

Zeitschrift: Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
Herausgeber: Union syndicale suisse
Band: 46 (1954)
Heft: 12

Artikel: L'avant-projet de loi sur l'assurance-maladie et l'assurance-maternité
Autor: Liniger, Jean
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-384885>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 18.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

REVUE SYNDICALE SUISSE

ORGANE MENSUEL DE L'UNION SYNDICALE SUISSE

Supplément trimestriel: «TRAVAIL ET SÉCURITÉ SOCIALE»

46^{me} année

Décembre 1954

N° 12

L'avant-projet de loi sur l'assurance-maladie et l'assurance-maternité

Par *Jean Liniger*,
directeur des Services sociaux de la ville de Neuchâtel

I. Lenteur démocratique

L'avant-projet de loi sur l'assurance-maladie et l'assurance-maternité a déjà une longue histoire, bien que le Conseil fédéral n'en ait pris officiellement connaissance que le 27 avril 1954. La première tentative de revision ordonnée par le Conseil fédéral remonte au 10 février 1919. Elle fut abandonnée en raison des travaux d'élaboration d'une loi sur l'assurance-vieillesse. Toute une série de postulats sur ce sujet furent soumis aux Chambres fédérales dans l'entre-deux-guerres. En 1943, 1944 et 1945, de nouvelles demandes de revision furent adressées par la même voie au Conseil fédéral. Une première commission d'experts fut nommée à la fin de 1947. Son travail fut réduit à néant le 23 mai 1949 par le rejet de la loi fédérale sur la lutte contre la tuberculose. Une seconde commission d'experts fut instituée le 10 juillet 1952 pour examiner un nouvel avant-projet établi par les services fédéraux. Il en est résulté un rapport et un avant-projet que le Conseil fédéral vient de soumettre pour préavis aux gouvernements cantonaux et aux associations intéressées avant d'en saisir les Chambres fédérales. Combien de temps s'écoulera-t-il encore jusqu'à la votation populaire? En tout cas deux bonnes années, peut-être bien davantage. La démocratie a de ces exigences!

II. Incertitude

Passé encore cette lenteur inévitable, mais le sort de cet avant-projet est malheureusement tout ce qu'il y a de plus incertain. La commission d'experts n'a adopté son texte définitif que par 21 voix sur 38, 12 voix s'étant exprimées contre, 2 s'étant abstenues et 3 excusées. Le Conseil fédéral lui-même n'a pas caché sa réticence. En prenant acte des textes de la commission dans sa séance du 27 avril 1954,

il a réservé formellement sa décision définitive, « en particulier quant à l'institution de l'assurance-maternité obligatoire et au montant des subsides fédéraux ». Il a tenu encore à bien spécifier qu'à son avis « il ne sera possible d'examiner l'avant-projet que si la question de la couverture des charges supplémentaires de la Confédération est résolue ».

Les gouvernements cantonaux risquent fort d'être tout aussi réticents, de même que les associations appelées à donner leur préavis. Déjà les associations féminines expriment leur insatisfaction sur nombre de points importants. Les hôpitaux ne seront certainement pas enchantés du projet, qui ne leur apporte rien de substantiel. Quant aux médecins et aux pharmaciens, ils se tiennent dès maintenant sur la défensive en attendant de passer peut-être à l'offensive.

La confusion ne sera pas moindre dans les partis politiques. Dans le monde ouvrier lui-même, l'unité de vue est loin d'être faite. Sur des principes fondamentaux comme l'obligation d'assurance-maladie pour les économiquement faibles et la compensation de la perte de salaire pour les femmes en couche, le Parti socialiste et les syndicats auront probablement des avis différents. Quant à la votation populaire, il est bien difficile d'en prévoir le résultat. A en juger par le rejet de la loi fédérale sur la lutte contre la tuberculose, le 23 mai 1949, et le rejet de la loi bernoise sur la santé publique, le 25 février 1951, on doit se garder de toute illusion. La nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie et l'assurance-maternité, si elle triomphe de tous ces obstacles, ne l'emportera que de haute lutte.

