

N O N à une médecine à deux vitesses

Votation du 1^{er} juin 2008

Argumentaire

1. Le nouvel article constitutionnel est dangereux !

Le 1^{er} juin 2008, nous voterons sur un article constitutionnel (cf. annexe) relatif à l'assurance-maladie. Sous ses apparences de norme anodine et « moderne », cet article est en fait dangereux. Son but va bien au-delà de l'inscription de la qualité et de la transparence dans la Constitution fédérale, comme veulent tout le temps nous le faire accroire ses partisans. Son acceptation créerait les conditions d'une introduction d'une médecine à deux vitesses. Contrairement au régime actuel, l'accès à des soins de qualité dans tous les domaines ne serait plus garanti dans l'assurance de base, mais seulement dans d'onéreuses assurances complémentaires. Les perdants seraient tous ceux et toutes celles qui ne peuvent pas se payer ces assurances complémentaires. On risque donc d'en arriver à une médecine à deux vitesses. L'article constitutionnel aiguille en effet notre système de santé dans cette direction, car il entraînerait les conséquences suivantes :

- suppression de la prise en charge des soins à domicile et en institution ;
- concentration du pouvoir aux mains des caisses : listes de médecins établies par les caisses en lieu et place du libre choix du médecin ;
- procédures tracassières pour les malades chroniques et davantage de stress pour le personnel de santé ;
- baisse de la qualité ;
- forte hausse des franchises et des quotes-parts ;
- suppression du régime obligatoire de l'assurance.

C'est pour cela que l'USS et le ssp combattent ce projet en compagnie d'un vaste éventail d'adversaires de cet article constitutionnel parmi lesquels on trouve les cantons, le corps médical, les organisations professionnelles de la santé (ASI, ASMAC, etc.), les associations de patient(e)s et de consommateurs et consommatrices, les ligues de santé (Ligue suisse contre le cancer, etc.), la Société suisse d'odonto-stomatologie (médecins-dentistes), la Société suisse des pharmaciens, les organisations d'aide aux personnes handicapées comme Pro Infirmis, les organisations de personnes âgées (comme la FARES), ainsi que des partis politiques (PS, Verts et PDC).

2. L'article constitutionnel actuel est amplement suffisant ! Nul besoin d'un nouveau !

L'article constitutionnel actuel est court, concis et laisse suffisamment de latitude au législateur. C'est sur lui que repose l'actuelle assurance obligatoire des soins (AOS).

En vigueur depuis 1996, la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) a été adoptée en 1994 à une grande majorité (51,8 %) après un vaste débat public et une âpre campagne de votation. Parmi ses acquis, citons la couverture intégrale des prestations (maladie, maternité, soins, couverture subsidiaire en cas d'accident), ce qui garantit la fourniture de soins médicaux complets. Autre acquis : le régime obligatoire de l'assurance garantit à l'ensemble de la population un accès à des soins médicaux complets de qualité. Les mécanismes de solidarité entre personnes saines et personnes malades, entre jeunes et vieux, entre femmes et hommes représentent un pilier supplémentaire qui peut être considéré comme un autre acquis de la loi. Et le régime des réductions de primes atténue la charge que constituent les primes par tête pour les ménages modestes. Grâce à la LAMal, la Suisse dispose d'une assurance complète de qualité en cas de maladie. À nous d'en prendre soin, car chacun et chacune peut être frappé par la maladie !

La base constitutionnelle actuelle permet déjà d'inscrire dans la LAMal des mesures de planification et de maîtrise des coûts, à condition que la volonté politique pour ce faire soit présente. Les importations parallèles permettent, par exemple, de diminuer davantage les prix des médicaments. Grâce à des modèles de soins intégrés mis en place dans toute la Suisse, on peut mieux piloter les traitements et empêcher la multiplication des actes médicaux qui fait augmenter les coûts. Ces mesures ne requièrent pas non plus de modification de la Constitution.

3. Un peu d'histoire : un démantèlement des prestations qui ouvre la voie à une médecine à deux vitesses

Le 28 juillet 2004, l'UDC déposait son initiative populaire « Pour une baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base ». Le but de cette dernière était de réduire radicalement le catalogue des prestations de l'assurance de base et d'introduire le mode de financement moniste¹ par les caisses. En langage clair, il s'agissait d'introduire une médecine à deux vitesses.

