taux de 8 % évoqué par le Conseil fédéral dans son message de décembre 1991. La problématique de l'érosion du pouvoir d'achat des classes moyennes causée par la prime par tête figure, au cours de la quatrième phase, au cœur des discussions politiques, à la fois dans le canton de Vaud et au niveau fédéral. Ces discussions portent notamment sur la question du seuil maximal socialement acceptable de revenu disponible que les ménages devraient avoir à consacrer aux primes. À la suite d'un compromis politique élaboré dans le contexte de la réforme de la taxation des entreprises, le Canton de Vaud instaure, à l'initiative en particulier du conseiller d'État socialiste Pierre-Yves Maillard, un seuil maximal de 10 %, entré en vigueur en 2019 (12 % dès septembre 2018).

Si cette étude insiste sur les profondes mutations qu'a connues au cours du XX^e siècle la politique des subsides à l'assurance-maladie, elle met également au jour l'existence de continuités à travers ces époques. Dès ses débuts, cette politique a été envisagée comme un outil devant contribuer à minimiser le recours à l'assistance et à transférer une partie des dépenses sociales vers l'assurance. Au cours des décennies précédant l'introduction de l'assurance obligatoire, l'instauration de subsides devait stimuler l'affiliation et donc contribuer à éviter que les dépenses de soins des personnes insolubles tombent à la charge de l'assistance et des communes. L'assurance était avantageuse pour les hôpitaux – et donc pour le Canton qui les finançait – puisqu'ils tarifaient des montants plus élevés pour les patients assurés que pour les personnes insolubles à la charge de l'assistance. De même, les subsides devaient contribuer à prévenir les éventuelles faillites personnelles auxquelles pouvaient être confrontées les personnes âgées, dont les primes pouvaient atteindre des montants très importants, s'élevant parfois à 30 ou 40 % de leur revenu disponible. Aujourd'hui, une logique similaire préside à l'activité dite de « contentieux », par laquelle les cantons prennent en charge les arriérés de primes d'assurés insolubles, afin qu'ils puissent continuer à bénéficier des prestations médicales garanties par la LAMal.

Enfin, cette étude explore le développement de la politique des subsides à l'assurance-maladie sous ses aspects administratifs et organisationnels. Comment et par qui cette politique a-t-elle été mise en œuvre? La réponse à cette question varie selon les époques considérées. Jusqu'aux années 1970, le Canton s'est essentiellement appuyé sur le corps enseignant (pour l'assurance infantile) et sur les caisses-maladie, qui s'occupaient, en échange de contreparties financières, de la gestion de l'octroi des subsides pour les personnes de condition économique modeste. Une entité administrative consacrée à la fois à l'application de l'assurance obligatoire et de la gestion des subsides est créée en 1972. D'abord confiée à la Caisse cantonale vaudoise d'assurance-maladie, elle est – sous la pression des caisses-maladie percevant d'un mauvais œil ce rattachement – intégrée aux Retraites populaires en 1974. L'Organe cantonal de contrôle (OCC), tel que cette entité est baptisée à partir de son intégration au sein des Retraites populaires, peine initialement à asseoir sa légitimité en tant qu'agent de la politique sociale cantonale, et fait l'objet de virulentes critiques au cours des premières années de son existence. En outre, le bien-fondé de l'externalisation d'un tel service est régulièrement mis en doute. Finalement, après plusieurs décennies de discussions à ce sujet, l'OCC est finalement intégré à l'administration cantonale. Il est rebaptisé Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) en 2011, nom sous lequel il est encore actif aujourd'hui. La présente étude entend en somme contribuer à l'histoire de l'administration vaudoise et plus généralement de l'architecture organisationnelle de la politique sociale⁹.

Les développements qui suivent sont structurés en huit sections, organisées chronologiquement, couvrant ensemble plus d'un siècle de cette branche de la politique sociale. La section 1 présente les grandes lignes de l'organisation du système suisse d'assurance-maladie sous le régime de la loi fédérale de 1911, en place jusqu'en 1996. Les sections 2 et 3 abordent respectivement la première et la deuxième phase de l'histoire de la politique vaudoise des subsides, selon

la périodisation proposée ci-dessus. La section 4 examine la genèse de l'OCC et les difficultés auxquelles a été confronté cet organe au cours des premières années de son existence. La section 5, consacrée à la problématique de l'assurance des personnes âgées, couvre la troisième phase de notre chronologie, soit la période 1971-1994. Enfin, les trois dernières sections couvrent ensemble la quatrième phase. Elles abordent successivement les origines et les effets sur la politique vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie entrée en vigueur en 1996 (section 6), le processus ayant conduit à la cantonalisation de l'OCC en 2007 (section 7), et, enfin, les discussions, particulièrement vives depuis le milieu des années 2000, relatives au poids des primes pour les ménages de la classe moyenne, ayant in fine conduit à l'instauration dans le canton, à partir de 2019, du seuil maximal de 10 % du revenu disponible consacré aux primes d'assurance-maladie (section 8). ■

L'ÉMERGENCE DES ASSURANCES SOCIALES ET LES PREMIÈRES FORMES DE SUBVENTIONNEMENT



C'est à la fin des années 1880 que la question des assurances sociales émerge dans le débat public en Suisse. Dans le sillon des lois allemandes de juin 1883 et de juillet 1884 – qui ont rendu obligatoire, pour les travailleurs industriels, l'assurance contre les risques de maladies et d'accidents, respectivement –, les réformateurs suisses, issus principalement de l'aile gauche du radicalisme, promeuvent activement l'idée d'une intervention confédérale en la matière. Si l'introduction d'une assurance-accidents généralisée est considérée comme prioritaire – pour pallier les inconvénients du principe de la responsabilité professionnelle des employeurs – les risques accident et maladie sont conçus comme indissociables, et l'on juge opportun de légiférer en même temps sur les deux objets. Les discussions se concrétisent en octobre 1890, avec l'acceptation par le peuple de l'article constitutionnel 34^{bis}, selon lequel la Confédération doit introduire « par voie législative, l'assurance en cas d'accident et de maladie, en tenant compte des caisses de secours existantes ». Cet article autorise en outre la Confédération à « déclarer la participation à ces assurances obligatoire en général ou pour certaines catégories déterminées de citoyens ».

Si l'article 34^{bis} pose les conditions d'une intervention confédérale en matière d'assurance-maladie et accidents, l'élaboration d'une loi accomplissant ce programme ne se fait pas sans frictions. Le projet conçu par le conseiller national winterthourois Ludwig Forrer, rendu public en 1896, se heurte à une forte hostilité, issue à la fois des milieux bourgeois, conservateurs et paysans, qui lui reprochent sa relative complexité et l'accusent d'accorder un pouvoir excessif à l'État central. Ce projet – passé à la postérité sous le nom de Lex Forrer – est finalement rejeté par le peuple à une large majorité en mai 1900. Sept ans après cet échec référendaire, le Conseil fédéral rend public un second projet, plus libéral, en particulier dans ses dispositions relatives à l'assurance-maladie. Ce second projet ménage les intérêts des groupes ayant combattu la Lex Forrer, en accordant d'importantes prérogatives aux cantons. Il est finalement accepté en votation populaire en février 1912¹⁰.

La votation de février 1912 constitue un moment charnière de l'histoire des assurances sociales en Suisse. La loi qui en est issue – la LAMA (loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents) – reste en vigueur jusqu'en 1996; elle organise autrement dit pendant plus de 80 ans le système suisse d'assurance-maladie. Elle contient – dans son volet maladie – deux séries de dispositions essentielles: la première concerne l'obligation d'assurance, la seconde l'encouragement à l'affiliation.

En fait d'obligation, la loi fédérale délègue aux cantons l'essentiel des responsabilités. Elle leur accorde la liberté d'introduire dans leurs juridictions respectives l'assurance obligatoire, pour l'ensemble de la population ou pour certaines catégories de personnes. Elle leur attribue en outre le pouvoir de céder ces compétences aux communes. Ces dispositions conduisent rapidement à l'émergence d'une pluralité de systèmes cantonaux, marqués par d'importantes différences. À Saint-Gall et à Bâle, par exemple, l'assurance est – dès 1914 – rendue obligatoire pour les ménages dont le revenu est situé en dessous d'un certain seuil. Ailleurs, des critères démographiques déterminent l'obligation: c'est le cas notamment à Soleure et à Fribourg, qui instaurent une assurance infantile obligatoire en 1917 et 1919, respectivement. D'autres cantons, tels Zurich (1916) ou le Tessin (1918), délèguent la prérogative aux communes, qui l'exercent à des degrés divers et selon des combinaisons variées. En 1927, le Conseil fédéral est contraint de reconnaître que « les principes fondamentaux de la loi fédérale se perdent dans un nombre toujours plus grand de dispositions cantonales et communales [qui] forment dans leur ensemble une législation si touffue et si disparate qu'il est difficile aux assurés de s'orienter sur leurs droits et leurs obligations »¹¹.

Quant aux dispositions concernant l'encouragement à l'affiliation, elles consistent à accorder des subsides aux caisses (plutôt qu'aux assurés eux-mêmes), celles-ci étant tenues de les répercuter aux bénéficiaires des membres sous forme de cotisations moindres. Afin de bénéficier de ces avantages, les caisses doivent fournir des prestations minimales, et prouver leur solvabilité auprès de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), créé à cet effet. Si la part que représentent ces subsides fédéraux dans le revenu des caisses est

LA VOTATION DE FÉVRIER 1912 CONSTITUE UN MOMENT CHARNIÈRE DE L'HISTOIRE DES ASSURANCES SOCIALES EN SUISSE.

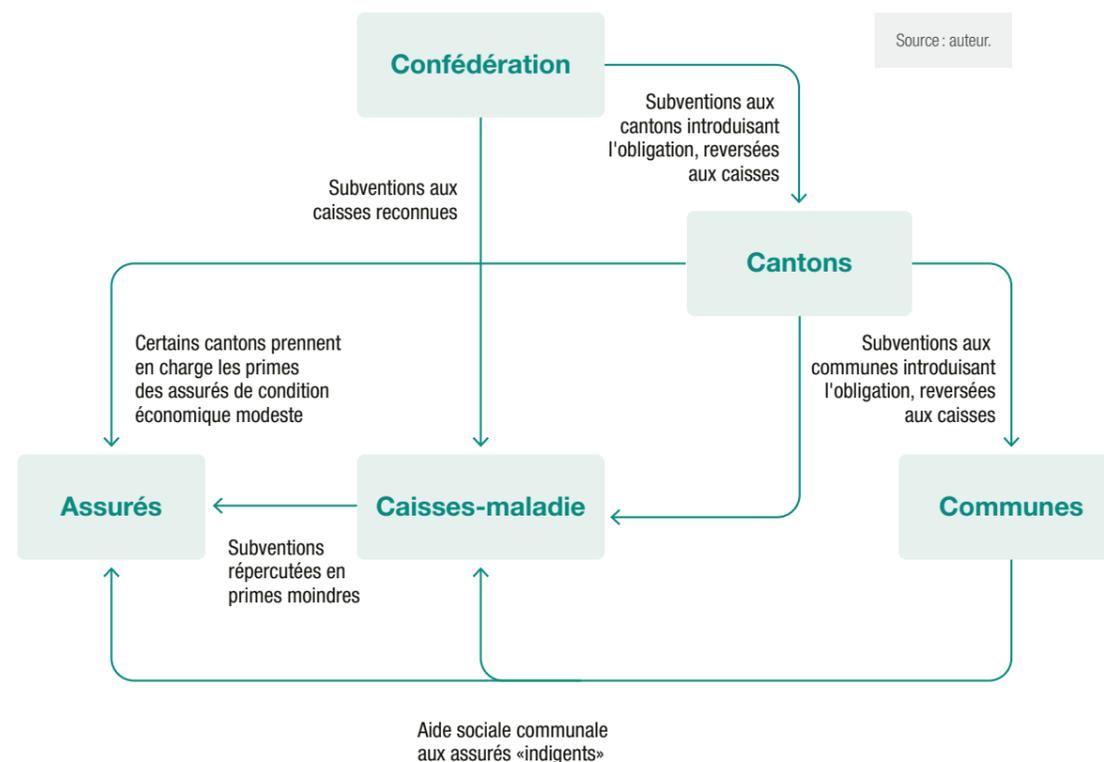
**LE SYSTÈME MIS
EN PLACE PAR LA LOI
FÉDÉRALE DE 1911
CONSISTE À ACCORDER
DES SUBSIDES AUX
CAISSES-MALADIE.**

significative, elle diminue au cours des décennies qui suivent l'entrée en vigueur de la LAMA, passant de 16 % en 1916 à 8 % en 1963. Cette proportion bondit cependant à la suite de la révision partielle de la LAMA de mars 1964 (celle-ci modifie notamment le système de calcul des subsides aux caisses, en les proportionnant aux coûts, plutôt qu'au nombre de membres) atteignant 20 % au début des années 1970. La loi d'équilibre des finances fédérales de mai 1977 instaure cependant un plafonnement des subsides fédéraux aux caisses, qui chutent de nouveau, pour atteindre 10 % au début des années 1990.

Si l'encouragement à l'assurance-maladie selon le système instauré par la LAMA prend essentiellement la forme de subsides aux caisses, plutôt qu'à leurs membres directement, la question du soutien aux assurés de condition économique modeste se pose aux cantons et aux communes instituant l'assurance obligatoire. L'État est logiquement tenu d'intervenir dès lors que les personnes qu'il contraint à s'affilier sont financièrement incapables d'acquitter leurs primes. Dans la plupart des cantons, c'est aux communes – traditionnellement chargées des problématiques relatives à l'« indigence » – que revient la responsabilité de payer aux caisses les primes des assurés obligatoires insolvable. Les communes ne doivent cependant pas seules supporter cette charge. Elles bénéficient en vertu de l'article 38 de la LAMA, d'une subvention fédérale particulière, s'élevant au tiers de leurs dépenses – une subvention fédérale au reste souvent complétée par les cantons eux-mêmes¹³. L'illustration 1 ci-contre résume de façon schématique le système de subsides mis en place par la LAMA.

Rares sont les cantons à subventionner les assurés directement. C'est le cas cependant de Bâle-Ville, qui fait œuvre pionnière en la matière. En mars 1914, le canton rend l'assurance-maladie obligatoire pour tous les ménages dont le revenu annuel est inférieur à 2 200 francs (1 200 francs pour une personne seule), et instaure un système de classes de subsides, d'après lequel le canton prend à sa charge, selon les capacités économiques des assurés obligatoires, l'intégralité, les deux tiers, ou le tiers de la prime due à la caisse¹³. Le canton évite de cette façon les troubles administratifs relatifs aux cotisations impayées pour cause d'« indigence ». La mise en place d'un tel système est facilitée par le fait que le service de l'assurance obligatoire est géré par une caisse publique unique, la Caisse publique du canton de Bâle-Ville (*Öffentliche Krankenkasse Basel-Stadt*), créée à cette occasion. Le système bâlois de subsides versés aux assurés et proportionnels aux revenus est plus tard adopté par d'autres cantons, tels Berne en septembre 1947 et le canton de Vaud en 1956 (voir section 3).

Illustration 1. Le système des subsides à l'assurance-maladie selon la LAMA, en vigueur de 1914 à 1996.



Que ce soit avec le versement aux caisses des cotisations impayées pour cause d'indigence, ou, comme à Bâle-Ville, par le subventionnement intégral ou partiel des primes à la charge des ménages de condition économique modeste, la façon dont est gérée la pauvreté se transforme avec l'entrée en vigueur des lois cantonales d'assurance obligatoire. Le coût des soins dispensés aux « indigents » ne relève dès lors plus de l'assistance, mais est pris en charge par les caisses-maladie. L'introduction de ces législations représente en somme une étape dans le processus plus général d'assurantisation de la « question sociale » à l'œuvre depuis la fin du XIX^e siècle en Suisse et en Europe plus généralement. ■

L'ASSURANCE INFANTILE ET LE BARÈME DÉGRESSIF DES COTISATIONS (1916-1953)



Dans le canton de Vaud, la première forme d'intervention étatique en matière d'assurance-maladie se déploie sur le terrain de l'assurance infantile. Par la loi du 31 août 1916, est instaurée la Caisse cantonale vaudoise d'assurance infantile (CCVA), entité publique offrant aux enfants scolarisés dans les écoles primaires du canton des prestations médicales, hospitalières et pharmaceutiques en cas de maladie. D'abord facultative, l'affiliation auprès de la CCVA est rendue obligatoire en 1920. Le législateur vaudois s'inspire dans cette initiative du canton de Fribourg, où avait été établi au niveau local, dès les premières années du XX^e siècle, des caisses de mutualité scolaire¹⁴.

Cette création s'inscrit dans un contexte de renforcement général des politiques d'hygiène, en particulier en réponse aux préoccupations sanitaires suscitées par la tuberculose. Cette dernière représente, au cours des premières décennies du XX^e siècle, la première cause de décès parmi les maladies infectieuses¹⁵. Dans le canton de Vaud, le combat contre la tuberculose est notamment porté par la Ligue vaudoise contre la tuberculose, fondée en 1906

par le médecin lausannois Édouard de Cérenville. C'est également au cours de cette période que naît, à l'initiative de la Société suisse d'utilité publique, l'association Pro Juventute, qui concentre son activité sur l'hygiène infantile. La création de la CCVA participe de cette dynamique de popularité croissante des idées hygiénistes. Afin de lutter contre les maladies de l'enfance et notamment contre la tuberculose, ses fondateurs entendent à travers elle « soumett[re] les enfants à une surveillance médicale constante et aussi généralisée que possible »¹⁶. La direction médicale de la caisse est confiée au pédiatre Gustave Delay, élève d'Édouard de Cérenville à l'Université de Lausanne, figure de proue de l'hygiénisme vaudois et promoteur de l'assurance des soins dans les milieux mutualistes du canton¹⁷.

Aucune aide cantonale n'encourage initialement l'affiliation auprès de la CCVA, au-delà du moins des subventions confédérales et cantonales (versées donc, à la caisse) prévues par la LAMA. La loi vaudoise d'août 1916 se contente, suivant le modèle dominant en Suisse, de déléguer aux communes la prise en charge des cotisations dues à la caisse par les familles insolvables. En décembre 1921, un premier pas est cependant fait dans la direction d'une faveur accordée aux assurés de la CCVA, et plus précisément à une partie d'entre eux : les familles nombreuses. À cette date, le Conseil d'État modifie le système des cotisations en instaurant un « barème dégressif » pour les familles, proportionnel au nombre d'enfants assurés auprès de l'institution. Cette réforme tarifaire, soulageant à la marge le budget des familles nombreuses, s'inscrit dans un contexte marqué par un déclin relatif de la natalité, source d'appréhension au sein des milieux hygiénistes, d'où sont issus les principaux promoteurs de l'assurance infantile¹⁸.

Les premières décennies d'existence de la caisse – qui n'impose aux assurés ni participation ni franchise – sont marquées par une instabilité financière persistante. La valeur des prestations augmente plus vite que celle des cotisations, de sorte que les déficits se creusent¹⁹. Le barème dégressif des cotisations contribue lui-même à les alimenter – les rabais accordés aux familles assurant auprès de la caisse plus d'un enfant constituent un manque à gagner. Un accord sur la répartition de la charge du déficit de la caisse est certes trouvé en 1927 : les médecins, à travers la Société médicale vaudoise, acceptent – en échange de la fin du paiement au forfait, auquel ils s'étaient opposés et qui avait été en vigueur depuis la fondation de la caisse – de prendre à leur charge un tiers des déficits, les deux autres tiers devant être supportés à parts égales par l'État et par les parents des enfants assurés, sous forme de cotisations plus élevées. Cet accord est cependant dénoncé par les médecins en 1948.

C'est dans ce contexte d'instabilité tarifaire qu'est votée en décembre 1953 la loi vaudoise sur l'assurance-maladie (LVAMA), qui réorganise la CCVA. Cette loi impose notamment une participation de 15 % aux frais médicaux – une mesure devant freiner ce qui avait été perçu comme des « abus » de consultations médicales de la part des parents des enfants assurés. Elle étend en outre aux élèves des écoles secondaires le champ de l'obligation, et rend possible à titre facultatif l'admission des enfants en âge pré-scolaire. Enfin, la loi instaure une subvention cantonale spécifique, versée à la CCVA, couvrant une partie (40 %)

LA CRÉATION DE LA CCVA S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE DE RENFORCEMENT GÉNÉRAL DES POLITIQUES D'HYGIÈNE, EN PARTICULIER EN RÉPONSE AUX PRÉOCCUPATIONS SANITAIRES SUSCITÉES PAR LA TUBERCULOSE.

du déficit suscité par le barème dégressif des cotisations²⁰. Par cette dernière disposition, la loi met en place une politique redistributive explicite en faveur des familles nombreuses dont les enfants sont assurés auprès de la CCVA. Cet avantage étant accordé indépendamment de la condition économique des parents, cette modalité de subvention relève davantage de la politique familiale que de la politique sociale.

La prise en charge par l'État d'une fraction du déficit causé par le barème dégressif des cotisations demeure pendant 39 ans un élément de la politique vaudoise d'assurance-maladie. Initialement, le subsidie versé à cette fin n'est accordé qu'à la CCVA. Cet avantage est étendu à l'ensemble des caisses par la loi du 18 septembre 1973, qui abolit entre autres le statut particulier dont avait jusqu'alors bénéficié la CCVA (voir section 4). Certaines caisses utilisent d'ailleurs les cotisations dégressives comme argument commercial, afin de fidéliser les familles²¹. Ce système soulève parfois les critiques des régulateurs, qui lui reprochent la lourdeur des travaux administratifs qu'il suscite²². L'importance quantitative de ce dispositif décroît au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle. Si les montants versés à ce titre s'élèvent à 1,9 millions de francs en moyenne au cours de la décennie 1970 (5 % des subsides totaux), ce montant passe à 1,3 millions de francs au début des années 1990, soit 1,5 % des subsides totaux²³. Le barème dégressif des cotisations est finalement aboli avec la loi de mars 1992, qui introduit notamment dans le canton la prime par tête (voir section 5). ■

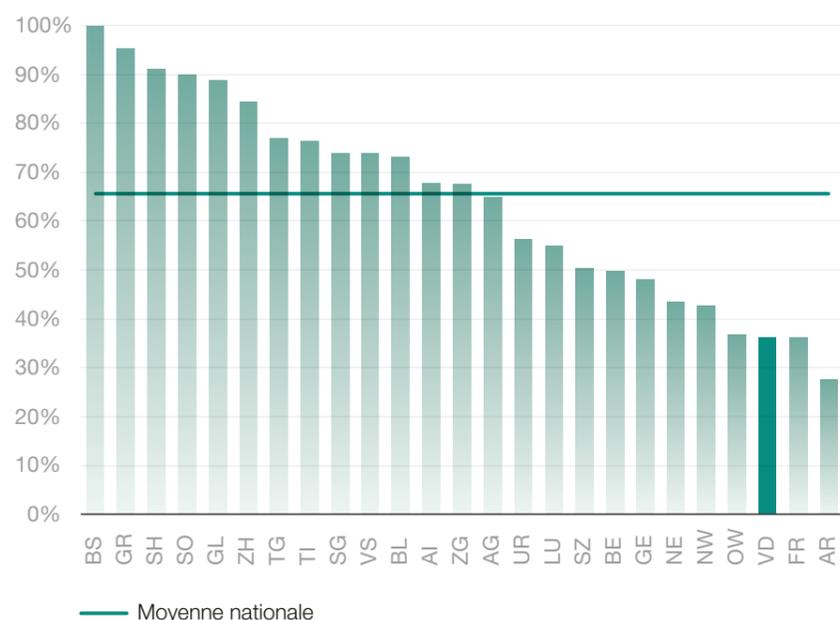
LES SUBSIDES SANS OBLIGATION: LA POLITIQUE D'ENCOURAGEMENT À L'AFFILIATION (1953-1971)

3



Si l'assurance infantile est, au milieu du XX^e siècle, solidement implantée dans le canton de Vaud, l'assurance des adultes y est en revanche comparativement peu répandue. Le mutualisme était demeuré dans le canton un phénomène marginal au XIX^e siècle. Les sociétés de secours mutuels, qui tendaient à prospérer dans les milieux urbains et densément peuplés, ne s'étaient pas implantées dans le canton de Vaud, dont la structure économique est restée longtemps marquée par la prédominance des activités agricoles. En outre, la domination précoce de la Société vaudoise de secours mutuels – fondée en 1846 par l'élite radicale lausannoise portée au pouvoir par la Révolution de 1845, et qui établit rapidement des sections dans de nombreuses localités du canton – a peut-être contribué à freiner l'émergence d'initiatives organiques locales en matière de prévoyance. Les effets de cette configuration sont encore perceptibles au milieu du XX^e siècle; en 1950, de tous les cantons suisses, seuls Fribourg et Appenzell Rhodes-Extérieures comptent moins d'assurés par habitant que le canton de Vaud (voir graphique 1 à la page suivante).

