L'Union syndicale suisse et l'avant-projet de loi fédérale sur l'assurance-maladie et l'asssurance-maternité [i.e. assurance-maternité]

Autor(en): **[s.n.]**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse**

Band (Jahr): **47 (1955)**

Heft 3

PDF erstellt am: **26.04.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-384901

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

pirations politiques, tandis que, chez les fonctionnaires, le mouvement revêtit un caractère plus professionnel.

2. En dépit de leurs notions nuancées des problèmes sociaux, ouvriers et fonctionnaires cherchent à atteindre des objectifs semblables qui sont le bien-être général, le progrès, la stabilité et la paix sociale.

3. Les publications syndicales telles que les *Droits du Travail* et l'activité des cartels cantonaux et locaux sont des moyens de rapprochement de tous les salariés; mais ils doivent être complétés par l'appui de chaque syndicaliste.

4. Par une activité intelligente, notamment sur le plan éducatif, on créera un climat de confiance propre à consolider le mouvement syndical. Ces efforts comprendront des rencontres fréquentes entre salariés des diverses professions, que ces rencontres soient motivées par des luttes communes ou qu'elles aient lieu dans des cercles d'étude. Des visites d'entreprises, avec la collaboration des ouvriers travaillant dans l'usine visitée, seront aussi susceptibles d'ouvrir des horizons nouveaux aux collègues curieux de connaître les activités humaines sous tous leurs aspects.

*

Ce sera une grande tâche de réaliser ce rapprochement. Nous demeurons convaincu de ce que le temps fera son œuvre dans un sens favorable à une telle aspiration. Si cette étude empreinte de franchise peut inciter les uns et les autres à réfléchir à un problème qui relève beaucoup plus de la psychologie que du porte-monnaie, nous n'aurons pas ouvert en vain la discussion sur une question que la Centrale suisse d'éducation ouvrière nous a fourni l'occasion de traiter.

L'Union syndicale suisse et l'avant-projet de loi fédérale sur l'assurance-maladie et l'asssurance-maternité

Dans son préavis du 28 mars dernier à l'Office fédéral des assurances sociales, l'Union syndicale suisse se prononce en ces termes sur l'avant-projet de loi fédérale sur l'assurance-maladie et l'assurance-maternité, que Jean Liniger a commenté dans notre revue de décembre dernier:

Le problème de l'assurance obligatoire

Comme au sein de la commission d'experts, le principe de l'obligation partielle a joué un rôle essentiel au cours des discussions qui se sont déroulées dans le cadre de l'Union syndicale. Personne n'a cependant demandé que l'assurance soit rendue obligatoire pour

tous les milieux de la population. Les syndicats estiment que, dans le domaine des assurances sociales également, les interventions de l'Etat et la loi doivent se limiter à l'essentiel.

Cette manière de voir nous amène précisément à conclure que *l'assurance pour les soins médicaux et pharmaceutiques doit être rendue obligatoire pour les milieux de condition modeste.* Cette solution s'impose. On sait, en effet, que ce sont les personnes qui ont le plus besoin de cette assurance en cas de maladie qui s'abstiennent d'y adhérer. Dans la plupart des cas, ce n'est pas par indifférence ou parce qu'elles ne distinguent pas les avantages que l'assurance impliquerait pour elles. Mais l'assurance-maladie est la plus coûteuse des assurances sociales et les économiquement faibles n'ont souvent pas les moyens de payer les cotisations qui sont exigées. Lorsqu'ils sont frappés par la maladie, ils hésitent à consulter un médecin ou à se rendre à l'hôpital, ce qui a pour effet d'aggraver leur état; dans bien des cas, leur santé est durablement ébranlée. Et lorsque ces personnes recourent enfin au médecin ou entrent à l'hôpital, nombre d'entre elles succombent sous le poids des dépenses et tombent à la charge de l'assistance publique.

Le fait que les caisses de maladie comptent actuellement 3,3 millions de membres (près de 69% de la population) ne change rien à cette réalité. Le rapport des experts montre de la manière la plus nette que la proportion des assurés est nettement insuffisante dans les cantons où l'assurance n'est pas obligatoire. Dans quatorze cantons, moins des trois quarts de la population et dans six cantons moins de la moitié est assurée contre la maladie (un tiers seulement dans le canton d'Appenzell Rh.-Int.).