L'article constitutionnel « Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie » est un contre-projet à l'initiative de l'UDC. En raison de délais très serrés, le Parlement l'a rédigé à la hâte et à la légère. Même Pascal Couchepin, conseiller fédéral en charge du dossier, a recommandé son rejet lors des débats parlementaires. En vain : la majorité bourgeoise a approuvé cet article lors de la session d'hiver 2007. L'UDC a alors retiré son initiative populaire le 11 janvier 2008. C'est bien

¹ Les milliards de recettes fiscales que les cantons affectent au financement hospitalier devraient être transférés aux caisses sans que les cantons disposent d'un droit de regard, ni de compétences de planification.

compréhensible : l'article constitutionnel soumis à votation permet d'introduire une médecine à deux vitesses, c'est-à-dire le but visé par ce parti.

4. Nos arguments

4.1 Payer soi-même les frais des soins ? Non merci !

L'article constitutionnel énumère les domaines de prestations de façon exhaustive : maladie, maternité, soins en cas de dépendance et accidents. L'assurance-maladie doit prendre en charge la maladie et la maternité, tandis que la formulation n'est que potestative pour les soins et les accidents.

On crée ainsi une base constitutionnelle qui permet de réglementer le financement des soins – notamment pour les personnes âgées – en dehors de l'assurance-maladie obligatoire.

Aujourd'hui déjà, les hôpitaux renvoient rapidement les patient(e)s chez eux. L'expérience montre que nombre d'entre eux sont encore dépendants des soins à domicile pendant quelque temps. À l'avenir, cette nécessité ne fera qu'augmenter, car les patient(e)s quitteront l'hôpital encore plus tôt en raison de l'introduction des forfaits par cas et seront contraints d'avoir recours aux soins à domicile. Les frais s'élèvent facilement à deux ou trois cents francs par mois. Avec l'article constitutionnel soumis à votation, on pourrait les faire payer par les patient(e)s eux-mêmes. Un lourd fardeau pour les ménages modestes. La situation serait encore pire pour les malades chroniques qui doivent avoir régulièrement recours pendant des mois aux prestations des services de soins à domicile : ils doivent s'attendre à payer de leur poche des centaines de francs par mois et même des milliers par an. Étant donné que les malades chroniques ne touchent souvent pas de rente AI, ils ne peuvent pas obtenir de prestations complémentaires pour couvrir ces frais. Quand ils n'arrivent plus à joindre les deux bouts, il ne leur reste plus qu'à aller quémander l'aide sociale.

Avec l'âge, le risque de dépendance augmente. Souvent, les membres de la famille ne peuvent plus s'occuper seuls de leurs parents et l'entrée en EMS est nécessaire. Que se passera-t-il donc si la caisse-maladie ne rembourse plus les frais et s'il faut mettre, en sus de la rente de la caisse de pension, deux ou trois mille francs pour les soins qui ne seront plus pris en charge par la LAMal ? L'argent mis de côté pendant une vie de dur labeur fondra comme neige au soleil pour couvrir ces frais élevés.

La dépendance est un risque reconnu inhérent à la vie dont le ou la patient(e) ne porte pas la responsabilité. Pour cette raison, les soins ont été ajoutés au catalogue obligatoire de la LAMal. Si, comme le permettrait le nouvel article constitutionnel, les soins étaient rayés des prestations obligatoires, les soins à la maison ou en institution seraient mis à la charge du ou de la patient(e) ou le risque devrait être assuré au prix d'onéreuses assurances complémentaires. Qui ne peut se payer l'un ou l'autre sera condamné à l'assistance.

Si les soins sont rayés de l'assurance-maladie obligatoire, les proches seront davantage mis à contribution pour prendre en charge les parents et beaux-parents dépendants. Aujourd'hui encore, on attend souvent des femmes qu'elles prodiguent des soins dans le cadre de tâches de prise en charge. Ce seront donc elles qui ressentiront tout particulièrement les effets de cette réduction des prestations.