Graphique 1. Proportion de la population assurée contre la maladie en 1950, par canton.



Source : OFAS (1960), Caisses-maladie et institutions d'assurance-tuberculose reconnues par la Confédération, Statistiques 1949-1958, Berne, « Tableaux relatifs à la 1re partie », p. 3.

La faible diffusion de l'assurance-maladie dans le canton est alors largement perçue comme problématique au sein de la classe politique, et les législateurs s'accordent pour entreprendre d'y remédier. Les pauvres non-assurés tombant malades représentent pour les communes une charge, à la fois administrative et financière. Comme l'exprime en août 1956 Maurice Lavanchy, élu socialiste au Grand Conseil, « 90 % des indigents qui viennent demander des secours à la commission d'assistance d'Yverdon, que je préside, ne sont pas assurés contre la maladie [...]. Lorsque je leur en demande la raison, ils me répondent qu'ils ne pouvaient pas ou n'y avaient pas pensé »²⁴. Lavanchy certes de nuancer : « Il est vrai que beaucoup aiment mieux boire un verre que de payer une cotisation à une caisse d'assurance (Rires.) ». Par ailleurs, la loi vaudoise de mai 1938 sur la prévoyance sociale et l'assistance publique stipulait entre autres que l'État devait prendre « toutes mesures propres à éviter le recours à l'assistance notamment [...] en facilitant l'affiliation des indigents aux caisses mutuelles d'assurance maladie »²⁵. Or, au début des années 1950, rien n'a été encore entrepris sur ce terrain.

L'instauration d'une assurance-maladie obligatoire, généralisée ou pour certaines catégories de la population aurait certes représenté une solution directe au problème de la non-affiliation – solution d'ailleurs adoptée dans de nombreux cantons. La Ville de Lausanne invite en 1946 le Conseil d'État à préparer une loi autorisant les communes à rendre l'assurance-maladie obligatoire. L'obligation se heurte cependant à la réticence du gouvernement, où dominent les libéraux et les radicaux. Ceux-ci voient dans l'obligation une atteinte à la liberté indivi-

duelle. Comme l'exprime à ce sujet en novembre 1949 le chef du Département de l'intérieur Gabriel Despland – qui siège de 1944 à 1961 au Conseil d'État et exerce au cours de cette période une profonde influence sur la politique sociale du canton – : « J'estime que l'État n'a pas à s'immiscer dans quantités de choses qui ne le regardent pas. Que l'État intervienne dans certains cas pour soutenir les économiquement faibles, d'accord ! Mais qu'il intervienne à tout propos [...] je ne suis pas du tout d'accord ! Quoiqu'il en soit, je retarderai autant que je le pourrai la venue d'un tel moment [l'instauration de l'assurance-obligatoire] chez nous. »²⁶

La désapprobation à l'égard de l'assurance obligatoire exprimée au début des années 1950 par le Conseil d'État et les libéraux vaudois plus généralement s'inscrit en outre dans un contexte fédéral particulier en mai 1949, après une campagne d'une grande virulence, est rejetée en votation populaire la « loi Bircher » sur la lutte contre la tuberculose. Cette loi, en plus de prévoir l'imposition à la population entière d'examens radiologiques à des fins de prophylaxie antituberculeuse, envisageait de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour les personnes de condition économique modeste²⁷. Le large rejet (75 % au niveau national) que subit la loi dans les urnes contribue à fragiliser l'assurance-maladie obligatoire en tant que proposition politique audible. C'est en particulier le cas dans le Canton de Vaud, où la proportion de « non » atteint 87 %. Afin d'œuvrer à l'accroissement du taux d'affiliation, tout en préservant le caractère facultatif de l'assurance-maladie, le Conseil d'État propose donc, en mai 1951, l'introduction de subsides aux assurés de condition économique modeste. Une telle solution paraît, aux yeux de son promoteur Gabriel Despland, « répondre mieux au sentiment d'indépendance et aux tendances individualistes des Vaudois »²⁸. En contribuant à diffuser l'assurance auprès des « économiquement faibles » – selon le vocabulaire de l'époque –, une telle mesure peut d'ailleurs permettre à l'État de réaliser des économies : les montants versés par les services communaux d'assistance aux hôpitaux sont inférieurs à ceux que versent les caisses maladie, de sorte que la non-affiliation des « indigents » représente une charge pour les hôpitaux vaudois, que le Canton contribue à financer²⁹. « Plus les assistés seront assurés, mieux cela vaudra pour eux et pour les finances de l'État ! », affirme en août 1956 le député radical Jean Favre³⁰.

Les subsides qu'instaure la loi d'encouragement à l'assurance-maladie (LEAM) – finalement votée par le Grand Conseil en septembre 1956 – sont proportionnels au revenu déterminant des assurés qui en bénéficient³¹. La loi prévoit plus précisément trois échelons de subsides s'élevant à 75, 50 et 25 % de la prime payée, pour les ayants droit dont les revenus sont inférieurs à 2 000, 3 000 et 4 000 francs, respectivement. Ces seuils sont par la suite régulièrement ajustés – à la hausse –, pour prendre en compte les effets de l'inflation. En 1963, une classe de subside intégral (couverture à 100 % de la prime) est introduite, et en 1982, des catégories de revenus plus fines (sept plutôt que quatre) sont instaurées, afin de limiter les effets de seuil. Si la LEAM fait donc régulièrement l'objet de modifications paramétriques, le principe qu'elle instaure – le versement aux ménages modestes de subsides calculés en pourcentage de la prime et proportionnels au revenu déterminant – demeure en place pendant 36 ans, jusqu'à l'abolition de ladite loi en mars 1992.

EN 1951, LE CONSEIL D'ÉTAT PROPOSE L'INTRODUCTION DE SUBSIDES AUX ASSURÉS DE CONDITION ÉCONOMIQUE MODESTE.

La loi de septembre 1956 sur les subsides aux personnes de condition économique modeste s'ajoute donc à la loi de décembre 1953, qui régit quant à elle l'assurance-maladie obligatoire (d'abord infantile, puis couvrant à partir de 1971 les personnes âgées) ainsi que le système des cotisations dégressives. Ces deux lois, LEAM et LVAMA, forment conjointement l'architecture légale du système vaudois d'assurance-maladie, du milieu des années 1950 jusqu'en mars 1992.

Les effets exercés par la LEAM sur l'affiliation ne correspondent cependant pas initialement aux attentes que cette loi avait suscitées. Au cours des six premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la loi, le nombre de personnes subsidiées s'élève à 11 000 par an en moyenne, soit environ 2,5 % de la population du canton – un chiffre très éloigné des 198 500 personnes pouvant potentiellement prétendre à un subside eu égard aux catégories de revenus fixées par la loi³². En 1961, le Département de l'intérieur est contraint de reconnaître que «les bénéficiaires [de la LEAM] n'ont pas été, et de loin, aussi nombreux qu'on l'envisageait»³³. La révision de la LEAM du 27 février 1963 – qui introduit une classe de subside à 100 % et augmente le plafond de revenu en dessous duquel il est possible de bénéficier des subsides – accroît certes l'incidence de la loi. De fait, le nombre de personnes subsidiées passe de 13 000 en 1962 à 40 000 en 1963. L'on reproche cependant à la nouvelle mouture de la loi de bénéficier avant tout aux ménages déjà assurés, et donc de ne contribuer que de façon marginale à l'accroissement de l'affiliation. «Les nouveaux assurés ne représentent qu'un cinquième des bénéficiaires... On est donc très loin des résultats escomptés», estime en mai 1964 le député radical Eugène Kuttel³⁴.

Face à ce qui est perçu comme l'insuccès de la LEAM, des voix s'élèvent de nouveau pour promouvoir l'assurance-maladie obligatoire. Un flot d'interpellations et de motions sont déposées dans ce sens à la fin des années 1950 et au cours des années 1960³⁵. De même, une initiative populaire est déposée en mai 1965 par le Cartel syndical vaudois, la Fédération vaudoise des caisses-maladie, le Mouvement populaire des familles, le Parti socialiste et la Société suisse des employés de commerce, en faveur de l'introduction de l'assurance-maladie généralisée dans le canton. Cette pression politique montante contraint le Conseil d'État à l'action. Il met sur pied en 1967 une commission extraparlamentaire et élabore avec elle un projet d'extension de l'assurance obligatoire à une nouvelle catégorie de la population : les personnes âgées.

La pauvreté des personnes âgées constitue au cours des années 1960 un problème social majeur. Les rentes que verse l'AVS – instaurée en 1948 – ne suffisent pas dans tous les cas à couvrir les besoins vitaux. Quant à la prévoyance professionnelle, sa diffusion est alors limitée. En 1970, seuls 54 % des actifs sont couverts par un plan professionnel de prévoyance vieillesse, et ceux qui en bénéficient sont en général des hommes et des employés du secteur public³⁶. Afin de compléter des revenus de retraite insuffisants, nombre de personnes âgées sont contraintes de travailler. En 1960, parmi les plus de 65 ans, le taux d'activité s'élève à 35 % chez les hommes et à 12 % chez les femmes (contre 11 % et 5 % en 2000, respectivement)³⁷. Les lacunes du système de prévoyance vieillesse font l'objet de nombreux débats au cours de la décennie 1960. Au niveau fédé-

ral, ces discussions aboutissent, en mars 1965, à l'instauration des prestations complémentaires (couvrant l'écart éventuel entre les revenus à la retraite et le minimum vital), et à la votation de décembre 1972, inscrivant dans la Constitution le système des trois piliers et la prévoyance professionnelle obligatoire³⁸.

La maladie constitue un risque financier particulier pour les personnes âgées de condition économique modeste. La loi fédérale d'assurance-maladie (1911) autorise les caisses à refuser l'admission aux personnes âgées, de sorte que les personnes ne s'étant pas affiliées avant d'avoir atteint l'âge de 55 ans (âge limite que fixent la plupart des statuts de caisses) doivent supporter par leurs propres moyens – ou, plus généralement, par ceux de l'assistance publique – le prix des services de soins. Le problème social que représente cette mise à l'écart du système assurantiel se manifeste de façon particulièrement criante au cours de cette période : les années qui suivent la révision partielle (mars 1964) de la loi fédérale d'assurance-maladie sont marquées par une augmentation sans précédent, du moins depuis l'entre-deux-guerres, des frais médicaux et hospitaliers. La croissance en termes réels des prestations par assuré, qui s'est élevée à 2,9 % (moyenne annuelle) sur la période 1950-1963, atteint 7,6 % par an pour la période 1964-1980 (voir graphique 3 de la section 5). Comme l'exprime en 1971 le conseiller d'État radical Pierre Schumacher :

*C'est un lieu commun que de constater l'«explosion des coûts» en matière de soins médicaux et d'hospitalisation. Mais elle met en évidence ce fait si souvent relevé selon lequel les personnes âgées qui ont cessé toute activité lucrative ou dont les revenus se sont considérablement amenuisés, ont la santé la plus fragile et se trouvent être les plus fortes consommatrices de prestations médicales en même temps que les principales victimes de cette explosion.*³⁹

C'est dans ce contexte que le Canton – sous l'impulsion du conseiller d'État socialiste Pierre Aubert, en charge du Département de la prévoyance sociale et des assurances – rend l'assurance-maladie obligatoire pour les personnes de plus de 60 ans et de condition modeste⁴⁰. Le revenu en dessous duquel l'obligation s'applique correspond plus précisément au seuil plafond fixé par la loi d'encouragement sur l'assurance-maladie (c'est-à-dire, au revenu déterminant au-dessus duquel il n'est plus possible de bénéficier de subsides). Que l'obligation ne soit pas généralisée à la classe d'âge mais qu'elle dépende de conditions de ressources révèle de nouveau la volonté des pouvoirs publics de transférer la charge collective que représente la pauvreté de l'assistance à l'assurance, en l'occurrence des communes aux caisses-maladie et à travers elles, au Canton et à la Confédération. Comme l'exprime le Conseil d'État dans son exposé des motifs en faveur de la révision de décembre 1971, «un des avantages essentiels de la solution proposée réside précisément dans le fait que l'assurance est obligatoire pour toutes les catégories de personnes âgées qui doivent être mises à l'abri des risques maladie et accidents, pour ne pas tomber à la charge de l'Assistance publique»⁴¹.

LA PAUVRETÉ DES PERSONNES ÂGÉES CONSTITUE AU COURS DES ANNÉES 1960 UN PROBLÈME SOCIAL MAJEUR.

Cette loi cantonale rend également possible pour les personnes âgées non soumises à l'obligation de s'affilier auprès des caisses-maladie reconnues, en contraignant ces dernières à abandonner les limites d'âge à l'admission. Enfin, la loi – reflétant la volonté du Conseil d'État d'offrir aux nouveaux assurés obligatoires et facultatifs la possibilité de s'affilier à une caisse publique – transforme la Caisse cantonale vaudoise d'assurance infantile, fondée en 1916, en Caisse cantonale vaudoise d'assurance-maladie, ouverte dès lors à toutes les classes d'âge. Celle-ci devient la « Caisse vaudoise » en 1984, et demeure active sur le marché de l'assurance-maladie jusqu'en 2001. À cette date, elle est privatisée puis absorbée par le Groupe Mutuel, dans le sillon de l'entrée en vigueur de la LAMal, qui ôte aux caisses cantonales publiques leur raison d'être en réduisant les marges de manœuvre des cantons en matière d'assurance-maladie. ■

LA NAISSANCE DANS LA DOULEUR DE L'ORGANE CANTONAL DE CONTRÔLE (1971-1974)

4



La réforme de décembre 1971 contribue à accroître la complexité de la législation sociale vaudoise. Jusqu'à cette date, les domaines couverts par les deux lois d'assurance-maladie en vigueur – LVAMA et LEAM – étaient demeurés distincts: la première réglait la question de l'obligation d'affiliation, la seconde celle des subsides aux assurés de condition modeste. Deux entités publiques différentes en assuraient par ailleurs l'exécution. Le contrôle de l'obligation était à la charge de la CCVA, assistée du corps enseignant; la gestion des subsides avait été quant à elle confiée à un « Bureau des assurances ». Celui-ci s'appuyait dans une large mesure sur le travail des caisses-maladie, qui recevaient directement les demandes de subsides⁴². Fondé en 1956 à la suite du vote de la LEAM, le Bureau des assurances avait été initialement intégré au Département de l'intérieur, puis transféré en 1970 au Département de la prévoyance sociale et des assurances, créé à l'occasion de la réforme de l'administration cantonale mise en œuvre cette année-là.

**LE CONSEIL D'ÉTAT
CRÉE, PAR L'ARRÊTÉ
DU 26 FÉVRIER 1972, UN
ORGANE DE CONTRÔLE
UNIQUE, CHARGÉ À
LA FOIS D'APPLIQUER
L'OBLIGATION ET DE
GÉRER LA DISTRIBUTION
DES SUBSIDES.**

En faisant dépendre l'obligation de s'assurer de la condition économique des administrés, et donc du droit à recevoir des subsides, la réforme de 1971 fait se confondre partiellement le champ d'application de ces deux lois. Afin d'en assurer la bonne exécution, le Conseil d'État crée, par l'arrêté du 26 février 1972, un organe de contrôle unique, chargé à la fois d'appliquer l'obligation et de gérer la distribution des subsides. Cet organe de contrôle est intégré à la CCVA, qui organise depuis 1920 le contrôle de l'obligation pour l'assurance infantile. Le choix d'intégrer le nouvel organe de contrôle à une institution active en tant que caisse-maladie est considéré comme avantageux. Comme l'exprime une note interne du Département de la prévoyance sociale et des assurances (DPSA), « il est reconnu que les contrôles se font avec beaucoup plus d'efficacité en pratiquant également l'assurance ; l'organe de contrôle situé au cœur de l'action est mieux à même de déceler les abus et peut modérer la progression des frais »⁴³. Si l'idée de confier le contrôle de l'obligation et la distribution des subsides à la Caisse de compensation est évoquée, elle n'est cependant pas retenue, en raison de la proximité qu'entretient cette caisse avec la Société vaudoise de secours mutuels, celle-ci gérant pour celle-là le portefeuille d'assurance de la Fédération rurale vaudoise. L'intégration de l'organe de contrôle au sein de la Caisse de compensation aurait été susceptible d'accorder à la Société vaudoise de secours mutuels – une caisse privée – un avantage excessif⁴⁴.

Les tâches de l'organe de contrôle sont cependant rapidement précisées. En septembre 1973, soit deux ans à peine après l'introduction de l'assurance obligatoire des personnes âgées, intervient une nouvelle modification de la législation vaudoise en matière d'assurance-maladie. Deux principaux changements sont introduits à cette occasion. Premièrement, la révision étend le champ de l'assurance obligatoire, en y soumettant cette fois l'ensemble des mineurs, ainsi que les apprentis et les étudiants jusqu'à l'âge de 25 ans (jusqu'à cette date, l'assurance infantile avait concerné uniquement les enfants scolarisés). Or, cette extension – qui réalise un vœu déjà exprimé par le Conseil d'État à l'automne 1971 – rend impérative une réforme de la politique cantonale des subsides. En matière d'assurance infantile, aucun encouragement particulier n'avait été accordé aux familles modestes. Au début des années 1970, le système établi en 1916, selon lequel l'assistance prend en charge les cotisations des familles insolubles, est encore en place. En 1956, le législateur vaudois avait exclu les enfants affiliés à la CCVA de la loi sur l'encouragement à l'assurance-maladie, au motif qu'ils bénéficiaient déjà des subventions confédérales et cantonales versées à cette caisse. La loi vaudoise du 18 septembre 1973 met finalement au bénéfice de la LEAM les familles des enfants assurés obligatoirement.

Deuxièmement, la réforme de septembre 1973 met fin au statut particulier dont la CCVA avait jusqu'alors bénéficié. Depuis 1916, cette caisse avait reçu seule à l'exclusion des autres les subsides cantonaux, en vertu du fait que les écoliers assurés obligatoirement étaient contraints de s'affilier auprès d'elle (article 4 de la loi du 9 décembre 1953). Par ailleurs, elle seule bénéficiait des subventions cantonales visant à compenser en partie le déficit provoqué par le barème dégressif des cotisations pour les familles (voir section 2). Ce statut particulier avait fait l'objet de critiques récurrentes de la part des caisses actives dans le canton⁴⁵.

Or, l'extension en 1973 de l'assurance obligatoire à l'ensemble des mineurs ainsi qu'aux apprentis et étudiants jusqu'à 25 ans rend difficilement défendable le maintien du statu quo, qui aurait dans ce contexte été excessivement défavorable aux caisses. Les intérêts de ces dernières sont après tout protégés par l'article 34^{bis} de la Constitution fédérale, qui impose aux cantons de « tenir compte des caisses existantes » dans l'élaboration de législation sociale.

L'abolition du statut particulier de la CCVA est peu compatible avec la gestion par elle de l'organe de contrôle. Celui-ci, chargé de la bonne exécution des lois relatives au versement des subsides et à l'assurance obligatoire, est amené à collecter des données fiscales confidentielles, des renseignements sur le statut assurantiel des ménages ainsi que sur la politique tarifaire des caisses. Ces informations peuvent être utilisées à des fins de recrutement. Le maintien de l'organe de contrôle dans le giron de la CCVA aurait dans ce contexte faussé la concurrence. Les caisses-maladie avaient d'ailleurs critiqué cette union. Robert Duc, directeur de la Société vaudoise de secours mutuels, affirme en octobre 1971 « trouve[r] anormal qu'une caisse puisse être juge et partie en étant à la fois organe de contrôle et assureur »⁴⁶. Le Conseil d'État décide donc, sous la pression des caisses-maladie, de dissocier de la CCVA l'organe de contrôle. Il confie celui-ci à la Caisse cantonale vaudoise des retraites populaires (ci-après Retraites populaires). Cette institution, contrôlée par l'État et bénéficiant de sa garantie, avait été fondée en 1908, dans le but de diffuser la prévoyance vieillesse auprès de la population, et en particulier auprès des couches les plus modestes. Cette entreprise, qui n'est pas active dans le domaine de l'assurance-maladie, dispose – selon le jugement du Conseil d'État – de l'infrastructure matérielle et du personnel qualifié lui permettant de prendre en charge une mission de cette ampleur. Par l'arrêté du 7 juin 1974, le Conseil d'État précise l'organisation de l'Organe cantonal de contrôle, qui devient à cette occasion une entité administrative en tant que telle. Géré par les Retraites populaires, il demeure cependant soumis à la supervision et à l'autorité du Conseil d'État. Celui-ci nomme le Président de la commission de contrôle de l'OCC, où siège également le chef du DPSA.

Au cours de ses premières années d'existence en tant qu'entité publique gérée par les Retraites populaires, l'OCC fait l'objet de critiques virulentes. Afin d'identifier les ménages susceptibles de bénéficier des subsides – prérequis à l'établissement d'un budget –, et, parmi les personnes âgées, celles soumises à l'obligation d'affiliation, l'OCC met en œuvre un recensement de grande ampleur⁴⁷. Des fiches de renseignements sont envoyées à l'ensemble des ménages du canton, sur lesquelles ils sont invités à indiquer leur situation familiale, leur revenu, leur fortune, ainsi que leur statut d'affiliation auprès d'une caisse d'assurance. Ces formulaires doivent ensuite être remis en mains propres aux agences communales d'assurance, qui doivent en communiquer le contenu à l'OCC. Ces agences communales d'assurance avaient été créées en 1973 dans le but de coordonner les différentes branches du système d'assurance sociale, dont la complexité s'était nettement accrue depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Encore existantes aujourd'hui, elles jouent un rôle central d'interlocutrices auprès des administrés en matière d'assurances sociales.