III. Un plan d'ensemble

Ces incertitudes font bien ressortir le défaut, dans notre pays, d'une conception générale de la santé publique. L'assurance-maladie et maternité ne saurait être un tout pour lui-même. Elle n'est qu'une des nombreuses institutions concernant la santé. Alors qu'elle est comprise aujourd'hui dans une loi qui traite également des accidents, on a jugé bon, dans l'avant-projet, de l'en séparer. Mais il est certain que l'assurance-accidents devrait aussi être revue. Il faudrait aussi mettre sur pied une assurance-invalidité. Le statut des hôpitaux laisse beaucoup à désirer. Le manque d'infirmières redevient grave. La pléthore de médecins va poser et pose déjà le problème de leurs ressources. Alors qu'une partie d'entre eux atteignent des montants extraordinaires, d'autres connaissent déjà certaines difficultés. Par ailleurs, le prix des médicaments devient un problème chaque jour plus grave. Les rapports entre hôpitaux et pharmaciens sont des plus tendus. De toute évidence, une loi fédérale sur les pharmacies s'impose.

Mais la prospérité économique actuelle empêche généralement de voir chacun de ces éléments dans sa réalité concrète et de prendre conscience de l'évolution rapide du problème de la santé publique

en Suisse. Que la conjoncture économique faiblisse et l'on mesurera la gravité de la situation. La plus grande partie des charges d'assistance résulte de la maladie ou d'accident et l'une des principales causes de l'endettement des particuliers est le fait des honoraires de médecin, de dentiste et des factures d'hôpital.

IV. Sagesse helvétique

Si souhaitable que soit pour notre pays un plan d'ensemble pour la santé publique, à l'instar de la plupart des pays civilisés, il faut bien reconnaître qu'il n'a guère de chances de voir le jour. La diversité des régions et des conditions économiques constitue déjà un obstacle majeur. Mais la difficulté est beaucoup plus psychologique qu'économique. Le peuple suisse dans sa grande majorité a une méfiance instinctive des idées, des systèmes, des plans, s'étendant à l'ensemble du pays. Il a fallu des circonstances extraordinaires pour la réussite d'un Plan Wahlen ou de l'assurance-vieillesse. Du reste, si imparfait que soit le régime actuel de la santé publique en Suisse, il n'a pas que des défauts. Il est probable que le peuple suisse dépense pour sa santé sensiblement plus que le peuple anglais, par exemple. Le Plan Beveridge représentait en 1950 une dépense de 128 fr. suisses par personne. En Suisse, si on ajoute pour la même année 1950 aux 60 fr. de cotisation annuelle moyenne pour l'assurance-maladie les 20 fr. par assuré que représentent les versements de l'Etat, des cantons et des communes, les 30 fr. par habitant des autres dépenses publiques pour les hôpitaux, les policliniques, la lutte contre la tuberculose, sans compter la générosité privée et les frais des particuliers pour les dents et les yeux, on voit que nous dépensons davantage pour notre santé. Nos hôpitaux sont généralement bien tenus. Le corps médical est d'une qualité exemplaire. En un mot, malgré l'absence d'un plan d'ensemble, le régime suisse de la santé publique est loin d'être absolument mauvais.

Il n'en est pas moins vrai que le poids des dépenses publiques et privées concernant la santé est réparti beaucoup plus socialement en Angleterre qu'en Suisse et que l'assurance en Angleterre n'exclut pas de ses bienfaits la partie la moins favorisée de la nation comme c'est le cas chez nous pour plus du quart de la population totale.

De toute manière, il apparaît bien qu'il serait vain de proposer la transformation fondamentale du régime suisse d'assurance-maladie qui restera un régime de subvention. La sagesse helvétique commande une adaptation prudente des institutions. Telle est du moins la conception générale qui semble avoir guidé la majorité des membres de la commission fédérale d'experts. Une première fois, en mai 1900, le peuple suisse a refusé une loi d'assurance-maladie, la loi Forrer, d'inspiration allemande, qui proposait une réorganisation fondamentale du régime. En refusant

quelque cinquante ans plus tard la loi sur la tuberculose instituant l'assurance obligatoire, il a montré qu'il n'était pas prêt à changer d'avis.