Il est donc incontestable que, sans obligation, l'assurance-maladie n'atteint pas son *objectif essentiel,* qui est, *en cas de maladie, de mettre les milieux de condition modeste au bénéfice d'une protection économique efficace.*

Toute assurance devant tendre à répartir les risques aussi largement que possible, le principe de l'obligation est donc conforme aux buts de l'assurance-maladie. Les expériences faites dans ce domaine montrent que nombre de personnes ne s'assurent pas pendant les années de jeunesse, où elles sont moins sujettes qu'ultérieurement à la maladie, et qu'elles attendent pour adhérer à une caisse d'être devenues plus âgées, c'est-à-dire le moment où leur santé est plus menacée et où elles représentent pour l'assurance des risques plus grands. Cet état de choses est incompatible, à notre avis, avec la nature et le but mêmes de l'assurance, de l'*assurance sociale* tout particulièrement. La faculté dont disposent les caisses d'échelonner les cotisations selon l'âge d'entrée ne compense que très insuffisamment les conséquences d'un état de choses — dans lequel nous sommes tentés de voir un abus de l'assurance par les personnes qui attendent pour s'assurer que la menace de la maladie se précise; on

sait aussi que nombre de petites caisses ne font pas usage de cette faculté ensuite des complications administratives et des difficultés que cet échelonnement des cotisations entraîne. Les personnes obligatoirement assurées imposent en moyenne des charges moins lourdes aux caisses que les personnes qui s'assurent de plein gré; de toute évidence, c'est une conséquence du fait qu'en l'absence d'une assurance obligatoire les jeunes gens — les « bons » risques — négligent trop largement de s'assurer.

Mentionnons en passant qu'une assurance obligatoire sur le plan fédéral, mais limitée aux milieux de condition modeste, aurait pour effet de résoudre automatiquement bien des problèmes difficiles.

Cependant, on ne saurait nier que la décision d'introduire l'assurance-maladie obligatoire sans subsides correspondants des pouvoirs publics serait d'une valeur douteuse pour de larges milieux de la population. Les subventions fédérales prévues par le rapport des experts (y compris les suppléments pour les personnes obligatoirement assurées) sont insuffisantes et doivent être sensiblement augmentées pour les milieux de condition modeste. Cette augmentation des subsides fédéraux à l'assurance-maladie, et tout particulièrement des suppléments pour les personnes de condition modeste obligatoirement assurées est non seulement souhaitable, mais indispensable; elle est aussi supportable. En bref, ni les subsides actuels ni ceux que les experts ont prévus ne nous paraissent correspondre au rôle social de l'assurance-maladie.

L'Union syndicale demande donc une *sensible augmentation des subsides versés par la Confédération pour les personnes obligatoirement assurées*; sur le plan fédéral, l'assurance pour les soins médicaux et pharmaceutiques doit être *obligatoire* pour les milieux de condition modeste.

L'Union syndicale se prononce également pour l'*assurance-maternité obligatoire*, à tout le moins dans l'ampleur prévue par les experts. Une assurance-maternité qui n'impliquerait pas le principe de l'obligation ne répondrait pas à son but et nous ne pourrions en aucun cas nous rallier à une assurance-maternité qui ne serait que facultative. D'ailleurs, sur le seul plan technique (rapports avec l'assurance pour les soins médicaux et pharmaceutiques), la réalisation d'une assurance facultative se heurterait à de grosses difficultés.

Pour ce qui est de l'âge auquel l'assurance-maternité devient obligatoire, nous souhaiterions, du point de vue social, que cet âge fût abaissé; pour des raisons psychologiques toutefois, nous renonçons à toute proposition.

Cependant, nous proposons que les femmes trop jeunes pour être assujetties à l'assurance bénéficient, le cas échéant, de *prestations d'assistance;* ces prestations devraient faire l'objet d'une *réglementation fédérale*; en d'autres termes, elles ne seraient pas de la com-

pétence des cantons et des communes. La solution la plus simple consisterait à prévoir que la Confédération ristourne aux caisses les dépenses nécessitées par l'assistance accordée à des femmes de moins de 19 ans; les prestations d'assistance et les prestations dues aux assurées devraient être, à notre avis, les mêmes.

Affiliation à une caisse

Aux termes du 1er alinéa de l'avant-projet, les personnes assurées auprès d'une caisse d'entreprise ont droit, sous réserve du 2e alinéa, au libre passage jusqu'à l'âge de 55 ans révolus. Actuellement, le libre passage entre caisses-maladie affiliées au concordat n'est autorisé que jusqu'à la 45e année. L'élévation à 55 ans du droit de libre passage pour les membres des caisses d'entreprises peut entraîner un sensible accroissement des charges pour les assurés. En effet, les caisses qui échelonnent les cotisations d'après l'âge d'entrée exigent généralement une cotisation plus élevée après la 50e année d'âge.

Nous proposons donc que le droit de libre passage soit limité, pour toutes les caisses, à l'âge de 50 ans au maximum. On peut exiger des caisses d'entreprises, en raison de leur situation particulière, qu'elles conservent en qualité de membres les assurés qui, pour une raison ou pour une autre, quittent l'entreprise aprês l'âge de 50 ans.