4.2 Se plier sous le joug des caisses ? Non merci !

Le principe de la concurrence est d'ores et déjà ancré dans la Constitution fédérale. L'article soumis à votation mentionne expressément ce principe à plusieurs reprises et cette insistance confère une priorité absolue à la concurrence dans l'assurance-maladie. On voudrait faire de la concurrence le principe suprême de l'assurance-maladie que l'on n'agirait pas autrement. Les conséquences sont multiples. L'emprise des caisses se fera encore plus forte et les assuré(e)s devront se plier sous leur joug. Voici ce que cela signifie :

Des listes de médecins établies par les caisses en lieu et place du libre choix

Contrairement à la loi actuelle, l'article constitutionnel soumis à votation contraint la Confédération à appliquer le principe de la concurrence dans ses actes législatifs portant sur l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'AOS. L'admission concerne tant les médecins de famille, les spécialistes, les sages-femmes, etc. que les hôpitaux.

Dans ce régime, les caisses ne seraient plus contraintes de traiter avec tous les fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer par le canton (les médecins, p. ex.), mais uniquement avec ceux avec qui elles ont conclu un contrat. Conséquence : le libre choix du médecin disparaîtrait, car les patient(e)s pourraient uniquement aller chez les médecins figurant sur les listes des caisses-maladie. et comme chaque caisse aurait sa propre liste, en cas de changement de caisse, il faudrait aussi changer de médecin de famille si l'ancien ne se trouve pas sur la liste de la nouvelle caisse. Pour conserver le libre choix du médecin ou des autres fournisseurs de prestations, il faudrait alors conclure des assurances complémentaires. Cela relativiserait le principe de l'assurance obligatoire : l'accès à des soins de santé de qualité élevée serait ainsi réservé – contrairement à ce qui se passe actuellement – à celles et ceux qui peuvent se payer des assurances complémentaires.

Des soins hospitaliers soustraits au contrôle démocratique

Actuellement, les cantons dirigent et planifient les soins hospitaliers et sont ainsi les garants de leur disponibilité. Selon l'article constitutionnel soumis à votation, les caisses-maladie trancheraient la question de l'admission des hôpitaux à pratiquer à charge de l'AOS. En lieu et place de soins hospitaliers forts d'une légitimité démocratique, on aurait un système organisé par les caisses selon les principes de la concurrence.

Bref, le nombre et l'emplacement des établissements, mais aussi la qualité des prestations, seraient stipulés par les caisses sous le signe de la concurrence. Celles-ci auraient un grand intérêt à limiter

l'offre, de sorte que les assuré(e)s au bénéfice de l'assurance de base risqueraient de se retrouver sur de longues listes d'attente avant toute hospitalisation. En Suisse, nous découvririons une réalité aujourd'hui inconnue : des pénuries de soins selon les régions et les classes sociales.

Les cantons déboursant des milliards sans disposer de droit de regard ni de compétences de planification

Un des volets de la concurrence est le financement moniste. Les champions de la concurrence sont unanimes à ce sujet. Voilà pourquoi l'article constitutionnel soumis à votation exige un système de financement moniste, qui devrait donc nécessairement être mis en place si l'article était accepté.

Les soins ambulants seraient financés par les primes, les soins hospitaliers par les primes et l'argent des contribuables (contributions publiques). Dans le système actuel, les cantons versent leurs contributions directement aux hôpitaux. Toutefois, cette aide financière n'est octroyée qu'aux établissements qui figurent sur les listes cantonales et qui entrent donc dans le cadre de la planification hospitalière cantonale. Si le nouvel article constitutionnel était accepté, les cantons devraient verser aux caisses leurs subventions destinées à rémunérer les prestations des hôpitaux. De la sorte, tout l'argent (primes et contributions publiques) serait centralisé par les caisses, qui deviendraient ainsi le moniste du système (monisme des caisses). Cette conception renforcerait considérablement le pouvoir des caisses : ce serait elles qui décideraient avec quels fournisseurs de prestations elles veulent travailler et qui gèreraient la totalité des ressources financières (primes et argent des contribuables).

4.3 Tracasseries pour les malades chroniques, démantèlement de la qualité et plus de stress pour le personnel de la santé ? Non merci !