V. Une adaptation nécessaire

Qu'une révision fût nécessaire, personne ne pouvait le contester. La loi actuelle remonte à 1911. Depuis lors, le coût de la vie a évolué et a rendu nécessaire une adaptation des prestations, des cotisations des assurés et des subsides de la Confédération. Des arrêtés furent pris par les Chambres fédérales en 1919, 1920, 1923, 1927, 1932, 1936, 1939, 1944, 1945, 1946, 1948, 1950 et 1954 pour le versement de subsides supplémentaires aux caisses d'assurance-maladie. Une loi sur la lutte contre la tuberculose a dû être promulguée dès 1928 et adaptée par une ordonnance en 1944 et un arrêté en 1951. De plus, la Constitution fédérale s'est enrichie en 1945 d'un article 34 *quinquies* chargeant la Confédération d'instituer l'assurance-maternité.

Par ailleurs, la santé publique s'est modifiée. La tuberculose a vu sa nocivité régresser dans de fortes proportions. Le cancer, par contre, s'est développé, de même que les rhumatismes. La poliomyélite est apparue. Enfin, la médecine et la chirurgie se sont également transformées, multipliant les analyses, les contrôles, les interventions, perfectionnant et développant sans cesse les techniques thérapeutiques. La radiologie en particulier est devenue une auxiliaire indispensable pour le diagnostic comme pour la thérapie. Des remèdes nouveaux, les antibiotiques notamment, ont bouleversé les méthodes de traitement. La durée moyenne du séjour à l'hôpital a sensiblement diminué, mais le nombre des hospitalisations a considérablement augmenté. Tout cela, sans tenir compte de l'évolution de la mentalité, rend nécessaire non seulement une refonte en une seule loi des dispositions législatives diverses qui déterminent le régime de l'assurance-maladie, mais aussi une révision de ces dispositions et leur adaptation aux conditions actuelles.

VI. Le régime actuel

Pour bien comprendre l'intérêt de l'avant-projet, il est indispensable de broser tout d'abord un rapide tableau de l'assurance-maladie et maternité telle qu'elle fonctionne actuellement. Cette vue d'ensemble est facilitée par les excellentes statistiques du rapport de la commission d'experts.

Le 68,7% de la population suisse est assurée contre la maladie, soit en nombre absolu 3 316 307 personnes, dont 1 347 499 hommes, 1 252 706 femmes et 716 102 enfants. Leur répartition territoriale est très variable. Alors que dans les Grisons les assurés représentent le 94,9% de la population, ils ne dépassent pas le 33,5% en Appenzell Rhodes-Intérieures. D'une manière générale, la proportion est

sensiblement plus forte en Suisse allemande qu'en Suisse française, où Genève seule dépasse le 50%. Cela tient au fait que l'assurance est obligatoire, à des degrés divers il est vrai, dans la plupart des cantons alémaniques, tandis que l'obligation en Suisse romande est limitée aux écoliers vaudois, genevois et fribourgeois.

Une petite partie des assurés, 473 504, ne le sont que pour une indemnité journalière, tandis que la moitié environ l'est pour les soins médico-pharmaceutiques et l'autre moitié à la fois pour les deux genres d'assurance, ce qui fait que le 86% des assurés ont droit aux prestations de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques.

Grâce en particulier au développement des contrats collectifs, qui comprennent très souvent des dispositions sur l'assurance-maladie, le nombre des assurés s'accroît depuis une dizaine d'années à raison de 105 000 par année. Dans trois ou quatre ans, les trois quarts du peuple suisse seront assurés.