**EN 1974, L'ORGANE DE
CONTRÔLE EST CONFIE
À LA CAISSE CANTONALE
VAUDOISE DES RETRAITES
POPULAIRES.**

Cette procédure de recensement lourde et coûteuse – en partie rendue nécessaire par le refus de l'administration cantonale des impôts de transmettre à l'OCC des données fiscales au cours des premières années d'existence de l'organe⁴⁸ – déclenche immédiatement une vive opposition au sein des milieux bourgeois. Dans une tribune publiée dans la Gazette de Lausanne et intitulée « Assurance maladie: une voie de servitude », le Parti libéral vaudois affirme que le recensement mis en œuvre par l'OCC constitue « l'instrument d'une sécurité étatique », et que, « par un engrenage d'obligations, d'inquisitions, de contraintes et de sanctions, la politique du bien-être imposée par les pouvoirs publics conduit à un état autoritaire »⁴⁹. Le mécontentement ne s'exprime pas seulement par voie de presse. Un flot de courriers émanant d'administrés indignés arrive à l'OCC. Un habitant de Corseaux écrit « dénie[r] à vos services – tant que je ne sollicite d'eux ni secours ni subsides – de s'occuper de l'état de mes revenus et de ma fortune ; ces questions me semblent manifestement ressortir, puisque sans justification, du plus pur abus de pouvoir d'une administration qui se veut toute puissante contre des individus isolés »⁵⁰. Plusieurs communes expriment également un profond mécontentement à l'égard de la procédure lancée par l'OCC⁵¹. Au premier rang de ces communes contrariées, figurent celles du district de Vevey, comptant parmi les plus fortunées du canton, pour lesquelles la problématique des subsides à l'assurance-maladie ne soulève que peu d'intérêt.

À cette crise de légitimité publique s'ajoutent les difficultés financières auxquelles fait face le Canton dans un contexte de récession économique mondiale provoquée par le choc pétrolier de 1973. Afin de réaliser des économies budgétaires, l'État enjoint à l'OCC d'alléger ses procédures de contrôle. La commission chargée de formuler des propositions dans ce sens va même jusqu'à étudier la possibilité de supprimer purement et simplement l'OCC, et de revenir au système qui avait prévalu avant 1971, d'après lequel les caisses-maladie étaient chargées d'attribuer les subsides et d'établir les bordereaux LEAM⁵². Cette option est cependant écartée en raison de l'importance des coûts de supervision qu'elle aurait été susceptible d'engendrer. La commission décide d'adopter une interprétation moins stricte de la loi consistant à déléguer aux agences communales l'essentiel du travail de contrôle, et à ne plus exiger d'elles qu'elles transmettent à l'OCC l'intégralité des renseignements collectés⁵³. Finalement, après de longs pourparlers, un accord intervient en novembre 1976 avec l'Administration cantonale des impôts, qui accepte la communication d'éléments fiscaux à l'OCC⁵⁴. Cet accord permet à l'OCC de recouvrer son autorité d'organe de contrôle, et de réduire la charge de travail pesant sur les agences communales d'assurance. ■

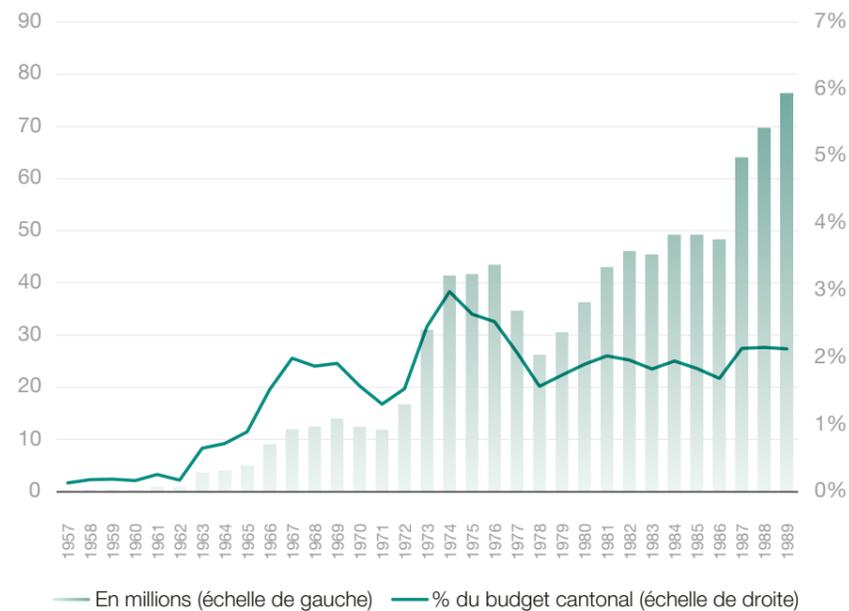
LE POIDS CROISSANT DES SUBSIDES AUX PERSONNES ÂGÉES ET LA RÉFORME DE 1992 (1974-1994)

5



À partir du milieu des années 1970, l'OCC consolide progressivement sa position au sein du système vaudois d'assurances sociales. En plus du contrôle de l'obligation, l'OCC gère la distribution de montants importants de subsides, versés au titre de la LEAM (personnes de condition économique modeste), de la LVAMA (personnes âgées) et, en collaboration avec la Caisse cantonale vaudoise de compensation, en faveur spécifiquement des bénéficiaires de prestations complémentaires. Les subsides à l'assurance-maladie, toutes catégories confondues, s'élèvent en moyenne à 35 millions de francs par an au cours de la deuxième moitié des années 1970, et augmentent progressivement pour atteindre 75 millions de francs à la fin des années 1980⁵⁵. Ces montants représentent approximativement 2 % des dépenses totales du canton, une proportion qui demeure stable sur la période (voir graphique 2 à la page suivante).

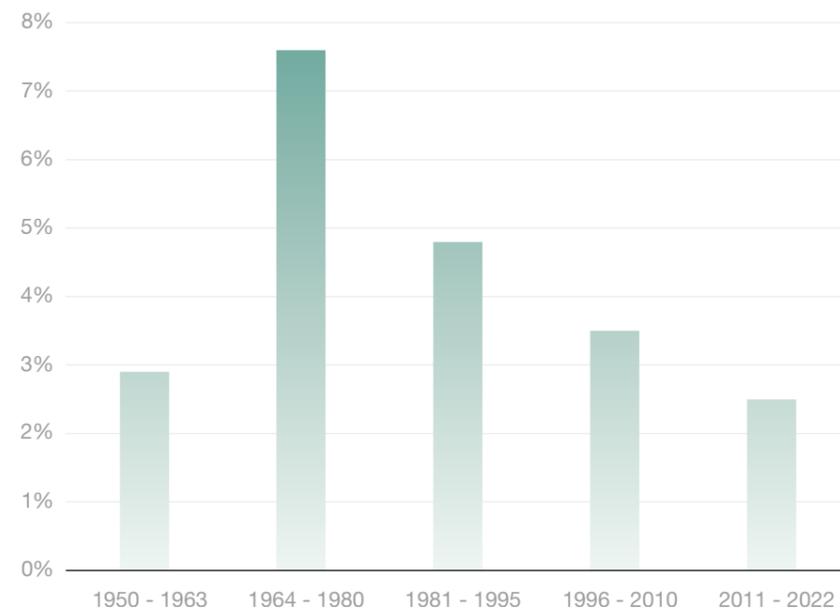
Graphique 2. Subsidés à l'assurance-maladie, en millions de francs et en proportion du budget du Canton, 1957-1989.



Sources : Archives OCC, diverses années ; HSSO U.32 pour le budget du canton.
Notes : (1) Les graphiques 6 et 9 présentent ces séries pour les périodes postérieures ; (2) Les subsides incluent ceux versés au titre de la LEAM, de la LVAMA (personnes âgées), et des PC ; (3) Ce graphique ne reflète que les subsides aux assurés et exclut les subsides aux caisses versés au titre de l'article 35 de la LAMA.

Si la réforme de décembre 1971 a permis de résoudre le problème social que représentait la non-affiliation de certaines personnes âgées, elle met en évidence une difficulté nouvelle : celle des coûts – tant pour les assurés que pour le Canton – associés à la couverture assurantielle de ce groupe démographique. Cette problématique domine en effet les discussions en matière de politique sociale cantonale au cours des décennies 1970 et 1980. Les coûts des soins médicaux et hospitaliers continuent en effet leur ascension rapide depuis la réforme partielle de la LAMA en 1964. Sur la période 1964-1980, la valeur réelle (corrigée de l'inflation) des prestations médicales et hospitalières par assuré augmente en moyenne de 7,6% par an, un chiffre largement supérieur à ceux qu'a connus la Suisse depuis l'instauration de la LAMal en 1996 (voir graphique 3 ci-contre). À ces augmentations de coûts s'ajoute la décision du Conseil fédéral, en mai 1977, de geler les subventions aux caisses-maladie, ce qui se répercute mécaniquement en hausse de cotisations.

Graphique 3. Croissance annuelle moyenne réelle du coût des prestations médicales et pharmaceutiques par assuré, 1950-2022.



Sources : OFAS, Rapports statistiques sur les caisses-maladie reconnues par la Confédération (1950-1995) ; OFSP, Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire (1996-2022) ; OFS pour l'indice des prix à la consommation (IPC).

Or, selon le système instauré par la loi fédérale de 1911, les cotisations pratiquées par les caisses-maladie sont croissantes avec l'âge des assurés, pour refléter la plus grande morbidité de cette catégorie démographique. Les hausses des coûts sont donc perçues de façon particulièrement sensible par les personnes âgées, à qui elles se révèlent sous la forme de primes grevant de façon particulièrement lourde le budget. En 1985, la prime mensuelle pour les personnes de 60 à 65 ans est, par exemple auprès de la CSS, de 400 francs, contre 98 francs pour les 36-40 ans⁵⁶. Mis en relation avec le revenu par tête, 400 francs en 1985 correspondent à 983 francs en 2022, soit un montant largement supérieur aux primes aujourd'hui les plus élevées dans l'assurance de base. Or, le système de subsides mis en place dans le canton de Vaud en 1956 consiste pour l'État à prendre en charge une fraction de la prime, en fonction du revenu déterminant du ménage. Le solde résiduel de primes est donc susceptible de représenter des montants très élevés, difficilement supportables pour les ménages modestes.

Un groupe en particulier fait l'objet d'intenses discussions politiques : les personnes ne s'étant assurées qu'après 60 ans. L'assurance de ce groupe – dont les membres sont souvent issus de milieux économiques modestes, et qui font parfois déjà l'objet de traitements médicaux ou hospitaliers aux frais de l'aide sociale au moment de leur affiliation à une caisse – suscitent des coûts particulièrement élevés⁵⁷. Par la loi du 13 mai 1975, le Conseil d'État garantit aux caisses acceptant d'assurer ces « risques » (au sens actuariel) la prise en charge d'éventuels déficits qu'ils sont amenés à provoquer. La formation de ce « portefeuille PA [Personnes Âgées] », tel que ce groupe de risques précisément circonscrit est alors parfois désigné, est considéré comme temporaire⁵⁸. Le Conseil d'État, à travers Pierre Aubert, aspire à étendre l'assurance obligatoire aux 25-59 ans, seul groupe d'âge n'ayant pas été jusqu'alors concerné par cette mesure. Une telle réforme aurait progressivement rendu sans objet le portefeuille PA, en mettant fin aux nouvelles entrées. Le Grand Conseil refuse cependant d'entrer en matière sur le projet d'assurance obligatoire généralisée présenté par le Conseil d'État en novembre 1979⁵⁹.

Afin de garder dans des proportions considérées comme raisonnables le solde résiduel de primes à payer, le Conseil d'État introduit en mai 1975 un subside spécial pour les membres du portefeuille PA, s'ajoutant aux subsides ordinaires LEAM. Initialement fixe, et établi à 50 francs, ce subside spécial devient variable en mai 1981, déterminé annuellement par arrêté du Conseil d'État et ajusté en fonction des augmentations de cotisations. Le portefeuille PA, formant un « système dans le système », donne lieu à une grande complexité administrative d'exécution, à laquelle est confronté l'OCC dans sa gestion quotidienne. Cette complexité est d'autant plus élevée que les différents niveaux de subsides se chevauchent en partie, un assuré pouvant être à la fois bénéficiaire d'un subside LEAM et du subside spécial PA. On reproche par ailleurs au système du portefeuille PA d'introduire un biais en faveur des personnes s'étant affiliées à une caisse après 60 ans par rapport aux autres assurés, à *situation économique égale*. Comme l'exprime une note interne de l'OCC en août 1986, un assuré non PA, « si son revenu est fixé à Fr. 30 000.-, il ne bénéficie d'aucune aide alors que pour un assuré PA moins prévoyant car assuré après 60 ans, il bénéficierait à revenu égal, d'une subvention de Fr. 180.- »⁶⁰.

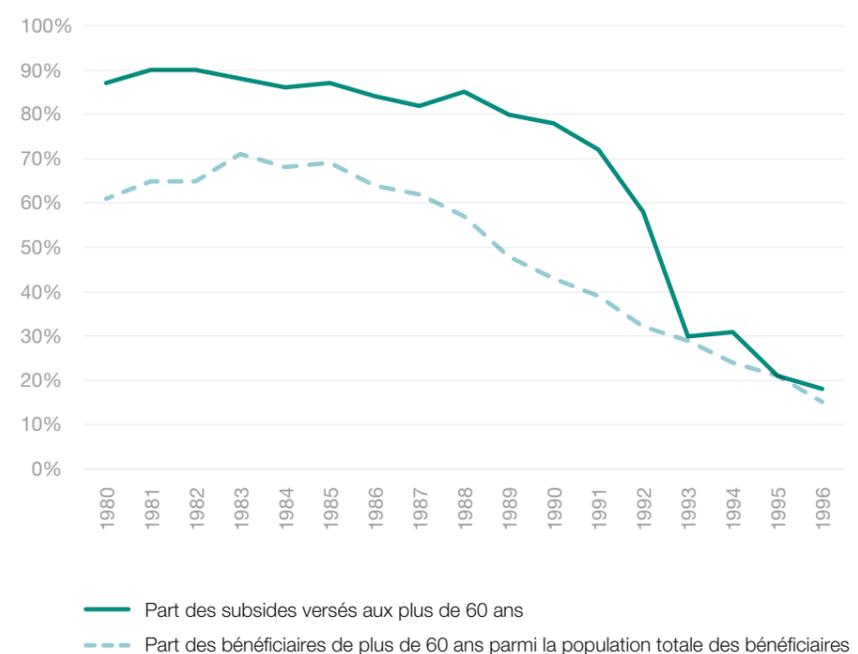
La taille du portefeuille PA diminue cependant progressivement, par le décès de ses membres, et à la faveur de l'affiliation massive de la population vaudoise en général. Dans les années 1980, seul un nombre très marginal de personnes demeurent encore non assurées à l'âge de 60 ans. En 1983, 96,4 % des habitants du canton sont assurés pour les soins médicaux et pharmaceutiques (97,7 % pour l'ensemble de la Suisse)⁶¹. Les mêmes facteurs contribuent également à accroître l'âge moyen des assurés du portefeuille PA et donc les coûts que ceux-ci engendrent. La répartition de ces assurés au sein de plusieurs caisses ayant chacune leurs modèles spécifiques – notamment en matière de franchise, avec l'entrée en vigueur du système de la « franchise à la carte » approuvé par le Conseil fédéral en septembre 1986⁶² – rend délicates les prévisions budgétaires pour ce groupe. Afin d'en faciliter la gestion et de permettre l'élaboration de statistiques détaillées, les membres du portefeuille PA sont, en septembre 1987,

rassemblés dans un portefeuille unique, rebaptisé à cette occasion « Collectif PA », et confié à la Caisse cantonale vaudoise d'assurance-maladie⁶³. Finalement, c'est la LAMal qui, en prohibant les contrats collectifs et la tarification différenciée, met fin à ce collectif. Ses membres deviennent à cette occasion, comme l'ensemble des résidents suisses, assurés au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Les montants de subventions significatifs accordés aux personnes âgées – qu'elles soient membres du portefeuille PA ou non – suscitent au cours de cette période des critiques régulières. En raison des caractéristiques déjà évoquées des lois vaudoises et fédérale – en particulier la prise en charge par le Canton d'une fraction donnée de primes croissantes avec l'âge – les personnes âgées représentent non seulement une proportion importante de la population subsidiée totale, mais la part des subsides totaux qu'ils reçoivent est plus que proportionnelle à leur poids dans la population subsidiée. Dans les années 1980, les personnes de plus de 60 ans reçoivent en moyenne entre 80 et 90 % des subsides totaux versés par le canton (voir graphique 4 ci-dessous). Ils représentent en moyenne sur la même période entre 60 et 70 % des effectifs subsidiés totaux. Selon Fernand Petit, député du Parti ouvrier et populaire vaudois – qui formule ces mots en décembre 1977 –, « le but même de la LEAM est détourné. En réalité, elle a moins pour effet d'encourager les gens à s'assurer qu'à permettre aux personnes âgées de se prémunir contre d'éventuelles dépenses d'hospitalisation »⁶⁴.

DANS LES ANNÉES 1980, LES PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS REÇOIVENT EN MOYENNE ENTRE 80 ET 90 % DES SUBSIDES TOTAUX VERSÉS PAR LE CANTON.

Graphique 4. Part des subsides versés aux plus de 60 ans, et part des plus de 60 ans dans la population totale des bénéficiaires, 1980-1996.



Sources : Archives OCC, divers documents ; Rapports annuels OCC, diverses années.
Note : Les rapports de l'OCC ne contenant pas d'indications relatives à l'âge des bénéficiaires PC, ceux-ci ne sont pas pris en compte dans ce graphique.

Plusieurs motions et interpellations invitent au cours de cette période le Conseil d'État à élaborer des correctifs à même de rétablir une certaine forme d'équilibre démographique au sein de la population des bénéficiaires de subsides⁶⁵. Une avancée est réalisée dans cette direction en septembre 1985, avec l'introduction, dans le calcul du revenu déterminant, d'une déduction de 2 000 francs pour les familles avec enfants à charge. Cette déduction est portée à 5 000 francs en septembre 1988. Si ces ajustements accroissent le nombre de familles pouvant prétendre à l'octroi d'un subside, ils n'apportent pas de modifications structurelles au système, qui demeure, dans ses aspects fondamentaux, inchangé jusqu'au début des années 1990.

C'est finalement à Berne qu'est donnée l'impulsion à une réforme fondamentale du système vaudois des subsides. Après le rejet référendaire en décembre 1987 d'un projet de révision partielle de la LAMA – qui prévoyait notamment l'augmentation de la participation des assurés aux coûts et l'introduction d'allocations de maternité financées par des cotisations salariales – le Conseil fédéral charge une commission d'experts, présidée par le conseiller aux États radical Otto Schoch, d'élaborer un projet de révision complète de la loi. Selon cette commission, qui remet son rapport en novembre 1990, la principale lacune du système en place réside dans la tendance des caisses à pratiquer la « sélection des risques » – concept désignant les efforts déployés par les caisses pour attirer à elles les assurés jeunes et en bonne santé. Cette pratique est considérée comme problématique en raison des obstacles au libre passage : la fixation des primes selon l'âge d'entrée dans une caisse fait perdre aux personnes âgées changeant de caisse l'avantage d'une affiliation précoce. La sélection des risques conduit donc à la concentration des « mauvais risques » dans certaines caisses, qui se voient contraintes d'augmenter leurs cotisations. Afin de remédier à cette situation, la commission Schoch propose l'instauration du libre passage intégral (par la suppression des réserves d'admission) et de primes uniques pour l'ensemble des assurés d'une même caisse. La commission préconise de rendre l'affiliation obligatoire, afin d'éviter que les personnes jeunes et en bonne santé, confrontées à la hausse des primes qu'induit nécessairement pour elles l'introduction d'un tel système, résilient leur affiliation. Ces points forment la colonne vertébrale de la future LAMal, finalement votée par les chambres en mars 1994 et acceptée par le peuple en décembre de cette même année⁶⁶.

En parallèle de ces réflexions de fond, le Conseil fédéral introduit, en 1990 et 1991, une série de « mesures d'urgence », afin de limiter la sélection des risques, du moins temporairement, jusqu'à l'éventuelle entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale en cours d'élaboration. Il introduit notamment des bornes de cotisations d'après lesquelles, au sein de chaque caisse, les cotisations les plus élevées ne peuvent pas dépasser le double des cotisations les plus faibles. Par l'arrêté fédéral du 13 décembre 1991, le Conseil fédéral interdit la création de nouvelles caisses et prévoit l'instauration d'un mécanisme de compensation, d'après lequel les caisses assurant les meilleurs risques doivent compenser celles assurant des risques moins favorables – sans en préciser cependant le fonctionnement exact⁶⁷.

C'est dans ce contexte d'intense activité législative fédérale que le Conseil d'État vaudois prend l'initiative de réformer le système des subsides. Selon le mode de calcul des subsides jusqu'alors en vigueur, le Canton prend en charge un pourcentage donné de la prime, lui-même fonction du revenu déterminant du ménage. En raison des écarts considérables de primes tarifées, d'importantes différences de restes à charge peuvent exister selon les ménages, à situations économiques égales. Le Conseil d'État entreprend d'éliminer cet aspect jugé problématique du système vaudois des subsides. Il instaure à cette fin un nouveau mode de calcul, faisant correspondre au revenu déterminant, un reste à charge fixe et indépendant de la prime. Selon les mots du Conseil d'État, formulés dans l'exposé des motifs du 26 février 1992, le nouveau modèle « doit garantir qu'à ressources comparables, les bénéficiaires ont à prendre en charge un solde identique de cotisations quel que soit le montant effectif qui leur est individuellement facturé par leur caisse »⁶⁸. Afin d'éviter que ce nouveau système se traduise par une explosion des subsides à verser, le Conseil d'État juge indispensable d'introduire des mesures complémentaires, consistant à homogénéiser les primes dans le canton. Il adopte donc à cette occasion le système de la prime par tête conceptualisé par la commission Schoch, ainsi que son corollaire, l'obligation d'affiliation généralisée.