Les caisses évitent le risque. Leur premier souci n'est pas de contribuer aux guérisons, mais de diminuer leurs coûts. Pour choisir les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de l'AOS, elles veilleraient donc à ne signer de contrats qu'avec des fournisseurs « bon marché », c'est-à-dire qui n'occasionnent que peu de coûts ; ce qui est possible pour ces derniers s'ils se concentrent sur des patient(e)s « sains », peu « coûteux ». De la sorte, les médecins qui traitent des personnes âgées, des malades chroniques, comme les diabétiques ou les personnes souffrant de maladies exigeant des traitements intensifs, risquent de n'être plus pris sous contrat par les caisses. Les fournisseurs de prestations seraient invités à réduire leur frais et contraints à rogner sur la qualité, ainsi qu'à chercher un rapport équilibré entre patient(e)s « sains » et patient(e)s « malades ». Ce système représente ainsi un péril particulier pour les malades chroniques. Des tracasseries, comme de longues attentes pour avoir rendez-vous, et une baisse de la qualité deviendraient sans doute leur pain quotidien.

Puisque les caisses choisiront aussi les hôpitaux et les établissements médico-sociaux avec lesquels elles voudront collaborer, la pression sur les coûts engendrée par la priorité accordée à la concurrence se reportera aussi sur ces établissements. Eux aussi, ils devront être « bon marché ». Cette orientation se traduira automatiquement par une hausse de la pression exercée sur les salaires et une standardisation du travail plus poussée. Le personnel aura donc encore moins de temps à

consacrer au bien-être des patient(e)s. Les victimes de cette orientation marchande seront nombreuses, à commencer par les patient(e)s hospitalisés et les pensionnaires des homes.

4.4 Hausse massive des franchises et des quotes-parts ? Non merci !

Une autre nouveauté de l'article constitutionnel soumis à votation est l'encouragement de la responsabilité individuelle. Ce sont les assuré(e)s qui sont ici concernés. Concrètement, cela signifierait une hausse des quotes-parts et des franchises. Aujourd'hui déjà, les assuré(e)s paient au moins 300 francs de franchise et 700 francs de quote-part (participation aux frais). Ce sont là 1000 francs par an qu'ils doivent payer de leur poche.

Sous couvert de « promotion de la responsabilité individuelle », l'article constitutionnel pose les bases d'un nouveau relèvement des franchises et des quotes-parts. On ne peut donc exclure que la participation aux frais atteigne bientôt au moins 2000 francs par an, contre les 1000 francs d'aujourd'hui.

4.5 Abolition de l'assurance obligatoire ? Non merci !

L'article constitutionnel soumis à votation permettrait certes de maintenir le régime obligatoire de l'assurance, mais ce ne serait pas nécessairement le cas. Au lieu de garantir, comme actuellement, à l'ensemble de la population l'accès à des soins de santé de qualité élevée, il ne subsisterait, du fait de la formulation potestative choisie, qu'une obligation dépourvue de tout caractère impératif. La volonté de clarifier les choses fait défaut. On peut par conséquent supposer à bon droit que l'assurance obligatoire sera supprimée tôt ou tard. Les conséquences en seraient dévastatrices :

- Abolition de l'assurance obligatoire : cela signifierait plus aucune garantie de pouvoir compter sur une couverture d'assurance en cas de maladie.
- Réserves : nous les connaissons déjà dans les assurances complémentaires ; elles seraient désormais aussi à l'ordre du jour dans l'assurance de base en cas de changement de caisse.
- Primes de risque : primes plus élevées pour les personnes âgées, les malades chroniques, les femmes et peut-être même les personnes obèses, les fumeurs et fumeuses, etc..

5. Les partisans de l'article constitutionnel : les assurances veulent faire du profit !

Ce sont surtout les assurances qui soutiennent le nouvel article constitutionnel. Ce n'est guère étonnant puisque la mise en place d'une médecine à deux vitesses se traduirait par une forte expansion des assurances complémentaires. La raison de cette stratégie est évidente : les statistiques² relatives aux caisses-maladie reconnues par l'Office fédéral de la santé (OFSP) montrent que l'importance des assurances complémentaires a reculé ces dix dernières années. La LAMal, qui garantit à

² Source : Système de santé Suisse. 2007-2009. Survol de la situation actuelle. Gerhard Kocher, Willy Oggier. Éditions Hans-Huber, 3^e édition 2007.

l'ensemble de la population des soins de santé de qualité élevée dans tous les domaines, les rend inutiles !