Quant aux caisses, leur diversité est presque plus grande que celle des assurés. On n'en compte pas moins de 1159 groupant un nombre très variable d'assurés de quelques dizaines de personnes à plusieurs centaines de milliers, la plus grande des caisses ayant 430 000 membres environ. Elles ont un caractère public ou privé, local, régional, cantonal ou national, professionnel, confessionnel. Elles sont administrées par du personnel encore partiellement bénévole.

Les prestations des caisses en cas de maladie varient entre le 75% et le 90% des frais médico-pharmaceutiques. Quant à l'indemnité journalière, elle doit être au minimum de 1 fr. En moyenne, elle n'atteint pas 3 fr. Les prestations totales des caisses de maladie ont représenté en 1952 environ 175 millions pour les soins médico-pharmaceutiques et 70 millions pour l'indemnité journalière.

Pour couvrir ces dépenses, les caisses perçoivent des cotisations et reçoivent des subsides de la Confédération. Les cotisations ont été en moyenne de 6 fr. par mois et par assuré en 1952, soit 248 millions au total, les subsides de la Confédération aux caisses de 35 millions, allant de 4 fr. à 9 fr. par année et par assuré suivant le genre d'assurance, le sexe ou l'âge (adulte ou enfant), les subsides des cantons de 9 millions et ceux des communes de 7 millions.

VII. Le projet

En présence d'un régime aussi complexe et aussi bien ancré dans les mœurs, la commission d'experts, dans sa majorité, est partie de l'idée qu'il convenait de respecter sa structure actuelle et de ne lui apporter que des réformes ou des améliorations de détail. L'introduction de l'assurance-maternité elle-même ne constitue pas une innovation fondamentale puisque aussi bien la loi actuelle la comprend.

Nous ne nous arrêterons pas aux modifications de forme consistant à refondre en un tout cohérent des dispositions législatives très diverses. De même, nous ne mentionnerons pas les dispositions qui ne font qu'intégrer dans la loi des pratiques qui pour n'avoir pas de fondement législatif formel n'en sont pas moins très répandues comme l'assurance collective ou l'assurance familiale. Nous ne nous étendrons pas non plus sur l'assurance contre la tuberculose, vu que celle-ci est déjà très largement pratiquée par les caisses. Nous nous bornerons aux améliorations essentielles apportées par l'avant-projet au régime actuel de l'assurance-maladie et maternité. Elles sont de quatre ordres.

a) Caractère obligatoire de l'assurance-maternité

L'article 4 de l'avant-projet prescrit que les femmes résidant en Suisse sont tenues de s'assurer pour les prestations médicales et pharmaceutiques de l'assurance-maternité. Cette obligation s'étend à toutes les femmes de 19 à 50 ans, à l'exception de celles qui entrent dans la catégorie des personnes « très aisées ».

C'est là assurément une des innovations les plus importantes de l'avant-projet. Alors que l'augmentation prévue de diverses prestations des caisses en cas d'accouchement ne constitue qu'une extension des dispositions actuelles, le caractère obligatoire de l'assurance est bel et bien une innovation. Certes, la Constitution fédérale prévoit l'assurance obligatoire depuis 1890 pour la maladie et depuis 1945 pour la maternité. Mais elle ne lui donne pas un caractère absolu. L'article 34 *bis* de la Constitution fédérale dispose que la Confédération « peut » déclarer l'assurance-maladie obligatoire. On sait que la Confédération y a renoncé laissant ce soin aux cantons. L'article 34 *quinquies* concernant l'assurance-maternité laisse à la Confédération la latitude de déclarer l'affiliation obligatoire « en général ou pour certains groupes de la population ». En ne dispensant de cette obligation que les femmes « très aisées », l'avant-projet ne restreint donc pas trop, comme on pouvait le craindre, la portée de l'article 34 *quinquies*. Il appartient aux cantons de déterminer la catégorie des personnes très aisées qui échapperaient à l'obligation de s'assurer. Pratiquement, cette exemption représentera suivant les cantons entre le 5 et le 10% des femmes âgées de 19 à 50 ans.