Le nouveau système, introduit dans la législation par la loi du 3 mars 1992 (entrée en vigueur en janvier 1993), se traduit par un transfert massif de la charge des coûts du système de soins. Sous l'effet de l'uniformisation des tarifs assurantiels, les primes appliquées aux personnes jeunes et en bonne santé augmentent significativement, en même temps que diminuent celles appliquées aux personnes âgées. Les subsides contribuent à limiter le choc de pouvoir d'achat que représente pour les jeunes le système de la prime par tête. Comme le graphique 4 le met en évidence, la part des subsides totaux destinée aux personnes de 0 à 59 ans passe de 30 à 60 % entre 1992 et 1993. Le député Gilbert Oulevey évoque en mars 1993, trois mois après l'entrée en vigueur de la loi, l'agitation suscitée par l'introduction de la prime par tête :

*Les effets que [la nouvelle loi] allait provoquer ont été visiblement sous-estimés. Les assurés qui, pour la plupart ont vu leur prime d'assurance augmenter considérablement, se sont affolés, et, plutôt que de chercher des solutions avec leur caisse maladie, l'ont quittée pour s'affilier auprès d'une autre. Submergées de demandes, les caisses maladie n'ont plus été à même de répondre aux demandes qui les assaillaient et ont dû faire face à une situation difficile à gérer. Quelques mois après l'introduction de cette nouvelle loi, l'agitation est toujours présente.*⁶⁹

La réforme de mars 1992 conduit également à un transfert de compétences en matière de gestion de la politique des subsides, du pouvoir législatif vers le pouvoir exécutif. Alors que la détermination des paramètres de la politique des subsides relevait jusqu'en 1993 de la compétence du Grand Conseil – qui devait à chaque modification voter une nouvelle loi, procédure jugée lourde et chronophage –,

**LE SYSTÈME INTRODUIT
DANS LA LÉGISLATION
VAUDOISE PAR LA LOI DU
3 MARS 1992 SE TRADUIT
PAR UN TRANSFERT
MASSIF DE LA CHARGE
DES COÛTS DU SYSTÈME
DE SOINS.**

cette prérogative est confiée à partir de cette date au Conseil d'État⁷⁰. Ce transfert de compétence ne se fait certes pas sans heurts. La décision du Conseil d'État de supprimer à partir de 1994 les deux premières catégories de bénéficiaires de subsides (couvrant les ménages aux revenus les plus élevés parmi l'ensemble de la population des bénéficiaires) déclenche chez une partie des députés et de la population une vague d'indignation. Le député socialiste Claude Poget qualifie la mesure d'« inadéquate, malvenue et probablement trompeuse », et affirme qu'elle risque de causer « des dégâts considérables »⁷¹. Selon Marc Vuilleumier, « le Conseil d'État s'est arrogé le droit de fixer lui-même les limites de revenus donnant droit aux subsides » pour finalement les retirer « à des gens vivant très modestement, voire pauvrement », qui se verront contraints de devoir consacrer « entre 14 et 20 % de leur revenu seulement à payer leurs cotisations d'assurance maladie »⁷². Une pétition de l'AVIVO (association défendant les intérêts des retraités) et du Parti socialiste demande le rétablissement des deux classes de revenu, et une motion appelle à remettre au Grand Conseil la compétence de déterminer les revenus donnant droit aux subsides⁷³. L'opposition contraint finalement le Conseil d'État à faire, du moins partiellement, marche arrière en rétablissant en juin 1994 l'une des deux classes concernées⁷⁴. ■

LA LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE DE 1994 ET SES EFFETS (1994-2007)



Le régime vaudois d'assurance-maladie institué par la loi de mars 1992 se révèle cependant de courte durée. À peine plus d'un an après son entrée en vigueur, les chambres fédérales votent, en mars 1994, la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Celle-ci prévoit une réforme intégrale du système en place depuis 1911. Plusieurs comités – composés notamment d'associations de médecins et de quelques caisses-maladie (Artisana, Swica) – lancent cependant contre elle un référendum⁷⁵. C'est finalement à une courte majorité (51,8 %) que la loi est acceptée par le peuple en décembre 1994.

La nouvelle loi fédérale reprend l'essentiel des recommandations formulées par la commission Schoch et par le Conseil fédéral dans son message du 6 novembre 1991 : elle instaure des primes par tête, un mécanisme de compensation des risques entre caisses, le libre passage intégral et l'obligation généralisée. Elle abolit également les subsides accordés aux caisses. Parfois qualifiés de « subsides arrosoirs »⁷⁶, ces allocations bénéficiaient à l'ensemble des assurés, indépendamment de leur situation économique. Ce système avait été introduit en 1911, à une époque où seule une petite partie de la population – essentiellement issue de la classe ouvrière – était assurée⁷⁷. En 1994, 99 % des habitants sont affiliés à une caisse-maladie pour l'assurance des soins médicaux, de sorte qu'une telle disposition n'a plus véritablement de raison d'être.

LA NOUVELLE LOI FÉDÉRALE OBLIGE LES CANTONS À ACCORDER DES SUBSIDES AUX ASSURÉS DE CONDITION ÉCONOMIQUE MODESTE.

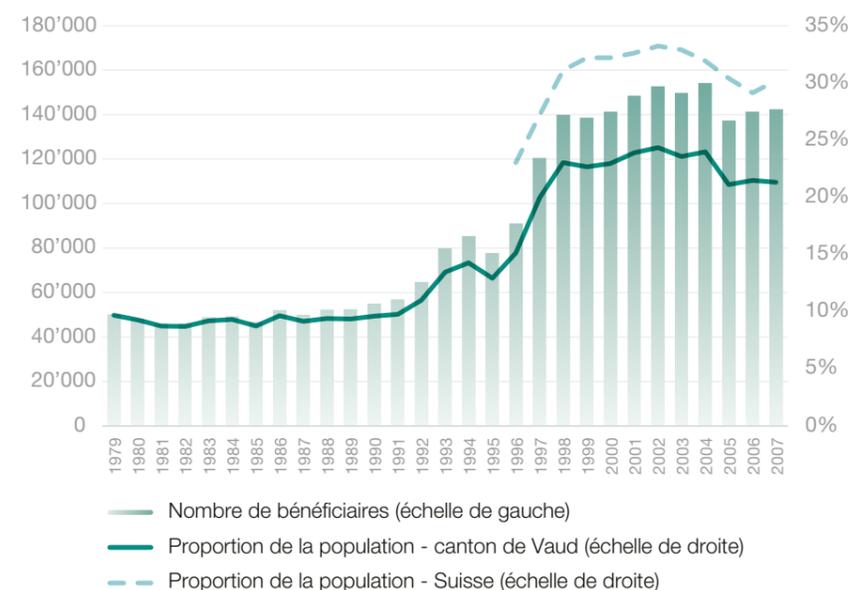
La LAMal se détache cependant de la commission Schoch et du Conseil fédéral sur un point : celui de la forme exacte que doit prendre le nouveau système des subsides. Tant la commission que le Conseil fédéral avaient estimé que les subsides devaient être fixés de façon que la prime effectivement payée ne dépasse pas une certaine proportion du revenu disponible des ménages⁷⁸. Les Chambres ne reprennent finalement pas cette disposition. La nouvelle loi oblige les cantons à « accorde[r] des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste », tout en les laissant libres de fixer les seuils de revenus ou de fortune en dessous desquels un ménage peut être considéré comme appartenant à cette catégorie, et plus généralement de définir les critères d'allocation. La Confédération apporte en outre aux cantons à cette fin un soutien financier. La part de cette manne fédérale revenant à chacun d'entre eux est déterminée en prenant en compte la situation économique, le poids démographique de chacun d'entre eux et la prime moyenne y étant en vigueur⁷⁹. Le nouveau système contraint également les cantons à contribuer, à hauteur d'au moins la moitié de l'aide fédérale, par leurs propres ressources, à l'allègement des primes pour les ménages modestes. La Confédération réduit toutefois, et ce de façon proportionnelle, l'aide aux cantons choisissant de ne pas utiliser l'intégralité du subside leur étant destiné. Ce système de ruissellement, par lequel la Confédération verse des subsides aux cantons qui eux-mêmes les reversent aux assurés augmentés des contributions cantonales, s'il a été depuis lors modifié de manière paramétrique, demeure dans son principe en place jusqu'à ce jour.

Si la nouvelle loi transforme en profondeur l'organisation du système d'assurance-maladie au niveau fédéral, sa mise en vigueur n'exige pas pour le Canton de Vaud une réforme de grande ampleur. Les principes de la nouvelle législation fédérale étaient déjà contenus dans la loi vaudoise de 1992, qui avait été précisément élaborée par le Conseil d'État comme une loi d'anticipation de la réforme fédérale alors en préparation. L'entrée en vigueur de la LAMal est cependant perçue comme une opportunité pour remédier à un problème identifié de longue date : celui des effets de seuil. Le système introduit en 1956 avait instauré des classes de revenu, déterminant la hauteur des subsides auxquels les bénéficiaires pouvaient prétendre. Le passage d'une catégorie à une autre, à la suite par exemple d'une légère augmentation de revenu, pouvait se traduire pour un ménage par une baisse substantielle des aides, et finalement par un revenu disponible moindre. Afin de corriger ces effets, la loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 25 juin 1996, remplace les classes de revenu par une formule établissant une relation continue entre le revenu déterminant et le reste à charge de prime⁸⁰. La formule est par ailleurs paramétrée de façon à introduire un élément de progressivité dans le calcul du reste à charge, reflétant la volonté du Conseil d'État d'accroître le caractère redistributif de cet outil de la politique sociale.

La nouvelle loi exerce un effet majeur sur les montants accordés pour les subsides et le nombre de ménages en bénéficiant. Comme le met en évidence le graphique 5 ci-dessous, le nombre de bénéficiaires bondit entre 1995 et 1998, passant de 80 000 (13 % de la population cantonale) à 140 000 (24 % de la population cantonale). Quant aux montants accordés, ils font plus que doubler en l'espace de trois ans, passant de 136 millions en 1995 à presque 300 millions de francs en 1998 (voir graphique 6 à la page suivante). Cette augmentation est dans une large mesure attribuable au nouveau système de financement des subsides et plus particulièrement à la participation financière confédérale introduite par la loi. Celle-ci rend possible la réallocation des montants jusqu'alors accordés aux caisses vers la réduction des primes individuelles. De 1996 à 2007, c'est essentiellement la Confédération qui porte la charge financière de la politique des subsides dans le canton de Vaud. La part fédérale s'élève sur cette période en moyenne à 69 %. La loi soulage même initialement les finances cantonales. La part des dépenses cantonales totales consacrées à la réduction des primes (calculée nette de la refacturation aux communes), qui s'élève à 3 % entre 1993 et 1995, chute à 1 % directement après l'entrée en vigueur de la LAMal.

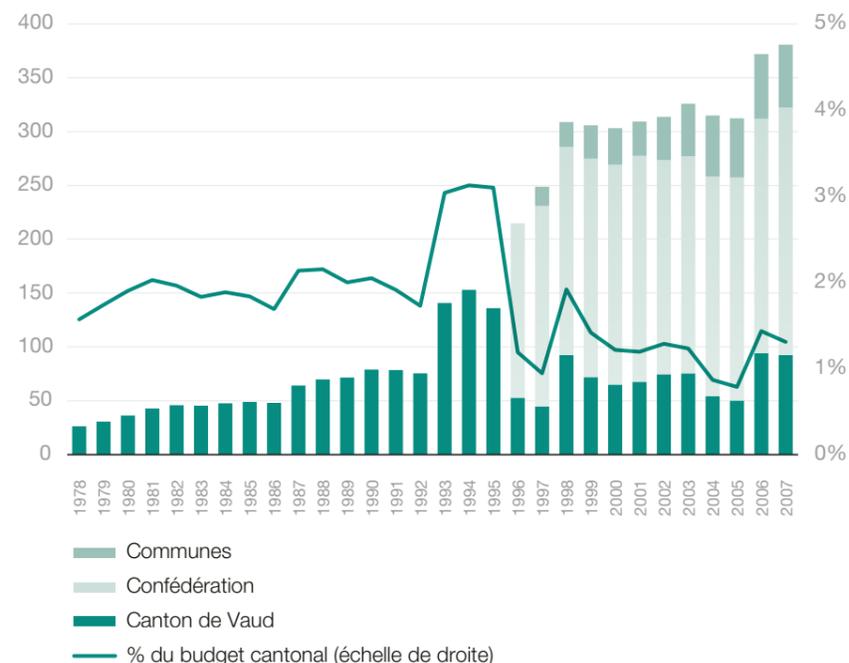
DE 1996 À 2007, C'EST ESSENTIELLEMENT LA CONFÉDÉRATION QUI PORTE LA CHARGE FINANCIÈRE DE LA POLITIQUE DES SUBSIDES DANS LE CANTON DE VAUD.

Graphique 5. Bénéficiaires de subsides, 1978-2007.



Sources : Direction OCC ; HSSO, B.1a pour les chiffres de population.

Graphique 6. Subsidés versés, en montants et en proportion du budget cantonal, 1978-2007.



Sources : Direction OCC ; Statistiques du Canton de Vaud pour le budget cantonal : vd.ch > état, droit et finances > statistique > statistiques par domaines > 18. Finances publiques et administration > finances de l'État.
 Note : le numérateur pris en compte dans le calcul de la part du budget cantonal correspond à la charge nette cantonale – le montant versés par le Canton à proprement parler (à l'exclusion donc des montants pris en charge par les Communes et la Confédération).
 Note : Les graphiques 2 et 9 présentent ces séries pour les périodes antérieures et postérieures, respectivement.

Dès la fin des années 1990, l'Office fédéral des assurances sociales, inspiré à cet égard par les principes issus du courant de la « nouvelle gestion publique » (new public management) apparu en Europe à la fin des années 1980, commisionne la réalisation d'études visant à fournir les premières estimations des effets sociaux de la politique des subsides au niveau national. Les rapports résultants de ce mandat, dirigés par le politologue et spécialiste de l'évaluation des politiques publiques Andreas Balthasar, mettent entre autres en évidence que, si la politique de subside permet d'alléger significativement le poids des primes pour les familles monoparentales et les retraités, celui-ci demeure élevé (supérieur à la cible de 8% évoquée par le Conseil fédéral en novembre 1991) pour des familles de la classe moyenne dans un grand nombre de cantons, même après la déduction des subsides⁸¹. Ces conclusions, combinées à l'observation que le passage de la loi fédérale ne s'est pas traduit en une réduction du rythme de croissance des primes – alors que tel avait été l'un de ses objectifs affichés – contribuent à pousser le Conseil fédéral à proposer en 2002 une réforme de la politique des subsides⁸². Le modèle qu'il formule en août 2002 reprend l'esprit du message de novembre 1991, en fixant la part du revenu disponible des ménages que la charge des primes ne doit pas dépasser, et y ajoute un élément de progressivité – le seuil maximal est plus faible pour les ménages aux revenus les plus faibles. Le projet favorise en outre les familles avec enfants, en fixant pour elles des seuils maximaux moindres⁸³. Des désaccords relatifs aux modalités d'application de

ce projet le font cependant échouer devant le Conseil national lors de la session d'hiver 2003⁸⁴. Une réforme dans le sens d'une réduction du poids des primes pour les familles avec enfants est cependant finalement introduite avec la révision partielle de la LAMal de mars 2005, qui impose aux cantons de réduire d'au moins 50% les primes des enfants pour les ménages à bas et moyens revenus⁸⁵.

Dans le canton de Vaud, l'application de la LAMal se révèle, quelques années après son entrée en vigueur, soulever des difficultés pratiques de taille. Selon le système en place, le Canton verse aux assurés un subside correspondant à l'écart entre la prime effectivement payée et un reste à charge dépendant du revenu déterminant et fixé annuellement par arrêté du Conseil d'État. Le montant des primes exerce donc une influence directe sur la répartition de l'enveloppe des subsides et sur la détermination des critères d'octroi. Or, les primes pour l'année suivante sont annoncées par l'Office fédéral des assurances sociales en octobre de l'année en cours. Cette information, pourtant essentielle au travail de simulation, est donc connue tardivement au regard du calendrier de l'OCC et du Service des assurances sociales et de l'hospitalisation (SASH, fondé en 1984), qui doit informer au plus tard fin novembre les assureurs des primes nettes qu'ils vont être amenés à facturer l'année suivante aux assurés. En l'absence d'informations relatives aux primes connues suffisamment tôt, l'OCC et le SASH naviguent à vue dans la conduite de la politique des subsides.

Afin de corriger ce défaut, le Conseil d'État vaudois propose en mai 2001 une réforme du système fondée sur l'instauration d'une prime cantonale de référence. Selon ce nouveau modèle – qui entre en vigueur en janvier 2002 – le subside correspond, non plus à la différence entre la prime effectivement payée et le reste à charge, mais à la différence entre la prime de référence et le reste à charge⁸⁶. Ce système rend la détermination des critères d'octroi indépendants de la prime effectivement payée, et réduit les aléas dans la conduite de la politique des subsides. Ce nouveau modèle permet également de faire correspondre le montant des subsides à la situation économique des ménages en bénéficiant. En effet, selon l'ancien système, les ménages ayant souscrit des polices auprès d'assureurs différents et payant pour cette raison des primes différentes, touchaient, à revenu identiques, des subsides inégaux. Le nouveau système met fin à ces différences de traitements non fondées sur la situation économique. Les assurés choisissant des caisses-maladie plus chères doivent supporter par eux-mêmes l'excédent de prime. La réforme de mai 2001 est donc également en partie conçue dans le but d'encourager les assurés à s'affilier auprès des assureurs meilleur marché et indirectement, de stimuler la concurrence entre les caisses. Enfin ce changement de modèle permet au Canton de Vaud d'aligner sa pratique sur celle des cantons latins, qui tous ont introduit, au début des années 2000, le principe de la prime de référence. ■

L'INSTAURATION D'UNE PRIME CANTONALE DE RÉFÉRENCE PERMET DE FAIRE CORRESPONDRE LE MONTANT DES SUBSIDES À LA SITUATION ÉCONOMIQUE DES MÉNAGES EN BÉNÉFICIAINT.

DÉLÉGUER OU INTERNALISER ? VERS LA CANTONALISATION DE L'OCC (1984-2007)



L'augmentation du budget cantonal consacrée à la LAMal, résultant de la volonté systématique du Conseil d'État d'utiliser l'intégralité des subsides confédéraux, ainsi que l'augmentation du nombre de bénéficiaires, se traduisent mécaniquement par un accroissement de la charge de travail pour l'OCC. De fait, l'indemnité de gérance versée par le Canton aux Retraites populaires, au titre de la gestion des subsides par l'OCC, augmente significativement au cours de cette période. De 2,5 millions de francs en 1995, l'indemnité de gérance passe à 4 millions en 2000 et à 6 millions de francs en 2006⁸⁷. Confronté à l'augmentation du volume des affaires traitées, l'OCC modernise également à l'occasion du passage de la LAMal son système informatique, avec l'introduction en 1997 de l'application SESAM (Système d'enregistrement des subsides aux primes d'assurance-maladie), en gestation depuis le début des années 1990. Cette application, qui remplace le système – devenu obsolète – d'enregistrement des informations en vigueur depuis la fin des années 1970, doit permettre d'absorber l'accroissement d'activité qui accompagne le passage de la législation fédérale⁸⁸. L'application SESAM demeure vingt ans en usage au sein de l'OCC, et est remplacée en 2017 par le système SAMOA (Subsides à l'assurance-maladie et obligation d'assurance), encore employé en 2024.

L'augmentation des montants gérés et versés par l'OCC au titre de la réduction des primes au milieu des années 2000 reflète l'importance croissante du rôle joué par cet organe dans la politique sociale du Canton. Cette tendance soulève un sujet qui avait à plusieurs reprises fait l'objet de discussions depuis les années 1970 : celui du rattachement de l'OCC à l'État.

La question d'une éventuelle cantonalisation de l'OCC se pose en 1984, à l'occasion de la création du Service des assurances sociales et de l'hospitalisation. Ce nouveau service, intégré au Département de la prévoyance sociale et des assurances, est chargé de gérer l'application des conventions d'hospitalisation, des lois d'assurance-maladie (LEAM et LVAMA) ainsi que de la loi sur les PC AVS/AI. La proximité des missions conduites par ces deux entités pousse le conseiller d'État Daniel Schmutz à examiner l'hypothèse d'un rattachement⁸⁹. Cette option se heurte cependant à l'opposition des Retraites populaires – leur directeur Philippe Bertholet affirme en avril 1984 ne pas être certain « que le personnel, qui est en fait du personnel des Retraites populaires, accepte d'être transféré au DPSA »⁹⁰. Dans une note interne du 18 avril 1984, Claude-Alain Bréa, directeur de l'OCC de 1984 à 2007, affirme estimer « inopportun de procéder à cette modification de la LVAMA, puisque la structure actuelle donne satisfaction à tous les partenaires », et de poursuivre : « Une immixtion directe de l'État aurait-elle la même audience que celle d'un office autonome ? »⁹¹ L'hypothèse de la cantonalisation est alors abandonnée, et l'attachement de l'OCC aux Retraites populaires est confirmée par la révision de la LVAMA du 16 septembre 1987.

La perte de l'OCC est en effet susceptible de présenter pour les Retraites populaires des inconvénients significatifs. La gestion de l'organe permet aux Retraites populaires d'accroître leur visibilité auprès de la population. Comme l'exprime une note interne de novembre 1996, « les excellentes relations de partenariats avec les assureurs, les communes et les assurés provoquent un rayonnement sur les RP qui serait perdu [en cas de perte de l'OCC]. Le sérieux de la gestion de l'OCC, unanimement salué et ses retombées sur les RP serait perdu »⁹². La perte de l'OCC provoquerait par ailleurs la perte des économies d'échelle dont la gestion de l'organe permet aux Retraites populaires de bénéficier, et provoquerait in fine une augmentation des frais généraux. La direction des Retraites populaires, consciente des avantages indéniables attachés à la gestion de l'OCC, entreprend d'obtenir de l'État la signature d'une convention visant à obtenir de longs délais de résiliation du mandat et la promesse du versement d'une indemnité par l'État si celui-ci venait à retirer aux RP la gestion de l'organe⁹³. L'existence de cette convention – signée pour la première fois en septembre 1980 – est régulièrement mise en évidence par les Retraites populaires, pour souligner les difficultés pratiques que soulèverait une éventuelle cantonalisation⁹⁴.

La question du statut à accorder à l'OCC resurgit au milieu des années 1990. À la suite de la révision du 22 mars 1991 de la loi fédérale sur l'assurance invalidité, le Canton entreprend de réorganiser la gestion de cette branche des assurances sociales, confiée jusqu'alors à trois entités, la Commission AI, le Secrétariat AI et l'Office régional AI, situées à Clarens dans les locaux de la Caisse vaudoise de compensation (pour les deux premières) et à Lausanne (pour la troisième)⁹⁵. Conformément aux prescriptions contenues dans la nouvelle mouture de la loi fédérale, le Canton regroupe ces trois entités dans un unique Office AI, installé à Vevey (où il est encore en 2024). Cette réorganisation administrative et géographique suscite des interrogations quant à la façon dont doivent être utilisés les locaux de Clarens, désormais surdimensionnés. Dans une interpellation du 8 novembre 1993 relative à la « décentralisation concentrée », le député

Eric Walther évoque l'hypothèse d'un déplacement à Clarens de l'OCC, installé depuis sa fondation au siège des Retraites populaires rue Caroline à Lausanne⁹⁶. Le Conseil d'État rejette cependant cette proposition, affirmant que «l'OCC est lié de près à l'organisation des Retraites populaires; l'en détacher provoquerait de très importants travaux d'organisation, cumulant ces difficultés à celles qui nous attendent avec la mise en place de la nouvelle législation fédérale en matière d'assurance-maladie»⁹⁷.