Parmi les partisans les plus fervent de cet article, nous trouvons santésuisse (l'association des caisses-maladie), l'Association suisse d'assurances et les Cliniques privées Suisses. Les deux dernières étant membres d'economiesuisse, il est évident que cette association faitière compte parmi les partisans. Un comité interparti, composé de membres du PRD, du PDC, de l'UDC et du PLS jouera un rôle prépondérant dans la campagne, contrairement au Conseil fédéral, qui ne se prononce qu'avec hésitation. L'association des hôpitaux H+ soutient aussi l'article constitutionnel.

6. Arguments erronés des partisans

6.1 L'article constitutionnel crée la transparence. Le système actuel empêche toute comparaison entre hôpitaux, EMS et médecins³

Faux : Le projet de financement hospitalier qui vient d'être approuvé par les Chambres fédérales montre que cette affirmation est fausse. La modification de la LAMal contraindra les hôpitaux à réaliser des comparaisons entre établissements. Les fournisseurs de prestations doivent par ailleurs établir une facturation claire aux débiteurs et leur fournir tous les renseignements permettant de juger du caractère économique des prestations. Aujourd'hui déjà, la transparence est possible. Pas besoin de modifier la Constitution pour cela.

6.2 L'article constitutionnel garantit le libre choix du médecin et de l'hôpital

Faux : Certes, l'article constitutionnel précise effectivement que « Les personnes assujetties à l'assurance obligatoire des soins peuvent choisir librement... les fournisseurs de prestations *autorisés* à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. », mais il y a un hic : ce sont les caisses-maladie qui décideront qui sera *autorisé*, c'est-à-dire avec qui elles veulent collaborer dans le cadre de l'AOS. Elles établiront des listes de médecins et elles décideront donc qui y figurera ! Les assuré(e)s ne pourront choisir leur praticien(ne) que sur ces listes. On ne saurait donc parler de libre choix du médecin comme on le connaît actuellement ! Le même principe s'appliquera à tous les fournisseurs de prestations. En d'autres termes, les assuré(e)s devront éplucher diverses listes lorsqu'ils auront besoin de soins de santé. Et il pourrait même être nécessaire de changer de caisse si le fournisseur de prestations que l'on souhaite ne se trouve pas ou plus sur la liste de notre caisse !

³ Meilleure qualité des soins, libre choix du médecin et de l'hôpital – OUI à une santé de qualité. Dossier de la conférence de presse du 27 mars 2008, Comité OUI à une santé de qualité.

6.3 L'article constitutionnel empêche le rationnement. Les patient(e)s ne seront plus mis sous tutelle et ce ne seront plus les bureaucrates de la santé qui décideront qui peut bénéficier ou non d'une prestation médicale, comme une prothèse de la hanche ou un médicament

Faux : Dans un régime d'assurance-maladie sociale tel que nous le connaissons actuellement, le rationnement n'est pas une mesure de maîtrise ou de contrôle des coûts. En l'espèce, il existe d'autres possibilités, comme les importations parallèles qui diminuent le prix des médicaments. Dans le système actuel, ce ne sont d'ailleurs pas les bureaucrates de la santé qui choisissent les prestations médicales, mais le médecin et le ou la patient(e) ! L'article constitutionnel soumis à votation se traduirait en outre par une perte de qualité. Les caisses-maladie voudront en effet collaborer uniquement avec des médecins « bon marché ». Ceux-ci devront donc faire face à une pression sur leurs coûts et seront contraints de rogner sur la qualité.

6.4 L'article constitutionnel est un gage de clarté. La transparence, la qualité, le libre choix et l'application stricte des principes EAE⁴ permettent d'éviter pour tous les assuré(e)s des diminutions de prestations dans les soins de santé de base

Faux : Un nouvel article constitutionnel n'est pas nécessaire pour améliorer la transparence et la qualité. Les principes EAE sont d'ores et déjà inscrits dans la LAMal en vigueur et sont strictement appliqués. Et le fait que l'article constitutionnel n'énumère pas les soins comme prestation obligatoire de l'AOS indique clairement qu'ils figurent sur la liste des prestations à abolir.