b) Augmentation des prestations

L'avant-projet donne force de loi à diverses améliorations survenues au cours des dernières années pour diverses prestations des caisses d'assurance. C'est ainsi que le maximum actuel de la durée du droit aux prestations devient un minimum, c'est-à-dire que le minimum actuel de 180 jours en l'espace de 360 jours est porté à 360 jours dans un espace de 540 jours pour les maladies autres que

la tuberculose. La durée des prestations est portée pour celle-ci de 720 jours dans l'espace de cinq années consécutives à 1800 jours dans une période de sept années consécutives. Pour les maladies de longue durée, un subside fédéral spécial est prévu pour les caisses étendant à 720 jours dans une période de deux années et demie la durée minimum du droit aux prestations pour soins médicaux et pharmaceutiques. Nouveauté importante: Les traitements prescrits par un médecin mais exécutés par des tiers (massages, bains, traitements à l'air chaud, aux rayons X, au radium, à la lampe de quartz, etc.) donnent aussi droit aux prestations ainsi que les médicaments onéreux. Par ailleurs, aucune participation des assurés ne serait réclamée par les caisses en cas de tuberculose, d'hospitalisation et de bains.

Dans l'assurance-maternité, l'avant-projet incorpore pour le droit aux prestations les frais de sage-femme à domicile, les taxes d'accouchement à l'hôpital, les frais d'entretien de l'enfant à l'hôpital, les frais de quatre examens de contrôle au maximum pendant la grossesse et d'un examen dans les six semaines qui suivent l'accouchement, l'augmentation de l'indemnité d'allaitement de 20 fr. à 30 fr. et des indemnités supplémentaires pour le cas où l'assurée allaite pendant plus de dix semaines, l'extension du droit aux prestations pour les deux semaines précédant l'accouchement. En outre, une contribution de 100 fr. est versée pour les frais d'acquisition de layette, d'alimentation spéciale, de fortifiants.

c) Détermination des tarifs

L'avant-projet apporte de très intéressantes améliorations aux rapports entre les caisses et les médecins. On sait que ces rapports sont loin d'être toujours des meilleurs et les dispositions actuelles ne prévoient aucune réglementation pour les cas où des médecins, en l'absence d'une convention les liant aux caisses, livrent la guerre des tarifs et appliquent sans distinction le maximum prévu par le tarif cantonal. De tels conflits ont éclaté dans plusieurs cantons, faisant courir aux caisses les plus grands dangers financiers.

L'avant-projet prévoit l'institution d'un tarif-cadre comprenant non pas seulement comme aujourd'hui un minimum et un maximum, mais un minimum et deux maxima, soit un maximum intermédiaire pour les assurés à ressources modestes. Ces tarifs-cadres ne sont plus établis par les gouvernements cantonaux, mais par des commissions paritaires cantonales, ce qui constitue une garantie précieuse pour les caisses. De plus, en cas de conflits ou si aucune convention ne réussit à être passée entre caisses et médecins, cette commission a le pouvoir de répartir les assurés selon les catégories prévues par le tarif-cadre et elle peut même contraindre les médecins, si besoin est, à pratiquer pour les caisses en ce qui concerne les assurés à ressources modestes.