L'idée d'un déplacement de l'OCC à Clarens n'est cependant pas abandonnée. Au printemps 1995, la direction de la Caisse de compensation soumet au Conseil d'État une demande visant à ce que lui soit confiée la gestion de la politique des subsides, en prenant exemple sur les pratiques en vigueur dans d'autres cantons. Cette demande suscite des réactions vigoureuses du SASH et de l'OCC. Dans un rapport au conseiller d'État Charles Favre, le chef du SASH Michel Surbeck remet en question le bien-fondé d'un tel transfert, affirmant que «le rattachement d'une activité qui ne correspond pas à la logique et à la culture d'une entreprise accroît artificiellement l'empire de cette entreprise et engendre des coûts supplémentaires»⁹⁸. Il accuse à cette occasion la direction de la Caisse de compensation de n'être motivée dans cette demande que par la volonté de «compenser le départ du Secrétariat AI», et par la défense de ce qu'elle «considère être son territoire, alors que la réflexion devrait porter sur une nouvelle efficience de la [Caisse de compensation]: le «pouvoir» ne se mesure pas au nombre de personnes qu'un chef dirige, mais à l'atteinte des objectifs, ainsi qu'à l'efficacité et à la crédibilité de ses résultats»⁹⁹. Ces tensions internes à l'administration vaudoise n'aboutissent cependant à aucune modification du statu quo.

La question d'une éventuelle cantonalisation de l'OCC se pose de nouveau avec force au milieu des années 2000. Les discussions sur ce sujet interviennent alors dans un contexte marqué par une faiblesse structurelle des finances cantonales. Au cours de la décennie 1990, et jusqu'en 2004, le budget cantonal est systématiquement déficitaire, de sorte que la dette cantonale s'accumule. Le Conseil d'État entreprend à partir du début des années 2000 de mettre en place des mesures de rigueur budgétaire afin de rétablir l'équilibre des finances cantonales. La nouvelle Constitution vaudoise, entrée en vigueur en avril 2003, l'y contraint. Son article 165 spécifie que «[s]i, dans les derniers comptes, les recettes ne couvrent pas les charges avant amortissements, les autorités cantonales prennent sans délai des mesures d'assainissement portant sur le montant du dépassement.»

Afin de parvenir à respecter les devoirs que lui impose la nouvelle constitution cantonale, le Conseil d'État lance en décembre 2004 le programme DEFI (Démarche pour le réexamen du fonctionnement et des prestations de l'État). Le but affiché de cette démarche – pilotée par la conseillère d'État PLR Jacqueline Maurer Mayor – est de supprimer les prestations d'État jugées superflues et de générer des économies de frais généraux par une rationalisation de l'administration cantonale. La mise en œuvre du programme DEFI s'accompagne d'un examen de la pertinence de sous-traiter certains services gouvernementaux.

L'entrée en vigueur en 2001 de la loi fédérale sur la TVA (du 2 septembre 1999), qui impose aux cantons de payer cet impôt sur le montant des prestations de services payées aux tiers, s'est traduit par une croissance significative des coûts de l'externalisation.

La volonté d'économiser la TVA pousse donc la Commission des finances à relancer le sujet du rattachement de l'OCC à l'État. Entre 2000 et 2005, le Canton verse annuellement en moyenne environ 5 millions de francs d'indemnités de gérance aux Retraites populaires, sur lesquels il doit déboursier 400 000 de francs de TVA. La proposition de cantonaliser l'OCC s'inscrit également dans un contexte de dégradation de la productivité du service fourni à l'État par les Retraites populaires. Alors que l'OCC verse aux ayants droit 88 francs de subsides pour 1 franc de frais de gestion en 1998, cette proportion passe à 59 francs en 2004 et 51 francs en 2005¹⁰⁰. La direction des Retraites populaires entreprend certes dans ce contexte de défendre son activité auprès du Conseil d'État et du Grand Conseil, en insistant sur «la très grande souplesse de gestion offerte à l'État par [l'entreprise]¹⁰¹» et sur «l'attractivité de [la] tarification et de la qualité des services fournis pour la gestion de l'OCC»¹⁰². Elle met également en évidence l'existence de la convention liant les Retraites populaires et l'OCC jusqu'en 2011. Ces arguments ne parviennent cependant pas à convaincre le Conseil d'État, qui décide fin 2005 d'aller de l'avant sur ce dossier. En janvier 2006, le Conseiller d'État Pierre-Yves Maillard annonce la cantonalisation à venir de l'OCC à la direction des Retraites populaires. Celle-ci affirme en février 2006 avec amertume «pren[dre] acte de cette décision unilatérale, qui ne respecte pas les conditions contractuelles», et regretter «de devoir [se] séparer de collaborateurs qui ont assumé avec compétence et efficacité leur mission et dont certains sont [aux Retraites populaires] depuis le début de la gestion de l'OCC, soit en 1972»¹⁰³. Le transfert est finalement acté en janvier 2007.

La cantonalisation de l'OCC suscite de lourds travaux administratifs. Le SASH et la direction des ressources humaines des Retraites populaires organisent de concert au cours de l'année 2006 le licenciement collectif et la reprise par l'État à des conditions similaires des 37 employés travaillant pour l'OCC. Un aspect particulier de ce transfert provoque cependant le mécontentement des collaborateurs de l'OCC: le choix de localiser les bureaux au Chemin de Mornex. Ce choix introduit une distance géographique entre l'OCC et son département de tutelle, le SASH, siégeant quant à lui au bâtiment administratif de la Pontaise. Il crée chez certains collaborateurs un sentiment d'isolement, et rend délicate l'identification au nouveau service¹⁰⁴. C'est finalement en 2022 que l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) – l'OCC ayant été ainsi renommé en 2011 – rejoint le bâtiment administratif de la Pontaise, des travaux de rénovation ayant permis d'y libérer des espaces de bureau. L'OVAM y siège depuis lors aux côtés de la Direction générale de la cohésion sociale, à laquelle il est directement rattaché, issue quant à elle de la fusion en 2019 du SASH et du Service de la prévoyance et de l'aide sociale. ■

LA VOLONTÉ D'ÉCONOMISER LA TVA POUSSE LA COMMISSION DES FINANCES À RELANCER LE SUJET DU RATTACHEMENT DE L'OCC À L'ÉTAT.

8

DE LA RÉFORME DE LA PÉRÉQUATION FINANCIÈRE À L'INITIATIVE POPULAIRE D'ALLÈGEMENT DES PRIMES (2007-2024)



Alors que l'OCC est intégré à l'administration cantonale vaudoise, une réforme de grande ampleur de la péréquation financière au niveau fédéral s'apprête à aboutir. Cette réforme, en discussion depuis le début des années 1990, vise à clarifier la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. La croissance du champ d'intervention de la Confédération à partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale avait conduit à un « enchevêtrement » des tâches, que la réforme entreprend de démêler en définissant des listes précises de domaines relevant de l'autorité respective de la Confédération et des cantons. La réforme introduit également des mécanismes de compensation par lesquels les

cantons à ressources élevées, ainsi que la Confédération, contribuent à soutenir financièrement les cantons désavantagés, socialement ou géographiquement¹⁰⁵. Le projet, accepté par le peuple en référendum le 28 novembre 2004, est validé dans ses grandes lignes par l'Assemblée fédérale en octobre 2006. Cette loi, qui constitue, selon les mots de la Confédération, « la plus grande réforme du fédéralisme depuis la création de l'État fédéral¹⁰⁶ » entre finalement en vigueur le 1er janvier 2008.

La réforme de la péréquation financière exerce une influence directe sur le financement des subsides à l'assurance-maladie. Elle conduit à l'introduction d'un nouveau mode de calcul de l'enveloppe versée aux cantons. Alors que celle-ci était calculée jusqu'alors en tenant compte à la fois de l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins et de la situation financière de la Confédération, elle est déterminée à partir de 2008 en fonction du seul critère des coûts. Elle est plus précisément fixée à 7,5 % des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins, eux-mêmes calculés à partir d'une prime moyenne nationale et d'un indice de participation des assurés aux coûts¹⁰⁷. La réforme de la péréquation financière modifie également la façon dont l'enveloppe fédérale est distribuée aux cantons. La nouvelle méthode de calcul abandonne le critère de capacité financière cantonale pour ne retenir que la population (et le nombre de travailleurs frontaliers) comme variable déterminante de la clé de répartition. Cette façon de procéder pour déterminer le montant de l'enveloppe fédérale et sa répartition aux cantons, demeure en 2024 encore en vigueur.

Les modifications introduites par la réforme de la péréquation financière se traduisent par un retrait relatif de la Confédération en matière de financement des subsides, et, symétriquement, par un renforcement du rôle des cantons dans ce domaine. La part du montant total des subsides pris en charge par la Confédération, relativement stable autour de 66 % de 1996 à 2007, chute en 2008 à 52 %¹⁰⁸. De même, dans le canton de Vaud, le passage de la RPT s'accompagne d'une baisse de la part fédérale, qui passe de 65 % à 46 % entre 2007 et 2008. Cette baisse se traduit par une augmentation significative des montants absolus versés par le Canton et les communes, qui passent de 121 à 182 millions de francs entre ces deux dates, soit une hausse de 50 %.

Ce ne sont cependant pas tant les montants absolus alloués par le Canton et les communes aux subsides qui absorbent alors l'attention politique, que la façon dont ces montants sont répartis entre les différentes catégories d'ayants droit. La loi vaudoise de 1996 introduit en effet une distinction entre les bénéficiaires de « subsides intégraux » d'une part, et de « subsides partiels » d'autre part¹⁰⁹. Le premier groupe est composé des personnes au bénéfice de l'aide sociale ou de prestations complémentaires AVS/AI ; leur prime d'assurance-maladie est prise en charge à 100 % par l'État¹¹⁰. Le second groupe est quant à lui composé des personnes auxquelles s'applique le régime standard des subsides, d'après lequel l'État prend en charge la différence entre la prime et le reste à charge, ce dernier étant fonction du revenu déterminant. La formule de calcul du subside ne prévoyant pas dans ce cas de reste à charge nul, l'État ne finance pour ce groupe qu'une fraction de la prime.

LES MODIFICATIONS INTRODUITES PAR LA RÉFORME DE LA PÉRÉQUATION FINANCIÈRE SE TRADUISENT PAR UN RETRAIT RELATIF DE LA CONFÉDÉRATION EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DES SUBSIDES.

Or, la première moitié de la décennie 2000 voit décroître le poids des bénéficiaires de subsides partiels, tant en proportion des montants totaux de subsides versés qu'en proportion du nombre total de bénéficiaires. Selon le mécanisme mis en place en 1996, les bénéficiaires de subsides partiels forment une catégorie « résiduelle ». Ils se voient attribuer la part restante du budget destiné aux subsides, une fois déduits les montants alloués aux bénéficiaires des prestations complémentaires AVS/AI et de l'aide sociale. Or, l'augmentation des primes, consécutive à l'accroissement généralisé des coûts du système de soins, se traduit mécaniquement par une augmentation des montants versés aux bénéficiaires de l'aide sociale et de prestations complémentaires AVS/AI, qui bénéficient, et ce indépendamment de la situation budgétaire, de la prise en charge intégrale de leur prime. En revanche, l'enveloppe budgétaire totale destinée aux subsides ne dépend quant à elle qu'imparfaitement de l'inflation des primes¹¹¹. De fait, comme le met en évidence le graphique 6 (voir section 6), le montant total versé au titre de la réduction individuelle des primes demeure constant en francs nominaux entre 1998 et 2005, autour de 300 millions de francs. La constance nominale de l'enveloppe budgétaire consacrée aux subsides, combinée à l'accroissement des montants absorbés par les bénéficiaires de l'aide sociale et des prestations complémentaires, comprime mécaniquement la part consacrée aux subsides partiels. L'enveloppe destinée aux subsides partiels passe de 166 millions de francs en 2002 à 96 millions de francs en 2005, soit une baisse de 40 %. Les montants consacrés aux subsides intégraux passent

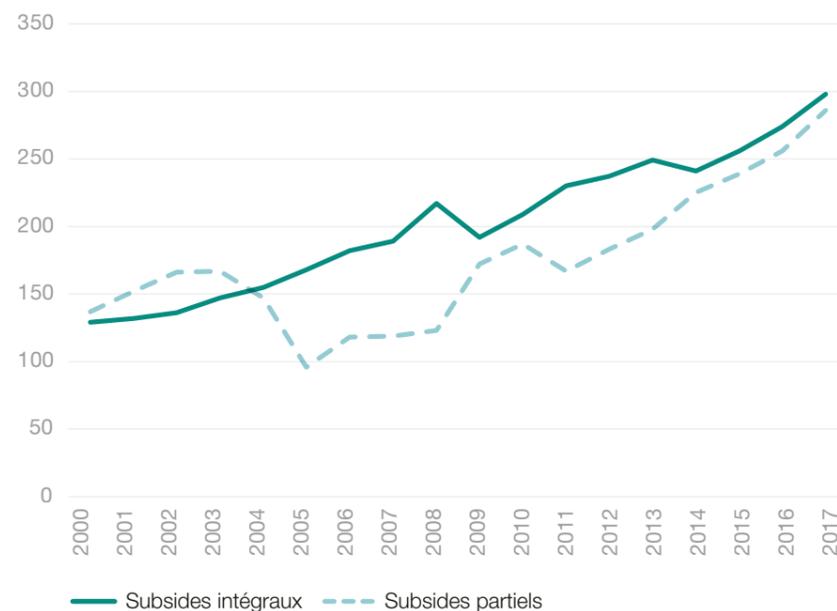
dans la même période de 136 à 168 millions de francs, soit une hausse de 24 % (voir graphique 7 ci-contre). De même, le nombre de bénéficiaires de subsides partiels passe de 109 000 en 2002 à 90 000 personnes en 2005, alors que le nombre de bénéficiaires de subsides intégraux passe de 61 000 à 68 000 personnes entre ces deux dates.

L'importance relative des montants versés pour les subsides intégraux est alors considérée comme reflétant l'existence d'incitations perverses dans la façon dont est organisée l'aide sociale dans le canton. En couvrant l'intégralité de primes s'élevant à plusieurs centaines de francs par mois, le Canton est de fait amené à verser aux personnes concernées des sommes conséquentes au titre de la réduction individuelle des primes. Cette situation est alors perçue comme à même de donner naissance à des effets de seuil, en particulier pour les bénéficiaires du revenu d'insertion (RI). Ces derniers sont, en cas de reprise d'emploi ou d'augmentation du taux d'activité s'accompagnant d'une sortie du dispositif d'aide sociale, susceptibles de voir baisser leur revenu disponible, net de la réduction de prime. Le SASH donne en septembre 2008, à l'occasion d'une conférence de presse sur le sujet, l'exemple chiffré suivant pour illustrer le phénomène : une personne touchant par son travail 28 000 francs est en droit de recevoir 1 000 francs de RI, et de voir en tant que bénéficiaire de l'aide sociale ses primes prises en charge à 100 % par l'État. En touchant, à la suite d'une augmentation de son taux d'activité, 30 000 francs de salaire, cette personne sortirait des normes du RI et perdrait le bénéfice de la couverture intégrale des subsides. Son revenu disponible net, amputé de 1 000 francs de RI et de 2 400 francs de subsides à l'assurance-maladie, baisserait finalement de 1 400 francs¹¹².

Les discussions portant sur la réduction des effets de seuils à la sortie du RI témoignent d'une attention grandissante portée en Suisse au phénomène des « working poor ». Cette expression, désignant les personnes pauvres en dépit d'une activité professionnelle, fait son apparition aux États-Unis à la fin des années 1960, et se diffuse en Europe au début des années 2000 par le biais de l'Allemagne, où ce phénomène est discuté au moment de l'introduction, sous le mandat du Chancelier Gerhard Schröder, des « lois Hartz », réformant en profondeur la politique de l'emploi et les dispositifs d'aide sociale. En Suisse, ce phénomène fait l'objet d'un rapport de l'Office fédéral de la statistique dès 2001¹¹³, et un programme national de recherche lancé la même année entreprend notamment d'en étudier les causes ; il en résulte la publication en 2004 du livre « Les working poor en Suisse - Comment sortir de l'aide sociale »¹¹⁴.

Les « working poor » sont alors perçus comme particulièrement susceptibles d'être affectés par le phénomène de la « trappe à inactivité », que la politique des subsides à l'assurance-maladie est accusée de contribuer à alimenter. Le Conseil d'État entreprend donc, par l'arrêté annuel déterminant les paramètres donnant droit aux subsides, de limiter ce phénomène. À partir de 2005, et jusqu'à la fin de la décennie 2000, il accroît régulièrement et progressivement le seuil plancher de revenu donnant droit au subside partiel maximum, afin de rapprocher ce seuil du revenu de sortie du RI. En parallèle, il accroît le montant de la déduction forfaitaire par enfant, afin notamment de permettre aux couples

Graphique 7. Montants versés aux bénéficiaires de subsides intégraux et de subsides partiels, 2000-2017 (en millions de francs).



Sources : Direction OCC ; « Rapport du Conseil d'État sur le postulat Bernard Borel et consorts concernant la politique du Conseil d'État relative aux subsides cantonaux aux primes d'assurance maladie obligatoire », BGC, Textes du Conseil d'État traités au Grand Conseil lors des séances du 3 mars 2009 au 5 mai 2009, pp. 642-648.

LES DISCUSSIONS PORTANT SUR LA RÉDUCTION DES EFFETS DE SEUILS À LA SORTIE DE L'AIDE SOCIALE TÉMOIGNENT D'UNE ATTENTION GRANDISSANTE PORTÉE EN SUISSE AU PHÉNOMÈNE DES « WORKING POOR ».

LE THÈME DU « DÉCLIN DE LA CLASSE MOYENNE » FAIT L'OBJET DE DISCUSSIONS ABONDANTES À PARTIR DES ANNÉES 2000.

avec enfants et aux familles monoparentales de bénéficier de subsides partiels plus généreux à la sortie du RI¹¹⁵. Cette politique d'ajustement des seuils donnant droit aux subsides ne constitue cependant qu'un aspect parmi d'autres d'une politique plus large, conduite au cours de cette période, visant à accroître l'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'aide sociale. Cette politique se traduit entre autres par le renforcement de la subsidiarité dans l'examen des demandes d'aide sociale, par l'amélioration de la transmission d'informations au sein de l'administration vaudoise à travers la création d'un revenu déterminant unifié, applicable à l'ensemble des domaines de l'aide sociale¹¹⁶.

La baisse, au cours de la première décennie du XXI^e siècle, du nombre des bénéficiaires de subsides partiels et des montants leur étant accordés, tant en valeur absolue qu'en part des subsides totaux, est perçue plus généralement comme le symptôme d'une négligence politique et sociale généralisée de la situation des familles de la classe moyenne. Le thème du « déclin de la classe moyenne » fait l'objet au début du XXI^e siècle de discussions abondantes. L'on évoque alors tantôt la « classe moyenne menacée » (Beobachter), tantôt la « classe moyenne malmenée » (Avenir Suisse)¹¹⁷. Le système d'assurance-maladie est régulièrement accusé d'exercer sur elle un effet appauvrissant et précarisant¹¹⁸. Comme l'exprime un article intitulé « Les éternels perdants », paru en mars 2011 dans la Neue Zürcher Zeitung, « les riches profitent des baisses d'impôts, les pauvres des subventions. En revanche, la classe moyenne – la catégorie sociale la plus nombreuse – ne décolle pas. La hausse des loyers et des primes [d'assurance-maladie] grignote les augmentations de salaire »¹¹⁹. L'on reproche également à la politique des subsides d'échouer à soulager les classes moyennes du poids croissant des primes. Le « Monitoring » de la politique des subsides pour l'année 2010 publié par l'Office fédéral de la santé publique, met en évidence la charge importante que représente les primes dans le budget d'un ménage type de la classe moyenne, défini comme étant composé de deux parents mariés (dont le revenu brut s'élève au total à 70 000 francs) et de deux enfants de moins de 5 ans. La part des primes s'élève en 2010 à 10 % du revenu disponible en moyenne sur l'ensemble de la Suisse, contre 8 % en 2000. Or, c'est précisément dans le canton de Vaud que cette part est la plus élevée : elle y atteint 16 % (contre 11,2 % en 2000)¹²⁰.

Le poids élevé et croissant des primes dans le budget des ménages de la classe moyenne est perçu comme entretenant un rapport étroit avec l'augmentation des montants consacrés annuellement au « contentieux ». Ce terme désigne l'activité par laquelle le Canton prend en charge, temporairement ou de façon permanente, les arriérés des ménages se retrouvant, pour une raison ou pour une autre, dans l'incapacité d'acquitter leur prime d'assurance-maladie. Cette activité ne naît certes pas avec la loi fédérale de 1994. Comme la section 1 de ce rapport l'a mis en évidence, les premières lois cantonales et communales d'assurance-maladie obligatoire, introduites à partir des années 1910, explicitent la façon dont les autorités publiques prennent en charge les cotisations dues par les assurés « indigents »¹²¹. L'arrêté vaudois du 29 septembre 1920 rendant l'assurance obligatoire pour les enfants des écoles primaires du canton spécifie par exemple que « les communes sont responsables du paiement des cotisations des élèves astreints

à l'assurance sur leur territoire et supportent celles des assurés indigents »¹²¹. C'est avec la révision de la LVAMA du 16 septembre 1987 que la prise en charge des cotisations impayées devient une prérogative cantonale – relevant directement de la politique des subsides – et que les frais en résultant sont intégrés au budget de l'OCC¹²². L'introduction de l'assurance obligatoire généralisée dans les années 1990 confère à cette activité une portée nouvelle. Les arriérés de primes ne concernent cependant pas en premier lieu les ménages les plus pauvres – ceux qui bénéficient de l'aide sociale ou de prestations complémentaires voient en effet leurs primes prises en charge intégralement et automatiquement par l'État. Les défauts de paiement de primes concernent avant tout les ménages de la classe moyenne inférieure, pour lesquels le reste à charge de primes peut se révéler, selon les circonstances, difficilement supportable.

De fait, les frais liés au contentieux augmentent rapidement au début des années 2000, en même temps que décroissent les montants accordés pour les subsides partiels. De 15 millions de francs en 2000, les dépenses du contentieux passent à 39 millions de francs en 2006 (5 et 12 % du budget total alloué à la politique des subsides à ces deux dates, respectivement). Cette évolution est considérée comme particulièrement problématique au regard des changements dans la législation fédérale en la matière : selon le nouvel article 64a de la LAMal, entré en vigueur en janvier 2006, les assureurs doivent suspendre le remboursement des prestations pour les assurés n'ayant pas, malgré rappel, acquitté leurs primes. Si l'ambition de cet article est de limiter les défauts de paiements de primes, considérés comme étant en partie engendrés par l'aléa moral que susciterait la prise en charge inconditionnelle des prestations médicales et hospitalières, il se révèle poser d'importants problèmes aux hôpitaux, qui doivent faire face à un nombre croissant de factures impayées¹²³. Afin de limiter ce phénomène, le Canton de Vaud, en même temps que plusieurs autres cantons (Bâle-Ville, Genève, Neuchâtel et le canton du Valais), passent avec les caisses-maladie une convention, par laquelle celles-ci s'engagent à ne pas suspendre le paiement des prestations médicales, en échange de quoi le Canton garantit le paiement des arriérés de primes dans les trois mois suivant la présentation de l'acte de défaut¹²⁴. Comme l'exprime le Conseil d'État en août 2008, dans son rapport au postulat Bernard Borel :

La modification de la LAMal [l'introduction de l'article 64a] supposait que la cohorte des débiteurs de primes d'assurance maladie était composée essentiellement de mauvais payeurs, voire de profiteurs du système. L'expérience vaudoise contredit cette hypothèse et la plupart des cantons tirent aujourd'hui le même constat : à l'évidence, les assurés touchés par une mesure de suspension du remboursement des prestations d'assurance maladie sont essentiellement des personnes de condition moyenne ou modeste qui, même en touchant un subside, n'arrivent plus à assumer la part qui reste à leur charge.¹²⁵

Face aux difficultés qu'il soulève, l'Assemblée fédérale révisé l'article 64a en mars 2010. La nouvelle mouture de l'article, entrée en vigueur en janvier 2012, oblige les assureurs à rembourser toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS), y compris lorsque l'assuré n'a pas payé ses primes.