Les partisans se gardent bien de crier sur les toits que toute l'assurance-maladie, c'est-à-dire tous ses niveaux (caisses-maladie, fournisseurs de prestations, domaines de prestations), devra être organisée selon le principe de la concurrence. Le nouvel article constitutionnel servira de base à ce principe. Or, la concurrence est déjà inscrite dans la Constitution fédérale L'article soumis à votation mentionne à plusieurs reprises ce principe et cette insistance confère une priorité absolue à la concurrence dans l'assurance-maladie. On voudrait faire de la concurrence le principe suprême de l'assurance-maladie que l'on n'agirait pas autrement. Et l'on sait très bien où cela mènera : à une médecine à deux vitesses, comme les États-Unis le montrent clairement. Or, le système de santé de ce pays est le plus cher et le moins efficient au monde. La privatisation y est très avancée et les caisses-maladie n'en font qu'à leur guise. Elles n'obéissent qu'à la logique marchande et font la chasse aux « bons risques ». 50 millions d'habitant(e)s ne sont pas assurés, car ils ne peuvent se permettre de payer l'assurance-maladie !

⁴ EAE : efficacité, adéquation, économicité.

7. Une décision de principe

Concurrence et profit en lieu et place de la sécurité sociale ?

Non merci !

Une chose est claire : les partisans de l'article constitutionnel soumis à votation veulent poser une question de principe. Leur intention est de dépouiller tant que faire se peut l'assurance-maladie des caractéristiques inhérentes à une assurance sociale afin de l'ouvrir au marché libre (p. ex. assurances et hôpitaux privés) et à l'économie axée sur le profit. Leur langage est d'ailleurs révélateur, puisqu'ils parlent du marché de la santé pesant plus de 50 milliards de francs. Économie axée sur le profit et médecine à deux vitesses, en lieu et place de la sécurité sociale. Le nouvel article constitutionnel pose les jalons qui nous y mèneraient. En effet, s'il était accepté, il entraînerait les conséquences suivantes :

- suppression de la prise en charge des soins à domicile et en institution ;
- concentration du pouvoir aux mains des caisses : listes de médecins établies par les caisses en lieu et place du libre choix du médecin ;
- procédures tracassières pour les malades chroniques et davantage de stress pour le personnel de santé ;
- baisse de la qualité ;
- forte hausse des franchises et des quotes-parts ;
- suppression du régime obligatoire de l'assurance.

Annexe

1. Nouvelle disposition constitutionnelle⁵

Art. 117a Assurance-maladie

1 La Confédération légifère sur l'assurance-maladie.

2 L'assurance-maladie propose une assurance des soins; elle peut aussi proposer une assurance d'indemnités journalières. L'assurance des soins prévoit des prestations en cas de maladie et de maternité et peut prévoir des prestations en cas d'accident et de besoin en soins réguliers.

3 Lorsqu'elle légifère, la Confédération respecte les principes suivants:

- a. Les prestations relevant de l'assurance des soins doivent être efficaces, appropriées et économiques.
- b. L'assurance-maladie est mise en oeuvre conformément aux principes de la concurrence et de la transparence; la responsabilité individuelle des assurés est encouragée.
- c. Les assureurs désirant exercer une activité dans le domaine de l'assurance-maladie sont soumis à une autorisation.
- d. Les conditions posées à l'activité des fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance-maladie sont fixées de manière à garantir la qualité et la concurrence.

4 La Confédération peut déclarer l'assurance-maladie obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes. Les personnes assujetties à l'assurance obligatoire des soins peuvent choisir librement un des assureurs-maladie reconnus ainsi que les fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie.

5 La Confédération et les cantons veillent, dans le cadre de leurs compétences, à garantir un système de santé publique rationnel et de qualité; ils coordonnent leur action.

6 L'assurance des soins est financée par les primes et les participations aux coûts à la charge des assurés ainsi que par des contributions publiques versées à l'organisme qui finance les prestations. La Confédération et les cantons prévoient des réductions de primes en fonction de la situation financière des assurés.

⁵ Source : site Internet du Parlement. Texte soumis au vote final. Session d'hiver 2007

2. Teneur actuelle de l'article 117

Art. 117 Assurance-maladie et assurance-accidents.

¹ *La Confédération légifère sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents.*

² Elle peut déclarer l'assurance-maladie et l'assurance-accidents obligatoires, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes.