



Bulletin

de la Fédération suisse des patients

Section Fribourg / Suisse occidentale

www.federationdespatients.ch

Ethique et fin de vie

Les directives anticipées :

Entretien avec M^e Novier

Pages 2 et 3

Défense des patients

Changement de caisse-

maladie :

Réponses à vos questions

Page 4

Primes 2011 de l'assurance-maladie obligatoire en hausse

POURQUOI DE TELLES AUGMENTATIONS ?

Au début octobre 2010, notre ministre de la santé annonçait au peuple suisse des augmentations de primes de 6,5 pour cent pour 2011. Un mois plus tard, l'Office fédéral de la statistique publiait un tableau montrant que les coûts de la santé sont restés stables en Suisse au cours des dix dernières années. D'où vient cette contradiction, et que signifie-t-elle pour les assurés dans notre pays ?

Les chiffres de l'Office fédéral de la statistique concernent l'ensemble de notre système de santé, dont un peu plus d'un tiers est financé par l'assurance-maladie obligatoire. Le solde provient essentiellement des porte-monnaies des ménages pour près d'un tiers (franchises, participation aux coûts, prestations non couvertes par l'assurance telles que les frais dentaires, etc.) ainsi que des caisses publiques et des assurances privées. Depuis le début du siècle, la Suisse consacre, de manière stable, entre 10 et 11 pour cent de son produit intérieur brut (PIB) à ses dépenses de santé. Une société marquée par un vieillissement de sa population et par les progrès technologiques parfois réels dans le domaine de la santé peut s'estimer heureuse d'une telle stabilité. L'alarmisme sur les coûts de la santé n'a pas lieu d'être et sert essentiellement à faire pression sur les prestations de l'assurance-maladie sociale.

Alors, pourquoi les primes augmentent-elles d'année en année ? Il y a tout d'abord l'augmentation du coût de la vie, souvent entre un et deux pour cent par an. La

Suisse a ensuite régulièrement vu croître son PIB, ce qui est signe de bonne santé économique et permet une augmentation parallèle de un à deux pour cent du coût de la santé. Enfin, le système actuel de concurrence entre les caisses-maladie engendre deux effets d'augmentation des primes : d'une part, les frais administratifs, les coûts publicitaires et les marges des intermédiaires qui atteignent entre 300 et 500 millions de francs par an ; d'autre part, la baisse de recettes due aux changements de caisse : si 20 pour cent des assurés changent d'assureur et économisent en moyenne 15 pour cent par rapport à leur nouvelle prime annoncée, ce sont trois pour cent du volume global des primes qui manquent au premier janvier de l'an

Coûts de la santé stables !

prochain, ce qui se répercute évidemment sur les primes de l'année suivante. Il est ainsi possible d'avoir simultanément des coûts de la santé stables par rapport à notre capacité économique et des augmentations de primes moyennes de 6 à 7 pour cent.

Comment passer d'une stabilité des coûts à une stabilité des primes ? La moitié environ des augmentations annuelles des primes pourrait être évitée dans un système de caisse publique. Pour le reste, la Suisse a besoin d'un mécanisme de financement des primes tenant compte de la situation économique des assurés notamment dans les revenus moyens, et enfin de revenus adaptés annuellement au renchérissement et au moins partiellement à l'augmentation de la productivité.

Editorial



par Jean-François Steiert

Conseiller national

Vice-président de La Fédération Suisse des patients

Chère lectrice,
Cher lecteur,

Chaque automne désormais, la Suisse vit le même théâtre de l'augmentation des primes, du matraquage publicitaire des assureurs et des recettes-miracle annoncées un peu partout pour guérir notre système de santé.

Les assureurs, concentrés sur la chasse aux « bons risques » et le développement d'offres individuelles et attrayantes pour ces derniers, nous coûtent non seulement 300 à 500 millions de francs par an pour des changements de caisse qui n'apportent rien au système de santé, mais cherchent de plus en plus à déterminer l'offre de soins en lieu et place des autorités démocratiquement élues.

C'est pourquoi la Fédération suisse des patients va s'engager dès le début 2011 en faveur de l'initiative populaire pour une caisse publique d'assurance-maladie. Son lancement a été annoncé par un large regroupement d'associations et de partis politiques, de la Fédération romande des consommateurs au Parti évangélique. C'est un premier pas vers un fonctionnement des assureurs plus proche des vrais besoins des patients et des assurés dans notre pays.