À PARTIR DE LA FIN
DES ANNÉES 2000, LES
EFFORTS DU CONSEIL
D'ÉTAT SE PORTENT
SUR L'AMÉLIORATION
DE LA SITUATION DES
BÉNÉFICIAIRES DE
SUBSIDES PARTIELS.

En contrepartie, les cantons prennent en charge 85 % des arriérés dès lors qu'a été émis un acte de défaut de bien. La nouvelle version de l'article permet cependant aux cantons de tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites (les « listes noires »), et de suspendre pour eux le remboursement des prestations, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence. Ces « listes noires » (auxquelles en 2024 quatre cantons ont recours) font l'objet de controverses récurrentes depuis leur entrée en vigueur¹²⁶.

À partir de la fin des années 2000, le Canton de Vaud concentre donc ses efforts sur l'amélioration de la situation des bénéficiaires de subsides partiels. Comme l'exprime Pierre-Yves Maillard à l'automne 2012, « [n]ous avons d'abord essayé d'agir sur le bas de l'échelle, pour casser l'effet de seuil qu'il y avait à la sortie du revenu d'insertion. Maintenant que cela est fait, l'idée est d'aller un peu au-delà pour toucher cette classe moyenne inférieure »¹²⁷. Les ménages composant ce groupe, dont les revenus se situent juste au-dessus du seuil donnant droit aux minima sociaux, « n'ont souvent aucune aide et ont vécu douloureusement les hausses des primes d'assurance-maladie des dernières années et ont ainsi perdu du pouvoir d'achat »¹²⁸. Cette politique est conduite progressivement, par l'ajustement des paramètres fixés annuellement dans l'arrêté du Conseil d'État sur les subsides. En plus d'augmenter la déduction par enfant à charge, le Conseil d'État accroît progressivement la limite supérieure de revenu donnant droit aux subsides. Il élargit ainsi le cercle des bénéficiaires potentiels de subsides partiels. Par ailleurs, le Conseil d'État, en suivant une recommandation formulée par la Cour des comptes en 2012, procède occasionnellement à la baisse de la prime de référence applicable aux bénéficiaires du RI, afin de les inciter à opter pour des modèles d'assurance optimisant le rapport prime/franchise¹²⁹. En réduisant les montants consacrés aux subsides intégraux, cette politique accroît mécaniquement la part destinée aux subsides partiels.

Si ces mesures conduisent graduellement à l'augmentation des montants consacrés aux subsides partiels, tant en valeur absolue qu'en proportion des subsides totaux (graphique 7 page 46), elles peinent à limiter l'érosion du pouvoir d'achat qui accompagne les augmentations régulières de primes. De fait, au milieu de la décennie 2010, en dépit des augmentations significatives des montants consacrés aux subsides (graphique 8 page 53), les primes continuent de représenter une part relativement importante du budget des ménages. Selon le Monitoring confédéral sur la réduction des primes pour l'année 2014, un couple avec deux enfants, disposant d'un revenu médian, consacre dans le canton de Vaud 15 % de son revenu disponible aux primes d'assurance-maladie nettes des subsides¹³⁰. Cette situation contraste avec les ambitions formulées à la fin de la décennie 2000 par le Conseil d'État. Celui-ci affirmait en août 2008, dans le rapport sur le Postulat Bernard Borel, vouloir « limiter la part des dépenses (taux d'effort) d'un ménage pour les primes à l'assurance-maladie après versement du subside à un taux maximal à ne pas dépasser [devant se situer] au maximum à hauteur de 10 % du revenu. »¹³¹ Cette cible n'est, de fait, au milieu de la décennie 2010, pas atteinte. Le Conseil d'État l'admet en ces termes en juin 2015 :

Les améliorations apportées au système des subsides pour la réduction individuelle des primes de l'assurance obligatoire des soins (LAMal) depuis maintenant 10 ans n'ont pas réussi à compenser la hausse des primes durant la même période. De très nombreux ménages doivent encore assumer des primes LAMal qui dépassent les 10 % de leurs ressources, même après l'octroi d'un subside. Pour les ménages avec des revenus moyens, la dépense pour l'assurance maladie dépasse celle consacrée à l'alimentation. En septembre 2013 dans le Canton de Vaud, près de 40 % des ménages bénéficiaires d'un subside partiel consacraient plus de 10 % de leur revenu à leurs primes LAMal, dont le tiers d'entre eux plus de 15 %¹³².

Une proposition connaît dans ce contexte un regain de popularité : celle formulée par la commission Schoch en novembre 1990 et par le Conseil fédéral dans son message sur l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, consistant à limiter la part des primes dans le budget des ménages, par la fixation d'un seuil (le « taux d'effort ») au delà duquel les primes sont intégralement subsidiées. Le Parti socialiste vaudois lance à l'automne 2014 une initiative populaire cantonale, visant à instaurer un taux d'effort maximal de 10 %. Au niveau national, le PS entreprend, à partir de 2015 – après le rejet un an auparavant d'une initiative portant sur l'instauration d'une caisse unique – de faire de la fixation d'un taux d'effort maximal l'un des points centraux de son programme en matière d'assurance-maladie. Il compte à cet égard sur l'appui de l'Union syndicale suisse, qui défend en janvier 2015 une proposition similaire¹³³. Dans plusieurs cantons, comme en Argovie en mai 2017 et à Bâle-Campagne en novembre 2018, le PS parvient à soumettre cette proposition à la souveraineté populaire – sans succès. Le projet consistant à instaurer un taux d'effort maximal est également promu au Parlement fédéral, comme en juin 2016, dans une motion soumise par la conseillère aux États genevoise Liliane Maury Pasquier. Cette motion est cependant rejetée en septembre de la même année¹³⁴.

Dans le canton de Vaud, c'est finalement – et de façon a priori quelque peu surprenante – par le biais de la réforme de l'imposition des entreprises que le projet visant à limiter la charge des primes d'assurance-maladie à 10 % du revenu se fraie un chemin dans la législation cantonale. À partir du début de la décennie 2010, et dans le sillon de la crise financière de 2008, certains aspects du régime fiscal suisse sont soumis à une critique grandissante sur la scène internationale. L'Union européenne et l'OCDE exercent une pression sur la Suisse afin qu'elle abolisse les statuts fiscaux spéciaux dont bénéficient au niveau cantonal certaines entreprises internationales. La Confédération élabore dans ce contexte une réforme de la fiscalité des entreprises – la « troisième réforme de l'imposition des entreprises », ou RIE III – visant notamment à supprimer la taxation différenciée des bénéfices locaux et étrangers, afin d'éviter d'éventuelles sanctions susceptibles de nuire à la compétitivité du pays.

LE PASSAGE DE LA RIE III VAUDOISE ENTRAÎNE UNE MODIFICATION DU SYSTÈME DES SUBSIDES DANS LE CANTON, AVEC L'INTRODUCTION D'UN TAUX D'EFFORT MAXIMAL.

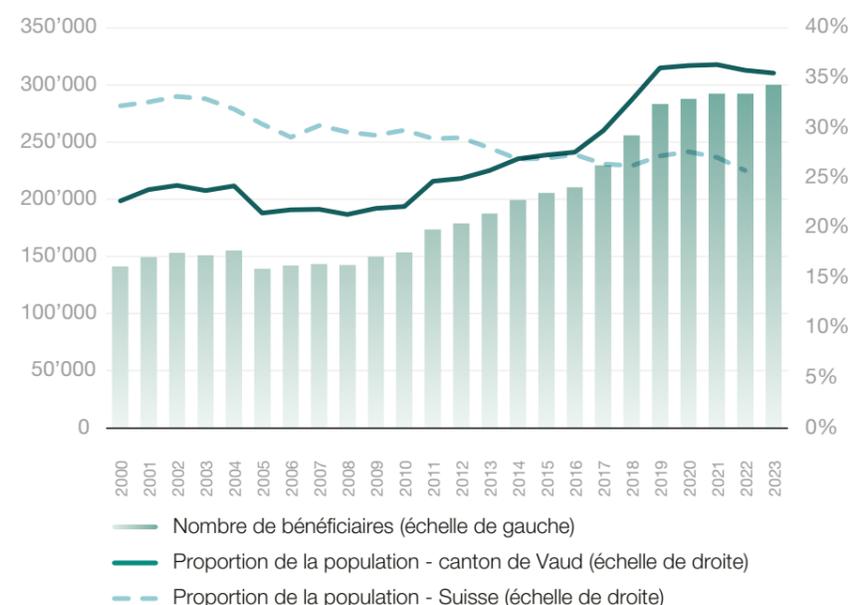
Le Canton de Vaud perçoit de façon défavorable la suppression des régimes fiscaux spéciaux. Ceux-ci représentent pour le Canton une source d'attractivité au niveau national et international. Les sociétés concernées – holdings, sociétés de domicile, sociétés mixtes – sont largement implantées dans le canton. Elles génèrent pour lui des revenus fiscaux substantiels, et les employés qui y travaillent sont en général hautement qualifiés. Afin de compenser l'éventuelle perte de compétitivité qu'est susceptible d'entraîner la disparition des statuts fiscaux spéciaux, le Conseil d'État entreprend, à partir de la fin de l'année 2014, de lancer une large réforme fiscale cantonale – anticipant celle alors en préparation au niveau confédéral –, visant pour l'essentiel à diminuer significativement les impôts sur les entreprises. Le Parti socialiste vaudois entrevoit dans cette réforme de la fiscalité des entreprises l'opportunité politique de promouvoir son programme social. À travers la personne de Pierre-Yves Maillard, chef du Département de la santé et de l'action sociale, les socialistes vaudois acceptent de soutenir la réforme de la fiscalité des entreprises, en échange de l'introduction dans le texte de loi d'une série de mesures sociales destinées à soutenir le pouvoir d'achat des familles. Parmi ces mesures, figurent l'augmentation des allocations familiales, l'augmentation des aides financières pour l'accueil de jour des enfants, et, donc, un renforcement de la politique des subsides à l'assurance-maladie, suivant le modèle promu par le Parti socialiste, consistant à instaurer un taux d'effort maximal pour les primes de 10%¹³⁵. Le compromis politique ainsi élaboré est soumis au peuple vaudois le 20 mars 2016, qui l'accepte à une très large majorité (87%).

Le passage de la RIE III vaudoise entraîne donc dans son sillon une modification du système des subsides dans le canton. La réforme introduit plus précisément une nouvelle catégorie d'aide financière pour l'assurance-maladie, le «subside spécifique». Celui-ci s'ajoute aux subsides partiels existants – rebaptisés à cette occasion «subsides ordinaires» –, et vise à couvrir les ménages concernés par les montants de primes dépassant le 10% du revenu déterminant. Il est donc possible pour un ménage, selon ce nouveau système, de bénéficier à la fois du subside ordinaire et du subside spécifique. Si après déduction du subside ordinaire, le reste à charge de prime se révèle dépasser le taux d'effort prévu par la loi, le subside spécifique intervient, pour couvrir la différence. Cette mesure est introduite en deux étapes. Le taux d'effort est fixé dans un premier temps à 12% – à partir de septembre 2018 –, puis est finalement abaissé au niveau de la cible initialement annoncée, soit 10%, à partir de janvier 2019.

Cette mesure, qui s'inscrit dans la continuité de la politique du Conseil d'État en matière d'assurance-maladie depuis la fin de la décennie 2000, s'accompagne d'une augmentation significative du nombre de bénéficiaires, qui passe de 230 000 en 2017 à 283 000 en 2019, soit 29 et 35% de la population vaudoise à ces deux dates, respectivement (graphique 8 ci-contre). Les effets de la réforme sont également perceptibles du point de vue des montants de subsides versés, qui passent de 629 millions en 2017 à 814 millions de francs en 2019 (graphique 9 à la page suivante). À cette date, la part du budget cantonal consacrée aux subsides atteint 4%, son plus haut historique. Si les montants de subsides versés tendent à stagner de 2019 à 2022 (en raison

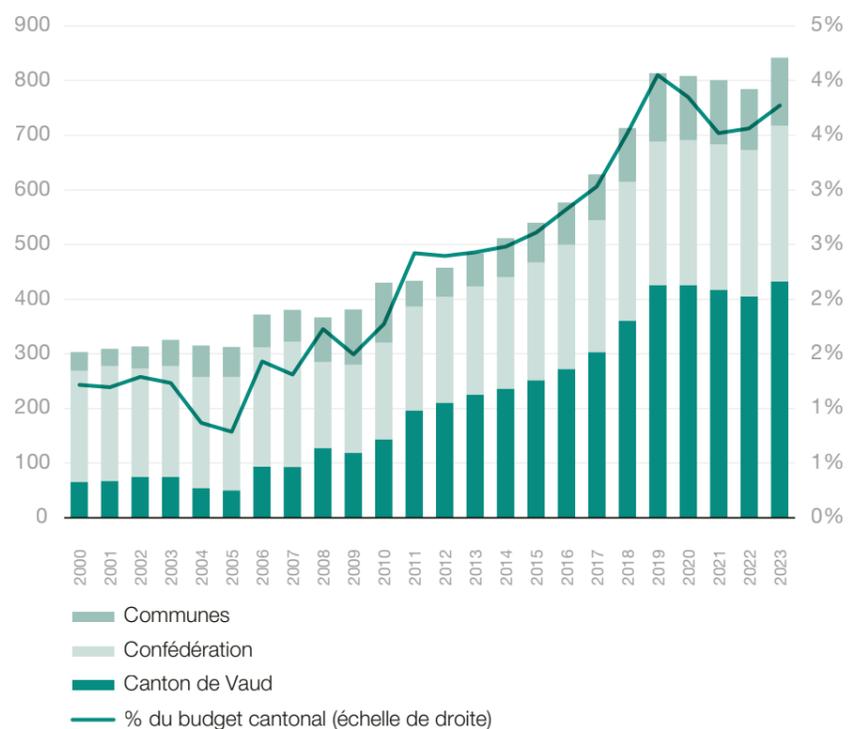
de la stabilité des primes sur cette période), c'est le Canton de Vaud qui, au début de la décennie 2020, de tous les cantons, consacre en proportion de son PIB, les montants de subsides les plus importants. Cette proportion atteint 1,2% en 2021, contre 0,8% en 2010 (graphique 10 à la page suivante). Si le positionnement vaudois en comparaison intercantonale est en partie attribuable au fait que les primes tendent à être dans le canton de Vaud plus élevées qu'ailleurs (et donc que leur réduction exige un effort financier plus important)¹³⁶, il reflète également directement les intentions du Conseil d'État, analysées ci-dessus, de faire de la politique des subsides un élément central de la politique sociale cantonale. De fait, la «contribution cantonale» (incluant la part prise en charge par les communes dans le cadre de la facture sociale) à la politique des subsides est passée de 55% en 2010, à 64% en 2022 (les 36% restant étant pris en charge par la Confédération). Sur la même période, la contribution moyenne pour l'ensemble des cantons a eu tendance à chuter légèrement, passant de 50% en 2010 à 46% en 2022. Cette moyenne cache cependant d'importantes disparités cantonales, certains cantons ayant réduit leur part de façon importante sur la période¹³⁷.

Graphique 8. Bénéficiaires de subsides, 2000-2023.

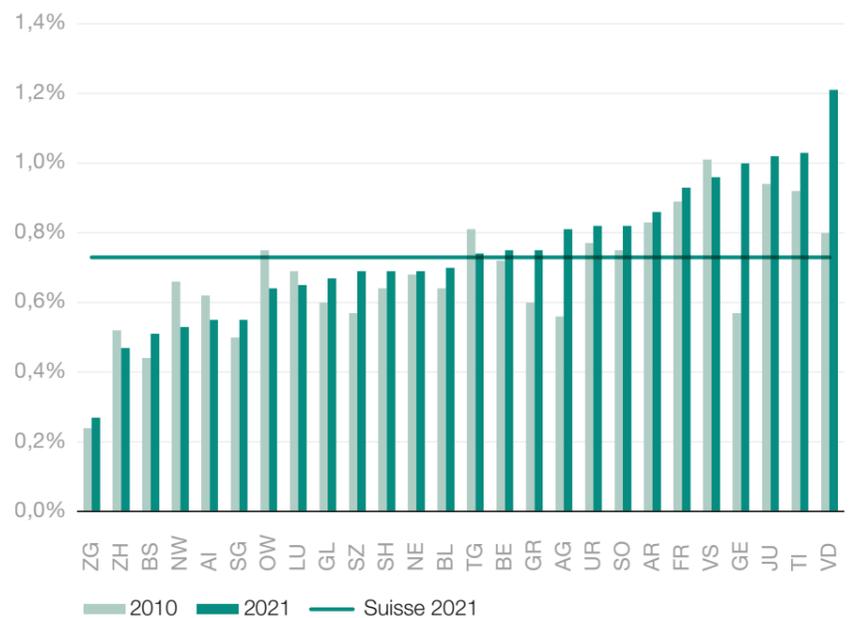


Sources : Direction OCC ; OFSP, Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire, Réduction des primes dans l'AOS - séries temporelles.

Graphique 9. Subsidés versés, en montants et en proportion du budget cantonal, 2000-2023.



Graphique 10. Subsidés à l'assurance-maladie en proportion du PIB des cantons, 2010 et 2021.



Alors que le Canton de Vaud instaure le subside spécifique à la fin de la décennie 2010, les problématiques relatives à la réduction individuelle des primes font l'objet de discussions actives au niveau fédéral. Plusieurs interventions parlementaires interpellent le Conseil fédéral sur ce thème. En septembre 2017, deux postulats sont déposés – par la conseillère nationale du Centre Ruth Humbel et le Groupe des Vert·e·s, respectivement –, déplorant la tendance de certains cantons à réduire leurs contributions au financement de la politique de réduction des primes, et l'absence de règles spécifiques encadrant sur ce terrain les politiques cantonales, source d'hétérogénéité significative¹³⁸. Le Conseil fédéral admet en partie le diagnostic formulé par les postulats, et juge « problématique » le désengagement de certains cantons en la matière. Dans son rapport sur le postulat Ruth Humbel, le Conseil fédéral passe en revue une série d'options susceptibles d'aboutir à un « financement équilibré » de la réduction individuelle des primes¹³⁹. Le Conseil fédéral exprime alors sa préférence pour un système consistant à imposer aux cantons une contribution minimale, dépendante du reste à charge de primes supporté par les ménages. Les cantons dont les résidents font face à un reste à charge plus élevé devraient verser une contribution supérieure – mesurée en pourcentage des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins au niveau cantonal – au titre de la réduction individuelle des primes.

Les discussions sur ce thème s'accroissent à partir de 2020. En janvier de cette année, le Parti socialiste dépose l'« initiative d'allègement des primes ». Celle-ci vise en substance à généraliser le modèle vaudois à l'ensemble de la Suisse, en instaurant une limite supérieure de 10% du revenu des ménages que le reste à charge de primes ne devrait pas dépasser. L'initiative demande en outre à ce que la Confédération finance les deux tiers du coût des subsidés, le tiers restant étant pris en charge par les cantons. L'initiative suscite la critique du Conseil fédéral, qui recommande son rejet. Dans son message du 17 septembre 2021, le Conseil fédéral reproche à l'initiative d'imposer à la Confédération une charge excessive, qui devra être compensée par des hausses d'impôts ou des programmes d'économies¹⁴⁰. Le Conseil fédéral propose un contre-projet indirect, s'inspirant pour l'essentiel du modèle esquissé dans la réponse au postulat Ruth Humbel. Ce contre-projet devrait empêcher les cantons de réduire de façon jugée excessive leur contribution à la réduction individuelle des primes, en les obligeant « à affecter à [cette fin] un montant correspondant à un pourcentage minimal des coûts bruts de l'AOS générés par les assurés domiciliés sur leur territoire »¹⁴¹. Le contre-projet indirect du Conseil fédéral est adopté par le Parlement en septembre 2023.

L'initiative, soumise au peuple en juin 2024, est finalement rejetée à 55 %, en dépit de résultats favorables dans les cantons latins. Cet échec référendaire coupe court à l'ambition du PS et de l'Union syndicale suisse de voir se diffuser le système vaudois des subsidés à l'ensemble des cantons, et entérine le statu quo en matière de financement des dépenses de santé. ■

CONCLUSION

Cette étude a examiné le développement à long terme de la politique des subsides à l'assurance-maladie dans le canton de Vaud, du début du XX^e siècle à nos jours. Nous avons montré que le rôle social endossé par la politique de réduction des primes a connu au cours de son histoire centenaire de profondes mutations. Après avoir été employés pour contribuer à la diffusion de normes d'hygiène auprès des enfants vaudois au cours de l'entre-deux-guerres, les subsides aux primes ont été dans les années 1950 instaurés pour les adultes de condition économique modeste afin de les encourager à s'assurer, dans un contexte d'affiliation facultative. Au cours des années 1970 et 1980, la politique des subsides s'est de fait transformée en un outil de soutien au pouvoir d'achat des personnes âgées, au cours d'une période marquée par des écarts de primes significatifs entre les classes d'âge. Depuis le début des années 1990, elle vise principalement à corriger l'effet anti-redistributif des primes par tête, pesant lourdement sur le budget des ménages les plus modestes. Enfin, cette étude a exploré l'histoire mouvementée des structures administratives sur laquelle le Canton s'est appuyé pour conduire la politique des subsides. Nous avons abordé plus particulièrement l'histoire de l'OCC – actuel OVAM – en place depuis le début des années 1970.

Enfin, l'histoire de la politique des subsides dans le canton de Vaud a permis de replacer les discussions contemporaines relatives à la hausse des primes et à la hausse des coûts du système des soins dans une perspective de longue durée. Comme les développements qui précèdent l'ont mis en évidence, cette problématique n'est pas apparue avec l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996. Selon le conseiller d'État Pierre Schumacher, déjà cité, qui prononce ces mots en 1971, « constater l'explosion des coûts » en matière de soins médicaux et d'hospitalisation » relève du « lieu commun ». Ces vagues précédentes d'inflation des coûts médicaux et hospitaliers se sont progressivement effacées de la mémoire collective, en raison peut-être de l'absence de données immédiatement disponibles à leur sujet, les statistiques détaillées de l'OFAS n'ayant pas été digitalisées pour la période ayant précédé la LAMal.