d) Subsidés de la Confédération et cotisations

On conçoit que les diverses améliorations apportées dans les prestations des caisses et l'obligation donnée à l'assurance-maternité posent un problème financier important. On estime que l'augmentation des dépenses pour les caisses sera de 10% au maximum. Il ne saurait être question de la résoudre par la seule élévation des cotisations. Un ménage de quatre personnes doit aujourd'hui consacrer au minimum 15 fr. à 20 fr. par mois pour ses cotisations d'assurance-maladie. Aussi bien la commission d'experts a-t-elle été bien avisée de prévoir qu'il appartient à la Confédération de supporter la plus grande partie de l'augmentation des charges des caisses. Ses subsides seraient portés pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques respectivement de 5 fr. à 10 fr. pour les hommes, de 8 fr. à 15 fr. pour les femmes et de 6 fr. 50 à 12 fr. pour les enfants. Pour l'assurance comprenant en plus des soins médico-pharmaceutiques une indemnité journalière, les subsides de la Confédération sont portés de 6 fr. 50 à 13 fr. 50 pour les hommes et de 9 fr. à 18 fr. 50 pour les femmes. Pour l'assurance-maternité, le subside fédéral moyen sera de 185 fr. par accouchement. Par contre, le subside actuel pour l'assurance indemnité journalière seule sera diminué de 50 ct. pour les hommes et de 1 fr. pour les femmes. Au total, les charges de la Confédération doubleront, passant de 35 millions à 71 millions, pour atteindre près de 80 millions au bout de dix ans.

Malgré l'augmentation des subventions de la Confédération, les cotisations devront subir une légère majoration. Les cotisations pour frais médicaux et pharmaceutiques seront élevées en moyenne de 3 fr. par an pour les hommes, de 5 fr. pour les femmes et de 1 fr. pour les enfants. L'élévation du minimum de l'indemnité journalière de 1 fr. à 2 fr. et la diminution du subside fédéral pour cette assurance entraînent une augmentation annuelle de 12 fr. pour l'assuré qui n'était assuré jusqu'ici que pour le minimum. Cette augmentation ne touchera du reste que le 25% des assurés. Pour l'assurance-maternité, l'augmentation moyenne qui frappera les hommes comme les femmes sera de 1 fr. 50 par an pour ceux et celles qui sont déjà assurés aujourd'hui. Pour les quelque 250 000 femmes non assurées et qui seront dans l'obligation de l'être, la cotisation sera de 11 fr. par an en moyenne.

VIII. Insuffisances de l'avant-projet

Malgré les améliorations réelles que l'avant-projet apporte au régime actuel, on conviendra qu'il reste excessivement prudent. La limitation du caractère obligatoire de l'assurance à la seule maternité abandonne à leur sort ceux qui ont le plus besoin d'être assurés. Plus d'un million et demi de personnes ne sont toujours pas assurées contre la maladie. La plupart d'entre elles sont des personnes de con-

ditions très modestes, plus exposées par là même à la maladie. D'autre part, les prestations des caisses, même améliorées, resteront trop modestes. L'adaptation des normes à l'évolution du coût de la vie depuis 1911 n'est pas même toujours assurée. Le coût de la vie a augmenté de 240% depuis 1911 et la prime d'allaitement, par exemple, n'est portée que de 20 fr. à 30 fr. Les indemnités journalières notamment sont insuffisantes. Trop d'ouvrières encore ne recevront aucune compensation pour le salaire perdu lors d'un accouchement. Ainsi, la maladie et la maternité continueront à mettre en péril les budgets modestes et à précipiter des milliers de familles dans l'endettement. Pour les hôpitaux, la loi sera à peu près sans effet. Les versements des caisses continueront à être faits directement aux assurés et les factures d'hôpital continueront ainsi à rester en souffrance.