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES



Entretien avec M^e Mercedes Novier

Avocate au barreau vaudois

Présidente de l'Ordre professionnel de l'AVDEMS* et chargée de cours auprès de l'AVDEMS en matière d'éthique et de droit des patients

* AVDEMS : Association vaudoise d'établissements médico-sociaux

Qu'appelle-t-on directives anticipées ? à qui s'adressent les directives anticipées ?

Ce sont des «instructions», soit des indications, en principe écrites, s'adressant aux professionnels de la santé et par lesquelles une personne capable de discernement exprime le type de soins qu'elle entend recevoir, ou ne pas recevoir, dans des situations données et pour le cas où elle ne serait plus capable de discernement et ne pourrait plus exprimer valablement sa volonté. Ces directives permettent en quelque sorte d'exprimer sa volonté «par avance».

Quels sont les avantages de rédiger des directives anticipées ? Y-a-t-il des inconvénients ?

L'avantage principal est de permettre la prise en compte de la volonté de la personne sur des questions essentielles, comme le refus de réanimation, même lorsqu'elle n'arrivera plus à l'exprimer. Cela prolonge son auto-détermination. L'inconvénient principal réside dans le fait qu'au moment où la question se pose, ces directives risquent d'apparaître trop vagues ou difficilement applicables, ou qu'elles paraissent ne plus correspondre à la volonté présumée actuelle de la personne.

Quand peut-on dire qu'une personne n'a pas ou plus sa capacité de discernement ?

D'après notre Code civil, la capacité de discernement, qui est présumée, existe lorsque la personne n'est pas dépourvue de la faculté d'agir raisonnablement. Cela implique, d'une part, d'avoir la capacité de comprendre, d'apprécier le sens d'un acte ou d'une situation déterminée, ainsi que ses effets; et d'autre part, d'avoir la faculté d'agir selon sa propre volonté en fonction de cette compréhension. En réalité, c'est une notion relative, qui s'apprécie en fonction de l'acte concerné.

Quels sont les points à mentionner expressément lors de directives anticipées ? les points à ne pas oublier ?

Cela dépend beaucoup des situations et de la personne concernée, ainsi que de ses valeurs et ses convictions. De manière générale, il faut éviter d'être trop vague. La désignation d'un représentant thérapeutique, qui connaît bien la personne sur la durée, paraît en tout cas importante. Il en va de même de la position de la personne concernée sur certains types de soins fréquemment concernés (soins palliatifs, alimentation de force, réanimation, etc.). Par ailleurs, il est important de mentionner expressément que ces directives ont été rédigées alors que la personne était en pleine possession de ses moyens. Il peut en outre être utile d'indiquer à qui ces directives ont été transmises.

Pourquoi est-il important de mentionner un ou des représentants thérapeutiques ? et s'il n'y en a pas ?

Le fait de prévoir un représentant thérapeutique permet de désigner, au moment où la personne est encore capable d'exprimer sa volonté, une personne en qui elle a confiance et qui sera son «porte-parole» le moment venu, soit au moment où la décision du type de soins à donner ou non devra être prise. Ce représentant pourra alors se prononcer à la place du représenté sur les choix des mesures thérapeutiques et faire respecter sa volonté, les professionnels de la santé étant tenus de respecter les directives anticipées.

En l'absence de représentant et de proches pouvant prendre une décision, le professionnel de la santé devra tenir compte de la volonté présumée du patient et agir au mieux selon son intérêt.

Où doit-on garder ses directives anticipées ?

Ces directives doivent être conservées de manière à ce qu'elles soient facilement accessibles. Le mieux est de les conserver sur soi (p.ex. avec sa carte d'identité) et en donner une copie au représentant thérapeutique s'il y en a un qui a été désigné, ou encore à son médecin traitant ou un proche. Il est parfois aussi judicieux de les remettre au moment d'entrer dans un établissement hospitalier (ou

... prise en compte de la volonté de la personne sur des questions essentielles comme le refus de réanimation

...

... le représentant thérapeutique permet de désigner son «porte-parole»

...

Directives anticipées

Nouvelle Loi fédérale ?

Actuellement il n'existe aucune loi fédérale s'agissant des directives anticipées en cas d'incapacité du patient d'exprimer sa volonté. Les usages varient d'un canton à l'autre.

En cas d'incapacité de discernement et en l'absence de directives anticipées et de représentant thérapeutique, les professionnels de la santé devront s'adresser au représentant légal.

S'il n'y en a pas, la situation n'est actuellement pas la même selon le canton concerné. Dans certains cantons (p. ex. NE), le proche pourra donner son consentement en lieu et place du patient; dans d'autres (p.ex. VD), l'avis du proche sera pris en compte, sans toutefois lier les professionnels de la santé.

Le futur droit fédéral de la protection de l'adulte, qui va grandement modifier le Code civil à cet égard, et qui entrera en vigueur au plus tôt en 2013, unifiera la législation.

Les nouveaux articles 370 à 373 du Code civil sont ainsi entièrement consacrés aux directives anticipées du patient. Par ailleurs, un chapitre entier du nouveau droit sera consacré aux mesures concernant les personnes incapables de discernement (un système «en cascade» de représentants y est notamment prévu).

LES DIRECTIVES ANTICIPEES (suite de la page 2)

médico-social).

Il est aussi possible d'adresser ces directives à l'Institut « Dialog Ethik », à Zurich, qui s'occupe d'éthique en santé publique. Cet organisme procède à un enregistrement en ligne (voir ci-contre).

Il est important de relever que, tant que la personne a sa capacité de discernement, elle peut annuler ou modifier ces directives anticipées, de même que changer de représentant thérapeutique.

Pouvez-vous encore nous expliquer la différence entre « testament », « dernières volontés » et « directives anticipées » ?

Les *directives anticipées* ne visent pas la situation après la mort, mais bien des situations où des décisions doivent être prises quant à des soins à donner ou non lorsque **la personne est encore vivante**.

Juridiquement, le terme *testament* vise un document contenant les dispositions à cause de mort d'une personne et concernant son patrimoine. Il en va de même des *dernières volontés*, étant précisé que, dans le langage courant, on emploie souvent cette expression par exemple en ce qui concerne la volonté de la personne quant au don de ses organes après son décès, ou encore sa volonté quant à son enterrement, etc.

DIRECTIVES ANTICIPEES EN PRATIQUE

1. **Nommez un représentant thérapeutique** avec lequel vous avez pu discuter du type de soins à recevoir en cas d'accident, en cas d'opération ou en cas de réanimation, par exemple.
2. Exprimer vos choix par écrit et signez !
3. Gardez l'original sur vous et transmettez-en une copie à l'hôpital, à l'EMS, au CMS ou à votre médecin traitant.

SITES UTILES

www.federationdespatients.ch

pour vous aider avec un exemple de directives écrites.

www.dialog-ethik.ch

un site où des directives peuvent être « déposées » électroniquement.

Caisse publique d'assurance-maladie Lancement d'une initiative au début 2011

Une large coalition de partis politiques et d'organisation d'assurés et de patients a annoncé au début du mois d'octobre le lancement d'une initiative

Redonner au système de santé plus de transparence

populaire pour remplacer les actuelles caisses-maladie par une caisse publique d'assurance-maladie pour l'assurance obligatoire. Il s'agit de mettre fin aux excès de

la concurrence, mais aussi de redonner au système de santé plus de transparence face aux besoins des assurés et des patients.

La qualité et l'accessibilité de notre système de santé sont aujourd'hui remises en question par les excès de la concurrence entre assureurs. La plupart d'entre eux poursuivent aujourd'hui une stratégie qui s'est éloignée de l'idée de solidarité à l'origine de nombreuses caisses-maladie et qui vise surtout à renforcer l'assurance privée. La sélection des « bons risques » se fait au détriment des personnes malades, avec un effet financier de désolidarisation qui a atteint plusieurs milliards de francs par année – sans parler des centaines de millions de francs de primes utilisées pour payer de la publicité, des intermédiaires véreux ou encore les frais des changements de caisse automnaux.

Il n'y a pas de recette miracle pour améliorer notre système d'assurance-maladie, mais un intérêt général à une meilleure coordination des prestations de soins (pour

des raisons tant médicales que financières) et à une organisation qui garantit à tous les assurés l'accès à une médecine de haute qualité indépendamment de leur situation sociale et géographique.