Depuis l'instauration au début du XX^e siècle de l'assurance-maladie sociale, le rythme d'accroissement du coût des services médicaux et hospitaliers a été constamment supérieur à celui du revenu national et des salaires nominaux¹⁴². La part du revenu national consacrée aux soins a donc été en constante augmentation. Ce phénomène n'est cependant pas propre à la Suisse. En France et en Allemagne, par exemple, la part des dépenses de santé dans le PIB est passée de 8% en 1990 à 12,3 et 12,9% en 2021, respectivement. En Suisse, elle est passée sur la même période de 7,7% à 11,8%¹⁴³. Selon l'économiste américain William Baumol, il s'agit en réalité d'un phénomène structurel profond, lié à l'existence d'écarts de productivité entre les secteurs de services et les secteurs industriels, la croissance de la productivité étant intrinsèquement moindre dans les premiers que dans les seconds¹⁴⁴. Selon ce modèle, l'augmentation des coûts de la santé, qui représente un sous-produit de la croissance économique, se poursuivra tant que la productivité continuera de croître.

Au rythme actuel d'augmentation de la productivité, Baumol prévoit que la part du revenu national consacrée aux dépenses de soins atteindra aux États-Unis 62% en 2105 (contre 15% en 2005)¹⁴⁵.

Sans entrer dans une discussion du modèle de Baumol – qui a donné lieu à une vaste littérature, notamment à partir du cas suisse¹⁴⁶ – et de la fiabilité des prédictions empiriques qu'il formule, l'on peut cependant s'attendre, dans la mesure où le passé possède une quelconque valeur prédictive, à ce que les tendances lourdes du siècle dernier se poursuivent, c'est-à-dire à ce que les dépenses de santé poursuivent leur marche ascendante et que la part du PIB leur étant consacrée augmente. En Suisse, eu égard à la façon dont est organisé le système de financement des soins, cette augmentation se traduira mécaniquement par un accroissement de la part des primes dans le budget des ménages. En raison du système de la prime par tête en vigueur depuis 1996, les ménages à bas et moyens revenus percevront de façon particulièrement sensible les effets budgétaires de ces augmentations. La politique des subsides va être dans ce contexte amenée à endosser un rôle social de plus en plus important. Ce phénomène est également susceptible d'accroître la pression politique en faveur de réformes visant à modifier la façon dont la charge des dépenses de santé est répartie, dans le sens par exemple de l'instauration d'un rapport proportionnel – plutôt que dégressif – entre la prime et les revenus¹⁴⁷. Il est en tout cas peu probable que les discussions politiques autour de ces questions baissent d'intensité au cours des prochaines décennies. ■

RÉFÉRENCES

ARCHIVES DE L'ORGANE CANTONAL DE CONTRÔLE

Boîte 01	Dossier Commission de contrôle : PV 1975 à 1979. Dossier OCC. PVs spéciaux, 1975-1976.
Boîte 02	Dossier OCC 1974 - 1977. Dossier Commission de contrôle [1975 ?]-1982.
Boîte 06	Dossier Prix Speyer 1998, Candidature au 4e concours qualité Speyer avec le projet SESAM, 1998-1999.
Boîte 07	Dossier Révision de la loi du 9 décembre 1953 sur l'assurance scolaire et pré-scolaire en cas de maladie et d'accidents, 1971. Dossier Projets de loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents et de la LEAM, 1973-1974.
Boîte 09	Dossier Révision LEAM / LVAMA.
Boîte 12	Dossier Révision LEAM 1987 [1986-1987].
Boîte 14	Dossier Cantonalisation de l'OCC, Sous-dossier Historiques - Décisions - Conseil d'État - Grand Conseil - Règlement.
Boîte 15	Rapports de gestion de l'Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents.
Boîte 17	Dossier Recensement, Opposition des particuliers. Dossier 2210, Recensement, Opposition des communes, Problèmes communs.

Note : les archives de l'Organe cantonal de contrôle sont en cours de versement aux Archives cantonales vaudoises (mai 2024). Elles ont été consultées dans le cadre de ce projet depuis un dépôt interne du Département de la santé et de l'action sociale.

SOURCES OFFICIELLES ET PÉRIODIQUES

Bulletin du Grand Conseil du Canton de Vaud scriptorium.bcu-lausanne.ch
Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/amtliches-bulletin
Feuille fédérale www.fedlex.admin.ch
Monitoring de la réduction des primes (OFSP) www.bag.admin.ch/ , Assurances > Assurance-maladie > Assurés domiciliés en Suisse > Réduction des primes > Monitoring de la réduction des primes
Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire (OFSP) www.bag.admin.ch/ , Chiffres et statistiques > Assurance-maladie : statistiques > Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire
Rapports annuels de la Caisse cantonale d'assurance-infantile BCUL Site Riponne, 1S 6617, années 1920-1970
Rapports du Conseil fédéral à l'Assemblée nationale sur sa gestion www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch
Recueil des lois, décrets, arrêtés et autres actes du gouvernement du Canton de Vaud (devient Recueil annuel de la législation vaudoise en 1977)
Archives cantonales vaudoises, f8-V*18'pub ACV ZAO 7

BIBLIOGRAPHIE

« **Fakultatives Referendum. Gegen:** "Revision des Krankenversicherungsgesetzes" », Dokumentation Politik, Initiativen / Referenden Ressort Abstimmungen. En ligne : <https://swissvotes.ch/vote/415.00> (consulté le 6 mars 2023).

« **Vieillesse** », **Histoire de la sécurité sociale**. En ligne : <https://www.histoiredelasecuritesociale.ch/risques/vieillesse> (consulté le 30 avril 2024).

Balthasar, Andreas (1999), Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. Conclusion de l'analyse et concept d'observation du système, Rapport de recherche n° 21/98.

Baumol, William (2012), *The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*, New Haven : Yale University Press.

Braendle, Thomas et Colombier, Carten (2016), « What drives public health care expenditure growth? Evidence from Swiss cantons, 1970-2012 », *Health Policy*, Vol. 120, No. 9, pp. 1051-1060.

Colombier, Carsten (2017), « Drivers of health-care expenditure: what role does Baumol's cost disease play? », *Social Science Quarterly*, Vol. 98, No. 5, pp. 1603-1621.

Conseil fédéral (2020), « Réduction des primes de l'assurance-maladie. Contrôle du financement. Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat 17.3880 Humbel du 29.9.2017 », Berne, 25 mai.

Coullery, Pascal et Kocher, Ralf (1997), « Der Rechtsbegriff der "bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse" nach Art. 65 KVG », *Soziale Sicherheit CHSS*, Vol. 1, pp. 24-29.

Cour des comptes du Canton de Vaud (2012), « Les subsides aux primes d'assurance-maladie sont-ils performants? », Lausanne, Rapport No. 22.

Degen, Bernard (1997), « "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, pp. 137-153.

Département de l'économie publique (1925), *Volkswirtschaft, Arbeitsrecht und Sozialversicherung der Schweiz*, Einsiedeln : Benziger.

Eichenberger, Pierre (2016), *Mainmise sur l'État social. Mobilisation patronale et caisses de compensation en Suisse, 1908-1960*, Neuchâtel : Alphil-Presses universitaires suisses.

Furger, Michael et Benini, Francesco (2011), « Die ewigen Verlierer », *Neue Zürcher Zeitung*, 13 mars.

Gardiol, Lucien, Dutoit, Laure, Rudin, Melania et Oesch, Thomas (2013), « Réforme de la santé – pour des primes supportables », Büro Bass pour le compte de santésuisse.

Gisiger, Jasmin, Neukomm, Sarah et Bade, Stephanie (2020), « Analyse und Beurteilung der Prämienverbilligung : Schlussbericht », Zürich : econcept AG, pour le compte du canton de Soleure, Amt für soziale Sicherheit.

Guillaume, Michel (2023), « Le grand retour des primes maladie en fonction du revenu », *Le Temps*, 25 septembre.

Hartwig, Jochen (2010), « 'Baumol's Diseases': The Case of Switzerland », *Swiss Society of Economics and Statistics*, Vol. 146, No 3, pp. 533-552.

HSSO (2012), « Cause de décès total », D.34.

HSSO (2012), « Indice des salaires réels et nominaux 1890-2005 (1939=100) », G. 18.

HSSO (2012), « Population par canton : nombres absolus », B.1a.

HSSO (2012), « Recettes et dépenses des cantons », U.32.

Kutzner, Stefan, Mader, Ueli et Knöpfel, Carlo, eds., (2004), *Working poor in der Schweiz - Wege aus der Sozialhilfe. Eine Untersuchung über Lebensverhältnisse und Lebensführung Sozialhilfe beziehender Erwerbstätiger*, Zurich : Verlag Rüegger.

Lampart, Daniel, Oberholzer, Basil et Gallusser, David (2015), « Höhere Prämienverbilligungen gegen die Krankenkassenprämien Last. Eine Analyse der durchschnittlichen Prämienlast in der Schweiz und Vorschläge für den Ausbau der Prämienverbilligungen », *Union syndicale suisse*, Dossier No. 108.

Legentilhomme, Geoffroy (2024), *Entre mutualisme et marché. Le développement du système suisse d'assurance-maladie (XIXe-XXe siècles)*, Neuchâtel : Alphil-Presses universitaires suisses.

Leimgruber, Matthieu (2008), « De la vieillesse-dénuement à la vieillesse assurée : l'invention de la retraite », in : Roxanne Currat et al. (éds.), *Au fil du temps. Le jeu de l'âge*, Gollion : Infolio/Fondation Claude Verdan, pp. 44-47.

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

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

Nef, Urs Christoph (1997), « Die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, mit einer Ehrenrettung für das "Giesskannenprinzip" », in : Duc, Jean-Louis (éd.), *LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances*, Lausanne 1997.

OFAS (1960), *Caisses-maladie et institutions d'assurance-tuberculose reconnues par la Confédération, Statistiques 1949-1958*, Berne.

Petrik, Andreas (2019), « Prämienverbilligung : materielle bundesrechtliche Vorgaben », *Pflegerecht - Pflegewissenschaft*, Vol. 8, No. 2, pp. 85-90.

Preuck, Reinhold (2007), « Individuelle Prämienverbilligung im Zeichen des Neuen Finanzausgleichs », *Soziale Sicherheit CHSS*, Vol. 5, pp. 262-264.

Python, Francis (2006), « Les professeurs français de l'Université de Fribourg. Relais des idées sillonnistes en Suisse ». In : Jean-Marie Mayeur (éd.), *Le Sillon de Marc Sangnier et la démocratie sociale : actes du colloque des 18 et 19 mars 2004*, Besançon : Universitaires de Franche-Comté, pp. 179-200.

Révision de l'assurance-maladie, Rapport et projet de la Commission d'experts du 2 novembre 1990, Berne.

Schellenbauer, Patrick et Müller-Jentsch, Daniel (2012), *Der strapazierte Mittelstand. Zwischen Ambition, Anspruch und Ernüchterung*, Zurich : Verlag Neue Zürcher Zeitung, pour le compte d'Avenir Suisse.

Schmid, Robert (1925), *Der Geburtenrückgang in der Schweiz. Eine bevölkerungswissenschaftliche Studie*, Zurich : H.A. Gutzwiller.

Streuli, Elisa et Bauer, Tobias (2001), « Working poor in der Schweiz : Eine Untersuchung zu Ausmass, Ursachen und Problemlage », *Fakten zur Sozialen Sicherheit*, Avril, No. 5, pp. 1-48.

Vatter, Adrian (2020), *Das Politische System der Schweiz*, Baden-Baden : Nomos, pp.437-438.

Vetterli, Martin (2010), « Der bedrohte Mittelstand », *Beobachter*, 26 Avril.

NOTES

1 «Ohne die Prämienverbilligungen hätten wir schon lange einen Volksaufstand», SRF News, 27 septembre 2023.

2 OFSP, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2022, T 4.01: «Nombre et taux de bénéficiaires, nombre de ménages subventionnés et subsides versés selon la LAMal depuis 1996».

3 OFSP, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2022, T 1.01: «Assurance obligatoire des soins depuis 1996: indicateurs principaux».

4 Voir en particulier: «Message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 21 septembre 1998», Feuille fédérale, 1999 727, 9 février 1999, pp. 727-794; «Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (réduction des primes) et à l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie, du 26 mai 2004», Feuille fédérale, 2004 4089, 27 juillet 2004, pp. 4089-4114; «Message relatif à l'initiative populaire fédérale "Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)" et au contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie), du 18 octobre 2021», Feuille fédérale, 2021 2383, 18 octobre 2021, pp. 1-40.

5 Pour les rapports 2007-2020, voir le site de l'OFSP, Assurances > Assurés domiciliés en Suisse > Réduction des primes > Monitoring de la réduction des primes. Les rapports 1998-2004 n'ont été que partiellement digitalisés.

6 Gisiger, Jasmin, Neukomm, Sarah et Bade, Stephanie (2020), «Analyse und Beurteilung der Prämienverbilligung: Schlussbericht», Zurich: econcept AG, pour le compte du canton de Soleure, Amt für soziale Sicherheit; Cour des comptes du Canton de Vaud (2012), «Les subsides aux primes d'assurance-maladie sont-ils performants?», Lausanne, Rapport No. 22; Gardiol, Lucien, Dutoit, Laure, Rudin, Melania et Oesch, Thomas (2013), «Réforme de la santé – pour des primes supportables», Büro Bass pour le compte de santésuisse.

7 Coullery, Pascal et Kocher, Ralf (1997), «Der Rechtsbegriff der "bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse" nach Art. 65 KVG», Soziale Sicherheit CHSS, Vol. 1, pp. 24-29; Nef, Urs Christoph (1997), «Die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, mit einer Ehrenrettung für das "Giesskannenprinzip"», in: Duc, Jean-Louis (éd.), LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997; Preuck, Reinhold (2007), «Individuelle Prämienverbilligung im Zeichen des Neuen Finanzausgleichs», Soziale Sicherheit CHSS, Vol. 5, pp. 262-264; Petrik, Andreas (2019), «Prämienverbilligung: materielle bundesrechtliche Vorgaben», Pflegerecht - Pflegewissenschaft, Vol. 8, No. 2, pp. 85-90.

8 Voir le graphique 10 de la section 8.

9 Sur les caisses de compensation, voir Eichenberger, Pierre (2016), Mainmise sur l'État social. Mobilisation patronale et caisses de compensation en Suisse, 1908-1960, Neuchâtel: Alphil-Presses universitaires suisses. Sur les caisses de pension, voir Leimgruber, Matthieu (2008), Solidarity without the State? Business and the Shaping of the Swiss Welfare State, 1890-2000, Cambridge: Cambridge University Press.

10 Sur l'histoire des controverses politiques relatives à l'assurance-maladie avant 1912, voir Degen, Bernard (1997), «"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, pp. 137-153. Voir également Legentilhomme, Geoffroy (2024), Entre mutualisme et marché. Le développement du système suisse d'assurance-maladie, Neuchâtel: Alphil-Presses universitaires suisses, pp. 75-82 et pp. 95-102.

11 Rapport du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur sa gestion en 1927, Berne, p. 614.

12 Pour une vue d'ensemble des législations cantonales en la matière, dix ans après l'entrée en vigueur de la loi fédérale, voir Département de l'économie publique (1925), Volkswirtschaft, Arbeitsrecht und Sozialversicherung der Schweiz, Einsiedeln: Benziger, pp. 931-935.

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

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

15 HSSO (2012), «Vue d'ensemble des causes de décès, de 1876 à 1995; décès masculins et féminins au total», D.34, En ligne: <https://hssso.ch/fr/2012/d/34> (consulté le 30 avril 2024).

16 Ces mots sont de Max de Cérenville, promoteur du projet devant le Grand Conseil, et neveu d'Édouard de Cérenville. Voir BGC, Printemps 1916, Séance du 30 août 1916, pp. 560-561.

17 Sur Delay, voir Legentilhomme, Entre mutualisme et marché..., pp. 122-126 et pp. 308-310.

18 Schmid, Robert (1925), Der Geburtenrückgang in der Schweiz. Eine bevölkerungswissenschaftliche Studie, Zurich: H.A. Gutzwiller.

19 Voir les Rapports annuels de la Caisse cantonale vaudoise d'assurance-infantile, BCUL Site Riponne, 1S 6617, années 1920-1970.

20 Loi du 9 décembre 1953 sur l'assurance scolaire et pré-scolaire en cas de maladie et d'accidents, Recueil des lois, décrets, arrêtés et autres actes du gouvernement du Canton de Vaud, Tome CL, pp. 240-244.

21 Commission de contrôle de l'OCC, Procès-verbal de la séance du 29 juillet 1977, p. 28, Archives OCC, Boîte 01, Dossier Commission de contrôle: PV 1975 à 1979.

22 Commission de contrôle de l'OCC, Procès-verbal de la séance du 13 février 1975, p. 3, Archives OCC, Boîte 02, Dossier OCC 1974 - 1977.

23 Nous ne sommes pas parvenus à trouver les montants versés au titre des cotisations dégressives pour la période précédant 1974.24 BGC, Printemps 1956, Séance du 29 août 1956, p. 1188.

25 BGC, Automne 1937, Séance du 12 avril 1938, p. 1296.

26 BGC, Automne 1949, Séance du 28 novembre 1949, p. 347.

27 Sur la loi Bircher, voir Lengwiler, Martin (2009), «Das verpasste Jahrzehnt. Krankenversicherung und Gesundheitspolitik (1938-1949)», in: Leimgruber, Matthieu et Lengwiler, Martin (éds.), Umbruch an der „inneren Front“. Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz 1938-1948, Zurich: Chronos Verlag, pp. 166-183.

28 BGC, Printemps 1951, Séance du 28 mai 1951, p. 644.

29 BGC, Printemps 1956, Séance du 29 août 1956, p. 1180.

30 Ibid.

31 Le revenu déterminant se réfère au revenu imposable (c'est-à-dire diminué des déductions fiscales) augmenté d'une fraction de la fortune imposable.

32 BGC, Automne 1962, Séance du 25 février 1963, p. 1284.

33 Compte rendu du Conseil d'État pour l'exercice 1960, Lausanne, 1961, p. 47.

34 BGC, Printemps 1964, Séance du 26 mai 1964, p. 509.

35 Par exemple la motion Duvoisin et consorts du 16 février 1959, la motion Gfeller du 13 février 1961, la motion Jeanloz et consorts du 25 février 1964 et l'interpellation Sandoz du 6 décembre 1966.

36 Leimgruber, Solidarity without the State?..., p. 295.

37 Leimgruber, Matthieu (2008), «De la vieillesse-dénuement à la vieillesse assurée: l'invention de la retraite», in: Roxanne Currat et al. (éds.), Au fil du temps. Le jeu de l'âge, Gollion: Infolio/Fondation Claude Verdan, p. 44-47.

38 «Vieillesse», Histoire de la sécurité sociale. En ligne: <https://www.histoiredelasecuritesociale.ch/risques/vieillesse> (consulté le 30 avril 2024).

39 BGC, Automne 1971, Séance du 6 décembre 1971, p. 310.

40 «Loi du 13 décembre 1971 modifiant celle du 9 décembre 1953 sur l'assurance scolaire et pré-scolaire en cas de maladie et d'accidents», Recueil des lois, décrets, arrêtés et autres actes du Gouvernement du Canton de Vaud, 1971, pp. 333-339.

41 BGC, Automne 1971, Séance du 6 décembre 1971, p. 310.42 BGC, Séance du 3 décembre 1974, pp. 773-774.

43 «Résumé des arguments en faveur de l'assurance-maladie et accidents des personnes de plus de 60 ans et plus avec mutation de la caisse cantonale», 5 octobre 1971, Archives OCC, Boîte 07, Dossier Révision de la loi du 9 décembre 1953 sur l'assurance scolaire et pré-scolaire en cas de maladie et d'accidents, 1971.

44 Ibid.

45 «à Messieurs les membres du Comité de la fédération vaudoise des caisses de maladie. Concerne: Modification de la législation cantonale sur l'assurance-infantile», sans date, Archives OCC, Boîte 07, Dossier Révision de la loi du 9 décembre 1953 sur l'assurance scolaire et pré-scolaire en cas de maladie et d'accidents, 1971; BGC, Séance du 10 septembre 1973, p. 1326; «Mémoire sur la politique du Département de la prévoyance sociale et des assurances en matière d'assurance-maladie et accidents», 11 octobre 1974, p. 2, Archives OCC, Boîte 07, Dossier Projets de loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents et de la LEAM, 1973-1974.

46 «Note à M. le Conseiller d'État Pierre Aubert, président de la Caisse cantonale infantile», sans date, Archives OCC, Boîte 07, Dossier Révision de la loi du 9 décembre 1953 sur l'assurance scolaire et pré-scolaire en cas de maladie et d'accidents, 1971.

47 «Rapport de la Commission de surveillance de l'Organe cantonal de contrôle au Conseil d'État du Canton de Vaud sur les tâches de cet Organe de contrôle (OCC)», Lausanne, 28 avril 1975, p. 2, Archives OCC, Boîte 01, Dossier Commission de contrôle: PV 1975 à 1979. Voir également la lettre du chef du DPSA aux Municipalités des communes vaudoises, Lausanne, 26 avril 1974, Archives OCC, Boîte 07, Dossier Projets de loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents et la LEAM.

48 Commission de l'OCC, Procès-verbal de la séance du 11 novembre 1974, Lausanne, p. 3, Archives OCC, Boîte 02, Dossier OCC 1974 - 1977; «Réaction au sujet de l'application des lois du 18 septembre 1973», sans date, p. 2, Archives OCC, Boîte 07, Dossier Projets de loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents et la LEAM; «Communication fiscale automatique», Note au DPSA, Lausanne, 22 août 1973, Archives OCC, Boîte 07, Dossier Projets de loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents et la LEAM: «Dès 1970, des contacts ont été pris avec l'administration cantonale des impôts au sujet de l'utilisation des renseignements économiques sur les contribuables dont dispose l'autorité fiscale (déclaration d'impôts). Il n'a pas été possible d'exploiter ces renseignements [...] à cause de la loi sur les impôts directs cantonaux. En effet, cette dernière n'a pas prévue [sic] l'utilisation des données des déclarations d'impôts à d'autre fin [sic] qu'à la perception de la contribution. Tant que l'administration fiscale ne se sentira pas autorisée à dévoiler le contenu des dossiers fiscaux, il ne sera pas possible d'obtenir les renseignements dont nous avons besoin dans le cadre de la LEAM».

49 Gazette de Lausanne, 30 août 1974, p. 3. Pour la critique libérale du recensement, voir également les articles «Quand l'État de Vaud fait courir son monde», Gazette de Lausanne, 10 juin 1974, p. 9, et «Quand les Vaudois font du zèle», Bulletin de la société industrielle et commerciale de Lausanne et environs, No. 2, été 1974, p. 3, reproduit dans Archives OCC, Boîte 17, Dossier Recensement, Opposition des particuliers.

50 Lettre de [anonymisé] à Pierre Aubert, Chef du DPSA, Lausanne, 20 février 1974. Archives OCC, Boîte 17, Dossier 2220, Recensement, Opposition des particuliers. Voir également: Lettre de [anonymisé] à Monsieur le Chef du DPSA, Pully, 2 avril 1974, Archives OCC, Boîte 17, Dossier 2220, Recensement, Opposition des particuliers.