Est-il encore possible d'améliorer l'avant-projet? Cela ne paraît guère probable, tout au moins sur les points essentiels. Le versement d'indemnités pour pertes de gain en cas de maternité est réclamé avec vigueur par la communauté de travail des associations féminines suisses et par le Parti socialiste. Elle le sera sans doute par d'autres groupements encore. Il peut paraître en effet singulièrement paradoxal que la loi sur l'assurance-maternité soit muette sur ce point, alors qu'une autre loi, celle qui régit le travail dans les fabriques, prévoit une période de chômage pour les femmes enceintes et une interdiction de travail de six semaines au moins après l'accouchement. Mais les organisations syndicales sont d'avis que cette anomalie doit être résolue par les contrats collectifs. Déjà 895 d'entre eux sur 1439 en vigueur en 1952 prescrivent l'assurance obligatoire. Ils se multiplient sans cesse et lors de chaque révision les dispositions relatives à l'assurance sont améliorées. En augmentant les charges de la Confédération, ne serait-ce que de 3,8 millions ainsi qu'on a évalué sa contribution à raison du 80% de la perte de salaire subie par les accouchées salariées ou indépendantes, on court le risque de faire couler le bateau. Même réticence des milieux syndicaux quant à l'obligation d'assurance-maladie que d'aucuns voudraient introduire dans la loi sur le plan fédéral, tout au moins pour les personnes à ressources modestes. Toute amélioration de la loi entraînant automatiquement une charge financière, une compensation doit être trouvée soit chez l'assuré, soit du côté de la Confédération. On sait que pour cette dernière le Conseil fédéral fait d'ores et déjà toutes réserves quant aux conséquences financières du projet dans sa teneur actuelle. Les assurés pourraient-ils faire un effort supplémentaire? Qu'il y ait trop souvent de la négligence et du gaspillage chez les personnes de toute condition et particulièrement chez celles de ressources modestes, nous en convenons volontiers. Mais il faut reconnaître que la plus grande partie du peuple suisse est loin de vivre dans l'aisance. Le rapport de la commission d'experts apporte à ce sujet des précisions impressionnantes.

Dans les cantons à revenus modestes, le 71% de la population n'atteint pas 4000 fr. de ressources annuelles, tandis que dans les cantons à revenus plus élevés plus de la moitié de la population reste au-dessous de 6000 fr. de ressources, ce qui est certainement insuffisant dans les centres urbains. Dans de telles conditions, un effort plus poussé ne saurait être exigé de la part des assurés.

Sur des points secondaires, il n'est cependant pas exclu que les interventions des milieux intéressés et que le travail parlementaire ne permettent d'apporter à l'avant-projet des améliorations appréciables. Tel pourrait être le cas pour la durée des prestations, par exemple, où la suppression de tout maximum n'entraînerait pas apparemment des conséquences financières dangereuses. Le subside supplémentaire de la Confédération aux cantons où l'assurance est obligatoire pourrait aussi être calculé différemment, non pas au moyen d'un supplément uniforme par assuré, mais proportionnellement au coût de l'assurance comme c'est le cas pour la tuberculose, où sa participation est de 35% des frais pour les 1080 premiers jours et de 50% au-delà de 1080 jours. Le maintien d'un maximum de 25% et d'un minimum de 10% pour la participation que les caisses sont en droit de demander aux assurés en cas de maladie reste également discutable malgré les assouplissements apportés. Il serait préférable de fixer cette participation à un taux unique, 15% par exemple pour toutes les caisses, tout en maintenant les assouplissements prévus pour les cas bagatelles ou les maladies de longue durée. Mais tout cela et bien d'autres détails sera l'affaire des parlementaires qui vont avoir la délicate mission d'amender si possible le projet.

Conclusions

L'avant-projet de loi sur l'assurance-maladie et maternité fera encore beaucoup parler de lui. Même s'il ne subit pas d'améliorations jusqu'à la votation populaire, il faut souhaiter son acceptation par le peuple. Mais quel que soit son sort, il aura au moins donné à beaucoup de nos concitoyens l'occasion de repenser les problèmes généraux de notre société. La santé n'en est pas un des moindres. Elle intéresse chacun dans sa personne. Elle touche aussi aux rapports entre employeurs et salariés. Elle met en question le rôle de l'Etat et l'équilibre entre la Confédération et les cantons. Dans tous ces aspects, le problème de la santé montre à l'évidence que l'objectif numéro un de la classe ouvrière est ici comme ailleurs une meilleure répartition du revenu national. Ce but pourrait être atteint dans le cas de l'assurance-maladie et maternité non seulement par une répartition plus rationnelle et plus raisonnable des charges entre les divers secteurs des budgets publics sur le plan fédéral comme sur le plan cantonal, mais aussi par une répartition plus équitable des revenus du travail entre les détenteurs des capitaux et les travailleurs.