C'est pourquoi de nombreuses organisations, dont les Partis socialiste, écologiste, chrétien-social et évangélique ainsi que la Fédération romande des consommateurs, la Fédération suisse des patients, plusieurs grandes associations de personnes âgées ou encore le Mouvement populaire des familles ont annoncé ensemble, au début du mois d'octobre, le lancement prochain d'une initiative populaire pour une caisse publique d'assurance-maladie.

Il s'agit d'introduire, pour l'assurance-maladie obligatoire, un assureur unique en suisse, à caractère public, avec des agences régionales disposant d'une certaine autonomie, une légitimation démocratique par l'association des principaux milieux concernés aux organes dirigeants de la caisse et une économie de quelques centaines de millions de francs à la clé (coût actuel des changements de caisse). Pour éviter de surcharger la barque, les organisations concernées ont en revanche décidé de passer par la voie parlementaire pour faire avancer le dossier embourbé de l'allègement de la charge des primes pour les revenus moyens.

Introduire un assureur unique en suisse, à caractère public, avec des agences régionales

Politique de santé BREVES

Paradoxe...

En Allemagne, où les primes pour l'assurance-maladie obligatoire sont perçues comme presque partout ne Europe en fonction du revenu, et où la coalition de droite a décidé d'introduire les primes par tête pour décharger les assurés les plus aisés et faire passer à la caisse la grande majorité, le PS a été rejoint par le CSU (démocrates-chrétiens bavarois) dans son combat contre cette réforme antisociale. Comme en Suisse sur le 2^e pilier, une partie de la droite populiste se rend compte que le démantèlement social permanent a ses limites...

COMMANDEZ DÈS MAINTENANT DES FEUILLES DE SIGNATURES !

Appelez-nous au **026 422 27 25**, ou contactez-nous par courriel info@federationdespatients.ch

Nous vous enverrons le nombre voulu de feuilles de signatures ainsi qu'un bref argumentaire dès que l'initiative aura été publiée dans la Feuille fédérale, en principe à la fin janvier 2011.

CHANGEMENT DE CAISSE-MALADIE : REPONSES A VOS QUESTIONS

A moins de trois semaines du dernier délai pour changer d'assureur dans l'assurance obligatoire (les lettres de résiliation doivent être parvenues chez l'assureur actuel au plus tard le mardi 30 novembre, si possible par courrier inscrit), vous trouverez ci-dessous quelques réponses à des questions fréquemment posées à nos services de consultation

Ma fille aura 25 ans au début du mois de février 2011. Peut-elle encore bénéficier du tarif « jeunes jusqu'à 25 ans » ou dois-je déjà chercher l'assureur le moins cher dans la catégorie « adultes » ?

Les tarifs « jeunes adultes », que certains assureurs ne pratiquent plus, sont valables pour les jeunes de 18 à 24 ans révolus (c.a.d. jusqu'au 25^e anniversaire), mais restent ensuite applicables pour le reste de l'année en cours. Vous pouvez donc encore assurer votre fille au tarif « jeunes adultes » pour toute l'année 2011.

**Délais de résiliation :
30 novembre pour la base
et au moins 3-6 mois pour
les complémentaires**

Comment choisir la franchise ?

Une franchise plus élevée permet de réduire de manière parfois importante le montant des primes. Le choix de la franchise la plus avantageuse est évidemment lié à votre état de santé – de sorte qu'il y a toujours un risque difficile à évaluer. De manière générale, la franchise minimale (300 francs pour les adultes, zéro pour les enfants) est recommandée pour les personnes qui ont des coûts de santé élevés, qui souffrent d'affections chroniques ainsi que pour les enfants en bas âge, alors que les assurés en bonne santé obtiennent généralement les résultats les plus avantageux en choisissant la franchise la plus élevée. Le site indépendant porté notamment par la Fédération

romande des consommateurs www.frc.ch permet une approximation individuelle pour le choix de la meilleure franchise. Le service aux patients de Fribourg / Suisse romande (v. ci-dessous) se tient à disposition des personnes qui le souhaitent pour leur faciliter cette démarche.

Attention : Si vous disposez d'un revenu bas ou moyen et que vous optez pour une franchise élevée, ne dépensez pas l'argent économisé sur les primes, mais gardez-le à disposition au cas où vous deviez faire face à un problème grave de santé !