51 Voir par exemple: Lettre de la municipalité de Montreux au Conseil d'État du Canton de Vaud, Montreux, 26 juin 1974, Archives OCC, Boîte 17, Dossier 2210, Recensement, Opposition des communes, Problèmes communs.

52 Secrétariat général du DPSA, Proposition à soumettre au Conseil d'État, Document No. 1, Lausanne, 18 juin 1976, Archives OCC, Boîte 02, Dossier Commission de contrôle [1975?]-1982, onglet rose (non nommé).

53 Ces changements d'orientation sont formalisés par l'arrêté du Conseil d'État du 30 juin 1976. Sur ces modifications, voir « Analyse de l'organisation et des travaux de l'Organe cantonal de contrôle, par sa Commission de contrôle, en vue de définir les changements à apporter à cette organisation », Lausanne, 19 novembre 1975, Archives OCC, Boîte 01, Dossier OCC. PVs spéciaux, 1975-1976.

54 Commission de contrôle de l'OCC, Procès-verbal de la séance du 3 décembre 1976, p. 46, Archives OCC, Boîte 01, Dossier Commission de contrôle: PV 1975 à 1979.

55 Pour la période précédant la fin des années 1970, les chiffres demeurent approximatifs, en raison de la faiblesse de l'appareil statistique dont disposait alors l'OCC. Comme l'exprime le Conseil d'État en 1980, « l'OCC [...] ne bénéficiait pas, avant 1979, d'une organisation lui permettant d'établir des statistiques suffisamment détaillées » de sorte que « les estimations étaient relativement peu précises ». BGC, Séance du 16 septembre 1980, p. 1513.

56 Relevé des cotisations d'assurance-maladie et des caisses - Hommes, 1985, Archives OCC, Boîte 09, Dossier Révision LEAM / LVAMA.

57 Rapport au chef du département [DPSA] concernant l'assurance des personnes âgées, 1982, Archives OCC, Boîte 02, Dossier Commission de contrôle.

58 Rapport au chef du département [DPSA] concernant l'assurance des personnes âgées, 1982, Archives OCC, Boîte 02, Dossier Commission de contrôle.

59 BGC, Automne 1979, Séance du 27 novembre 1979, p. 421.

60 Note à Monsieur Michel Surbeck - chef du SASH, Lausanne, 21 août 1986, Archives OCC, Boîte 12, Dossier Révision LEAM 1987 [1986-1987].

61 OFAS, Statistiques de l'assurance-maladie 1983, Berne, 1985, p. 11.

62 Modification de l'Ordonnance V de la LAMA, du 29 septembre 1986, entrée en vigueur le 1er janvier 1987.

63 Voir les articles 21 à 23 de la loi du 16 septembre 1987, sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, Recueil annuel de la législation vaudoise, 1987, p. 326; BGC, Séance du 14 septembre 1987, p. 1865.

64 BGC, Automne 1977, Séance du 12 décembre 1977, p. 1266.

65 Par exemple, la motion Romain Barberat et consorts du 12 décembre 1977, et la motion Alfred Mermod et consorts du 9 novembre 1981.

66 Révision de l'assurance-maladie, Rapport et projet de la Commission d'experts du 2 novembre 1990, Berne.

67 Arrêté fédéral du 13 décembre 1991 sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie.

68 BGC, Séance du 26 février 1992, p. 2313.

69 BGC, Séance du 29 mars 1993, p. 3951.

70 BGC, Séance du 26 février 1992, p. 2317.

71 BGC, Séance du 15 décembre 1993, p. 4220.

72 Ibid., p. 4220.

73 BGC, Séance du 13 juin 1994, p. 942.

74 Rapport de gestion de l'OCC, année 1994, p. 5, Archives OCC, Boîte 15.

75 Les médecins reprochent au projet de politiser la médecine, alors que les caisses mentionnées contestent l'extension du catalogue des prestations remboursables. Ces caisses demeurent cependant minoritaires au sein du Concordat, qui soutient officiellement le projet. Voir « Fakultatives Referendum. Gegen: "Revision des Krankenversicherungsgesetzes" », Dokumentation Politik, Initiativen / Referenden Ressort Abstimmungen. En ligne: <https://swissvotes.ch/vote/415.00> (consulté le 6 mars 2023).

76 Moser, Markus (1994), « Das neue Krankenversicherungsgesetz - eine Gesamtbeurteilung », Soziale Sicherheit, No 4, August, pp. 157.

77 Voir Legentilhomme, Entre mutualisme et marché..., p. 193.

78 Révision de l'assurance-maladie, Rapport et projet de la Commission d'experts du 2 novembre 1990, Berne, p. 109; « Message concernant la révision de l'assurance-maladie, du 6 novembre 1991 », Feuille fédérale 77, 28 janvier 1992, p. 109.

79 Le critère de la prime moyenne est abandonné en 1998, sous la pression des cantons à primes faibles (principalement alémaniques), qu'il désavantageait.

80 « Exposé des motifs et projet de loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAVAMal) et rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil », BGC, Séance du 12 juin 1996, No 8, p. 1342.

81 Balthasar, Andreas (1999), Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. Conclusion de l'analyse et concept d'observation du système, Rapport de recherche n° 21/98.

82 « Bundesrat beschliesst Reformen der Krankenversicherung im Rahmen der laufenden 2. KVG-Teilrevision », Communiqué de presse du Conseil fédéral, 21 août 2002. En ligne: https://www.admin.ch/cp/d/3d638dac_1@fwsrv.bfi.admin.ch.html (accédé le 30 avril 2024).

83 Pour les familles avec enfants, les seuils se situent – selon la situation économique – entre 2 et 10 %, alors que pour les ménages sans enfants, ils se situent entre 4 et 12 %.

84 « Message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (réduction des primes) et à l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie, du 26 mai 2004 », Feuille fédérale, 2004 4089, 27 juillet 2004, p. 4096.

85 « Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Réduction des primes) Modification du 18 mars 2005 », Feuille fédérale, 2005 2125, 29 mars 2005, pp. 2125-2126.

86 « Exposé des motifs et projet de loi (254) modifiant la loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAVAMal) », BGC, Séance du 1er mai 2001, pp. 161-239.

87 Voir les Rapports de gestion de l'Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents, Archives OCC, Boîte 15.

88 Sur la genèse du programme SESAM, voir le dossier: Prix Speyer 1998, Candidature au 4e concours qualité Speyer avec le projet SESAM, 1998-1999, dans Archives OCC, Boîte 06.

89 Extrait du procès-verbal des Retraites populaires, séance du 27 avril 1984, Archives OCC, Boîte 14, Dossier Cantonalisation de l'OCC, Sous-dossier Historiques - Décisions - Conseil d'État - Grand Conseil - Règlement.

90 Ibid.

91 « Rapport de l'Organe cantonal de contrôle concernant la modification de l'art. 13 LVAMA », Lausanne, 18 avril 1984, Archives OCC, Boîte 14, Dossier Cantonalisation de l'OCC, Sous-dossier Historiques - Décisions - Conseil d'État - Grand Conseil - Règlement.

92 « Transfert de l'OCC à l'État: Un départ provoquerait... », Lausanne, Novembre 1996, Archives OCC, Boîte 14, Dossier Cantonalisation de l'OCC, Sous-dossier Historiques - Décisions - Conseil d'État - Grand Conseil - Règlement.

93 Commission de contrôle de l'OCC, PV de la séance du 4 juin 1980, Archives OCC, Boîte 14, Dossier Cantonalisation de l'OCC, Sous-dossier Historiques - Décisions - Conseil d'État - Grand Conseil - Règlement.

94 Par exemple: « Note succincte à M. le Conseiller d'État Charles-Louis Rochat relative à la proposition de la Commission des finances de cantonaliser la gestion de l'OCC », Lausanne, 2 décembre 2004, Archives OCC, Boîte 14, Dossier Cantonalisation de l'OCC, Sous-dossier Historiques - Décisions - Conseil d'État - Grand Conseil - Règlement.

95 BGC, Séance du 6 septembre 1993, DPSA, Projet de loi et règlement instituant l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud, pp. 1467-1489.

96 BGC, Séance du 8 novembre 1993, pp. 2719-2720.

97 BGC, Séance du 9 mai 1994, p. 444.

98 Note de Michel Surbeck à Charles Favre, chef du DPSA, Données en matières de [sic] PC AVS/AI et de subsides aux primes d'assurance-maladie. Besoins en information du SASH et du SCRIS, p. 7, 1 mai 1995, Archives OCC, Boîte 14, Dossier Cantonalisation de l'OCC, Sous-dossier Historiques - Décisions - Conseil d'État - Grand Conseil - Règlement.

99 Ibid., p. 8.

100 Calculs de l'auteur, à partir des données des Rapports de gestion de l'Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents, Archives OCC, Boîte 15.

101 Séance du Conseil d'administration des Retraites populaires, procès-verbal, Lausanne, 13 décembre 2004, p. 186, Archives OCC, Boîte 14, Dossier Cantonalisation de l'OCC, Sous-dossier Historiques - Décisions - Conseil d'État - Grand Conseil - Règlement.

102 Lettre de Claude Richard à Michel Surbeck, Lausanne, 1er juillet 2005, Archives OCC, Boîte 14, Dossier Cantonalisation de l'OCC, Sous-dossier Historiques - Décisions - Conseil d'État - Grand Conseil - Règlement.

103 Note de Claude Richard, Directeur général, Le Canton reprend la gestion de l'OCC dès le 1er janvier 2007, 13 janvier 2006, Archives OCC, Boîte 14, Dossier Cantonalisation de l'OCC, Sous-dossier Historiques - Décisions - Conseil d'État - Grand Conseil - Règlement.

104 Entretiens avec Laurent Noverraz et Javier Concha, les 16 et 23 novembre 2023 à Lausanne.105 Vatter, Adrien (2020), Das Politische System der Schweiz, Baden-Baden: Nomos, pp.437-438.

106 Département fédéral des finances (2007), « Réforme sans précédent du fédéralisme suisse: la RPT est prête à entrer en vigueur », 9 novembre. En ligne: <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-15562.html> (consulté le 30 avril 2024).

107 « Ordonnance sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance maladie (ORPM), du 7 novembre 2007 », Recueil officiel, 4 décembre 2007, 832.112.4, pp. 6071-6076.

108 OFSP, « Réduction des primes AOS: part des cantons en % depuis 2005 1, 2 », Tableau T 4.17. Disponible sur le site de l'OFSP (bag.admin.ch) > Chiffres & statistiques > Assurance-maladie: statistiques > Statistique de l'assurance-maladie obligatoire > Portail Statistique de l'assurance-maladie obligatoire.

109 Si ces termes ne sont pas explicitement contenus dans la loi, celle-ci introduit de fait ces catégories. Voir l'article 18 de la « Loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAVAMal), du 25 juin 1996 », Recueil annuel de la législation vaudoise, Vol. 1996, p. 210.

110 L'aide sociale couvre alors deux régimes: l'Aide sociale vaudoise (ASV), destinée aux personnes dans le besoin, et le Revenu minimum de réinsertion (RMR), s'adressant quant à lui aux chômeurs ayant épuisé leurs droits aux prestations de l'assurance chômage. Ces deux régimes fusionnent en 2006 pour former le Revenu d'insertion (RI).

111 Les montants consacrés aux subsides par la Confédération, qui déterminent en partie l'enveloppe budgétaire cantonale, sont, avant la RPT, à la fois fonction de l'évolution des coûts et de la situation financière de la Confédération. La ventilation entre les cantons dépend alors quant à elle de leurs situations économiques respectives et du niveau de leur population (le critère de la prime cantonale moyenne ayant été abandonné en 1998).

112 «Subsides pour les primes d'assurance-maladie 2009: renforcement du pouvoir d'achat et lutte contre les effets de seuil à la sortie de l'aide sociale», conférence de presse du vendredi 19 septembre 2008, document interne DGCS.

113 Streuli, Elisa et Bauer, Tobias (2001), «Working poor in der Schweiz: Eine Untersuchung zu Ausmass, Ursachen und Problemlage», *Fakten zur Sozialen Sicherheit*, Avril, No. 5, pp. 1-48.

114 Kutzner, Stefan, Mader, Ueli et Knöpfel, Carlo, eds., (2004), *Working poor in der Schweiz - Wege aus der Sozialhilfe. Eine Untersuchung über Lebensverhältnisse und Lebensführung Sozialhilfe beziehender Erwerbstätiger*, Zurich: Verlag Rüegger.

115 «Rapport du Conseil d'État sur le postulat Bernard Borel et consorts concernant la politique du Conseil d'État relative aux subsides cantonaux aux primes d'assurance maladie obligatoire», BGC, Textes du Conseil d'État traités au Grand Conseil lors des séances du 3 mars 2009 au 5 mai 2009, pp. 642-648.

116 «Liste des mesures du programme de législature», BGC, Textes du Conseil d'État traités au Grand Conseil, Séances du 5 février 2008 au 29 avril 2008, p. 398.

117 Vetterli, Martin (2010), «Der bedrohte Mittelstand», *Beobachter*, 26 Avril; Schellenbauer, Patrick et Müller-Jentsch, Daniel (2012), *Der strapazierte Mittelstand. Zwischen Ambition, Anspruch und Ernüchterung*, Zurich: Verlag Neue Zürcher Zeitung, pour le compte d'Avenir Suisse.

118 «Der Mittelstand leidet am meisten unter hohen Krankenkassenprämien», *Tages-Anzeiger*, 7 décembre 2010.

119 Furger, Michael et Benini, Francesco (2011), «Die ewigen Verlierer», *Neue Zürcher Zeitung*, 13 mars.

120 OFSP (2012), *Monitoring 2010. Wirksamkeit der Prämienverbilligung*, Berne, p. 42.

121 «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, décrets, arrêtés, et autres actes du gouvernement du Canton de Vaud*, Tome CXVII, 1920, Lausanne, p. 474.

122 Voir les articles 30 et 31 de la loi du 16 septembre 1987 sur l'assurance en cas de maladie et d'accident, *Recueil annuel de la législation vaudoise*, année 1987, p. 329.

123 Rapport du 28 août 2009 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national sur l'initiative parlementaire: Article 64a LAMal et primes non payées, *Feuille fédérale*, 2009 5973, pp. 5973-5982.

124 «Rapport du Conseil d'État sur le postulat Bernard Borel et consorts concernant la politique du Conseil d'État relative aux subsides cantonaux aux primes d'assurance maladie obligatoire», BGC, Textes du Conseil d'État traités au Grand Conseil lors des séances du 3 mars 2009 au 5 mai 2009, p. 643.

125 Ibid.

126 Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale, Conseil national, Session d'été 2018, Sixième séance, 4 juin 2018, Question 18.5269 de Rebecca Ana Ruiz, «Assurance-maladie et listes noires. Jusqu'à quand va-t-on laisser mourir des patients?»

127 BGC, No. 16, Séance du mercredi 5 décembre 2012, p. 677.

128 BGC, No 10, Séance du mardi 30 octobre 2012, p. 115.

129 Cour des comptes du Canton de Vaud (2012), «Les subsides aux primes d'assurance-maladie sont-ils performants?», Lausanne, Rapport No. 22.

130 OFSP (2015), *Monitoring 2014. Wirksamkeit der Prämienverbilligung*, Berne, p. 57.

131 «Rapport du Conseil d'État sur le postulat Bernard Borel et consorts concernant la politique du Conseil d'État relative aux subsides cantonaux aux primes d'assurance maladie obligatoire», BGC, Textes du Conseil d'État traités au Grand Conseil lors des séances du 3 mars 2009 au 5 mai 2009, p. 648.

132 BGC, Textes du Conseil d'État traités au Grand Conseil lors des séances du 25 août 2015 au 27 octobre 2015, p. 82.

133 Lampart, Daniel, Oberholzer, Basil, Gallusser, David (2015), «Höhere Prämienverbilligungen gegen die Krankenkassenprämien Last. Eine Analyse der durchschnittlichen Prämienlast in der Schweiz und Vorschläge für den Ausbau der Prämienverbilligungen», *Union syndicale suisse*, Dossier No. 108.

134 Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale, Conseil des États, Session d'automne 2016, Troisième séance, 14 septembre 2016, motion 16.3494. En ligne: <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=37916#votum9> (accédé le 17 avril 2024).

135 Voir le «Rapport intermédiaire du Conseil d'Etat sur la RIE III et soutien aux familles vaudoises», BGC, Textes du Conseil d'Etat au Grand Conseil lors des séances du 26 août 2014 au 28 octobre 2014, pp. 4-49.

136 La prime moyenne pour les adultes est de 5020 dans le Canton de Vaud en 2022, contre 4300 en moyenne pour l'ensemble des cantons. Voir Office fédéral de la santé publique OFSP > Chiffres & statistiques > Assurance-maladie: statistiques > Statistique de l'assurance-maladie obligatoire > Portail Statistique de l'assurance-maladie obligatoire > Primes moyennes par assuré par an en francs, total.

137 Celle-ci est par exemple passée à Zurich de 50% en 2010 à 28% en 2022. Voir OFSP, Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire, Réduction des primes dans l'AOS - séries temporelles.

138 Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale, Conseil national, Session d'hiver 2017, 15 décembre 2017, Postulat 17.3880, Ruth Humbel Ruth. Réduction des primes de l'assurance-maladie. Contrôle du financement; Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale, Conseil national, Session de printemps 2018, 26 février 2018, Postulat 17.3877, Groupe des Vert-e-s, Améliorer et harmoniser la réduction des primes de l'assurance-maladie.

139 Conseil fédéral (2020), «Réduction des primes de l'assurance-maladie. Contrôle du financement. Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat 17.3880 Humbel du 29.9.2017», Berne, 25 mai.

140 «Message relatif à l'initiative populaire fédérale "Maximum 10% du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)" et au contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie), 17 septembre 2021», *Feuille fédérale*, 18 octobre 2021, 2383, pp. 1-40.

141 Ibid., p. 28.

142 Pour les statistiques sur les primes, voir le site de l'OFSP (bag.admin.ch) > Chiffres & statistiques > Assurance-maladie: statistiques > Statistique de l'assurance-maladie obligatoire > Portail Statistique de l'assurance-maladie obligatoire. Pour les salaires, voir HSSO (2012), «Indice des salaires réels et nominaux 1890-2005 (1939=100)», G. 18.

143 OCDE, *Statistiques sur la santé 2023*, En ligne: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> (accédé le 30 avril 2024).

144 Baumol, William (2012), *The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*, New Haven: Yale University Press.

145 Ibid., p. 51.

146 Hartwig, Jochen (2010), «'Baumol's Diseases': The Case of Switzerland», *Swiss Society of Economics and Statistics*, Vol. 146, No 3, pp. 533-552; Braendle, Thomas et Colombier, Carsten (2016), «What drives public health care expenditure growth? Evidence from Swiss cantons, 1970-2012», *Health Policy*, Vol. 120, No. 9, pp. 1051-1060; Colombier, Carsten (2017), «Drivers of health-care expenditure: what role does Baumol's cost disease play?», *Social Science Quarterly*, Vol. 98, No. 5, pp. 1603-1621.

147 Voir par exemple Guillaume, Michel (2023), «Le grand retour des primes maladie en fonction du revenu», *Le Temps*, 25 septembre.

ANNEXE: CHRONOLOGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE EN SUISSE ET DANS LE CANTON DE VAUD

Niveau fédéral	Octobre 1890	Votation de l'article 34 ^{bis} de la Constitution fédérale.
	Mai 1900	Rejet référendaire du premier projet de loi fédérale d'assurance obligatoire (Lex Forrer).
	Juin 1911	Loi sur l'assurance-maladie et les accidents (LAMA). En vigueur jusqu'en 1996.
Canton de Vaud	Août 1916	Création de la caisse cantonale vaudoise d'assurance infantile.
	Septembre 1920	Assurance-maladie obligatoire pour les enfants en âge de scolarité.
	Décembre 1921	Introduction du barème dégressif des cotisations pour les familles.
	Juillet 1936	Introduction de la participation obligatoire des assurés aux coûts.
	Mai 1949	Rejet référendaire de la loi sur la tuberculose et l'assurance obligatoire (Loi Bircher).
	Décembre 1953	Extension de l'assurance obligatoire aux élèves des écoles secondaires.
	Septembre 1956	Loi sur les subsides à l'assurance-maladie pour les personnes de condition économique modeste.
	Mars 1964	Révision partielle de la LAMA (extension du catalogue des prestations, augmentation des subsides, introduction de la franchise obligatoire).
	Décembre 1971	Assurance obligatoire pour les personnes âgées de condition économique modeste.
	Février 1972	Création d'un organe de contrôle chargé d'appliquer l'obligation et de gérer la distribution des subsides, intégré à la CCVA.
	Septembre 1973	Extension de l'assurance obligatoire à l'ensemble des mineurs, des apprentis et des étudiants jusqu'à 25 ans.
	Juin 1974	L'Organe cantonal de contrôle (OCC) est intégré aux Retraites populaires.
	Décembre 1974	Rejet référendaire de l'initiative socialiste en faveur de l'assurance obligatoire et du financement par cotisations salariales.

Mai 1975	Formation du « Portefeuille Personnes Âgées », regroupant les personnes assurées après l'âge de 60 ans (dissout en 1996).
Septembre 1986	Introduction du système des « franchises à la carte ».
Décembre 1987	Rejet référendaire d'une révision partielle de la LAMA modifiant le financement des allocations maternité.
Novembre 1990	Rapport de la Commission Schoch identifiant la désolidarisation comme lacune majeure du système d'assurance-maladie.
Mars 1992	Instauration de l'assurance obligatoire généralisée et du système de la prime par tête.
Décembre 1994	Acceptation de loi sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur en janvier 1996.
Janvier 1999	Premier rapport sur l'efficacité de la politique fédérale de réduction des primes.
Mai 2001	Réforme du calcul des subsides par l'introduction de la prime de référence.
Mars 2005	Réforme partielle de la LAMal avec la réduction d'au moins 50 % des primes des enfants pour les ménages à bas et moyens revenus.
Janvier 2006	Entrée en vigueur de l'article 64a de la LAMal sur la suspension des prestations pour les assurés en défaut de paiement.
Janvier 2007	Cantonalisation de l'OCC.
Août 2008	Rapport du Conseil d'Etat au Postulat Borel, annonçant la volonté de corriger progressivement la distribution de l'enveloppe des subsides en faveur des subsides partiels.
Mars 2010	Révision de l'article 64a, obligation des assureurs d'assurer les prestations à l'ensemble des assurés y compris en défaut de paiement et possibilité pour les cantons de tenir des « listes noires ».
Décembre 2011	L'OCC devient l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM).
Mars 2016	Acceptation de la RIE III, dont le volet social prévoit l'instauration d'un taux d'effort maximal pour les primes.
Septembre 2018	Introduction du taux d'effort maximal de 12 % (10 % à partir de janvier 2019).
Mai 2020	Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat Humbel sur la fixation des contributions cantonales aux réductions de primes.
Juin 2024	Rejet référendaire de l'initiative populaire d'allègement des primes.

Département de la santé et de l'action sociale (DSAS)

Direction générale de la cohésion sociale

Avenue des Casernes 2

1014 Lausanne

www.vd.ch/dgcs