Une caisse aux primes particulièrement avantageuses peut-elle augmenter ses primes en cours d'année en 2011 ? et que puis-je faire cas échéant ?

Légalement, un assureur peut, avec l'assentiment de l'Office fédéral de la santé, augmenter ses primes en cours d'année si sa situation financière l'exige. Pour 2011, cela devrait rester exceptionnel mais ne peut être entièrement exclu.

En ce qui concerne vos possibilités en cas d'augmentation de votre prime d'assurance maladie obligatoire en cours d'année, le mécanisme est le suivant : votre assureur doit vous annoncer une telle augmentation au plus tard deux mois avant l'entrée en vigueur de l'augmentation (p. ex. au plus tard le 28 février pour une augmentation au 1^{er} mai) et vous avez alors un mois pour faire parvenir votre lettre de résiliation à votre assureur actuel et votre lettre d'affiliation à votre nouvel assureur (dans l'exemple cité, votre lettre devrait parvenir aux destinataires au plus tard le jeudi 31 mars, c.a.d. le dernier jour ouvrable du mois précédent l'augmentation). Cette possibilité de changement en cours d'année vaut également pour les assurés qui ont choisi une franchise à

option (supérieure à 300 fr. pour les adultes), si ce n'est que la franchise doit être maintenue au même niveau auprès du nouvel assureur.

Peut-on changer d'assureur simultanément pour les assurances complémentaires et l'assurance de base ?

Généralement non, dans la mesure où la loi sur l'assurance privée, qui détermine les assurances complémentaires, ne prévoit pas de délais légaux pour la résiliation ; la plupart des contrats sont d'une durée annuelle et prévoient un délai de résiliation de trois mois pour la fin de l'année, soit au 30 septembre. Cette date étant antérieure à l'annonce de l'augmentation des primes pour l'assurance obligatoire, il n'est en principe pas possible de changer d'assureur simultanément pour les deux branches de l'assurance. Cela vaut d'autant plus pour les contrats d'assurances complémentaires qui courent sur plusieurs années ou qui prévoient des délais de résiliation de six mois. En cas d'augmentation de la prime, la plupart des contrats d'assurance complémentaire prévoient des délais de résiliation raccourcis (souvent 25 ou 30 jours), mais ce n'est pas toujours le cas lorsque l'augmentation est due à un changement de groupe d'âge, et ce délai doit figurer dans les conditions générales d'assurance pour être applicable.

L'assureur peut-il résilier un contrat d'assurance complémentaire si je quitte cet assureur pour l'assurance obligatoire ?

La loi exclut formellement des résiliations pour cette raison. Un assureur a récemment été débouté après avoir résilié une assurance complémentaire au motif d'un changement d'assurance de base. L'assureur peut cependant résilier votre contrat sans raison à l'échéance de ce dernier, sauf si les conditions générales excluent ce droit (à vérifier impérativement avant de conclure une assurance complémentaire, si vous voulez éviter de voir votre contrat résilié au moment où vos risques de santé augmentent).

Talon de commande

Je souhaite (entourer ce qui convient):

- **Devenir membre :**
 - Cotisation ordinaire : 60.- / an
 - Etudiant-e-s, retraité-e-s, bénéfic. de prestations compl. : 30.- / an
 - Familles : 80.- / an
- **Commander l'un des documents suivants :**
 - Brochure « Droits des patients » (10.-)
 - « Passeport radiographie » (5.-)
 - Déclarations anticipées avec dépliant d'information et carte « format carte de crédit » (5.-)
- **Recevoir les bulletins trimestriels par courriel**

Nom et prénom :

Adresse :

E-mail :

Téléphone :

Bulletin à retourner à l'adresse ci-contre ou par e-mail

www.federationdespatients.ch

Permanence téléphonique 026 422 27 25

info@federationdespatients.ch

Nos collaboratrices en Suisse Romande



Antoinette Hayoz
Conseillère aux patients à Fribourg
info@federationdespatients.ch



Katia de La Baume
Responsable communication
delabaume@federationdespatients.ch

Service aux patients Fribourg/Suisse occidentale
Membre de la Fédération suisse des patients
Rue de la Fonderie 2 – C.P. 1437 - 1701 Fribourg
Fédération suisse des patients – C.P. – 8042 Zurich
Bulletin trimestriel – Numéro 3 – 17 nov 2010