L'article 26, 3e alinéa, confère à toute caisse d'entreprise le droit, si l'assuré a un nouveau lieu de résidence et n'a pas droit au libre passage, de demander à toute caisse exerçant son activité en ce lieu, de se charger, contre remboursement des frais, de la perception des cotisations et, en cas de maladie, des prestations assurées et de la surveillance. Nous considérons que cette disposition assure un nouveau privilège aux caisses d'entreprises. La collaboration imposée par la loi, mais de caractère unilatéral, peut fort bien être obtenue, comme actuellement, par le biais de conventions conclues de plein gré.

L'article 31 peut également avoir pour effet d'accorder un privilège aux seules caisses d'entreprises. Si un assuré engagé dans une entreprise est contraint par les conditions d'engagement à s'affilier à une caisse déterminée, on peut déduire de cette disposition que la caisse dont il est membre doit autoriser son transfert immédiat. Cette clause est une atteinte au contrat qui lie cet assuré et sa caisse de maladie. Il convient de compléter l'article 31 par une disposition imposant le respect des délais de dénonciation et précisant que le transfert à la caisse désignée par l'entreprise ne peut pas devenir effectif avant l'expiration de ces délais.

Les prestations d'assurance

Nous considérons comme satisfaisant l'élargissement, prévu par l'avant-projet, des prestations que les caisses sont tenues d'accorder;

nous recommandons expressément cette solution. Au cours des conférences précitées, les représentants des caisses ont eu quelque peine à admettre que les *prestations de l'assurance des soins médicaux* comprennent aussi les frais des traitements et des analyses scientifiques reconnus auxquel procèdent *d'autres personnes* sur prescription du médecin. On a craint que cette disposition n'entraîne des charges imprévisibles pour les caisses. On a cependant reconnu que la plupart des caisses ont déjà procédé de plein gré à cet élargissement des prestations. L'article 35, 1er alinéa, n'entraînera donc une augmentation des dépenses que pour les quelques caisses qui ne prennent pas encore ces frais en charge. Nous nous rallions donc pleinement à cet élargissement des prestations; il est particulièrement heureux qu'il fasse l'objet de dispositions uniformes pour toutes les caisses, notamment parce que les assurés ne sont pas toujours en mesure d'apprécier l'ampleur et les limites des prestations statutaires. Lorsqu'ils ont le choix entre plusieurs caisses, ils sont tentés de donner la préférence à celle qui exige les cotisations les plus basses. Mais lorsque la maladie survient, ils s'aperçoivent, trop tard, que si la caisse exige moins que les autres elle offre moins aussi. D'ailleurs, le niveau atteint par la science médicale et la formation du personnel infirmier, des masseurs, etc., permettent au médecin de confier, sous son contrôle, certains traitements à d'autres personnes. Si l'on considère les choses du point de vue économique, la réglementation prévue n'est pas seulement souhaitable: elle s'impose.

La prise en charge par les caisses des *spécialités pharmaceutiques* (art. 35, 1er al., lettre *b*) a également éveillé certaines craintes parmi les représentants des caisses syndicales. On a donné à entendre que cette disposition n'aurait pas seulement pour effet d'augmenter les dépenses des caisses; si elles avaient l'obligation de payer ces spécialités, elles perdraient toute possibilité d'influencer la formation des prix.

La disposition selon laquelle la liste des spécialités reconnues sera dressée par le Conseil fédéral sur proposition d'une commission (au sein de laquelle les caisses seront représentées) assure une protection suffisante des caisses, d'autant plus qu'il sera tenu compte des répercussions de cette liste sur leur situation financière. Nous nous rallions donc sans réserve à la réglementation prévue à l'article 35.

L'article 36, 2e alinéa, dispose que les conditions d'admission dans les classes d'indemnité journalière doivent, pour les *personnes exerçant une activité lucrative,* être les mêmes pour les deux sexes; il a soulevé certaines réserves; en effet, cela signifie que, dorénavant, les femmes qui travaillent pourront, comme les hommes, s'assurer jusqu'à concurrence de leur gain global; on redoute qu'il n'en résulte une sensible augmentation des charges des caisses. Cette crainte, l'expérience le démontre, n'est pas dénuée de fondement. Cepen-

dant, pour des raisons psychologiques, nous pensons que les femmes qui travaillent doivent être traitées sur le même pied que les hommes.

Pour ce qui est de la durée des prestations de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, nous pensons qu'elle doit être *illimitée pour les traitements ambulatoires*. Nous demandons que l'article 38 soit amendé dans ce sens.

Dispositions financières

I. Les cotisations

Bien qu'elle appelle de sérieuses réserves, nous nous rallions à la disposition selon laquelle les cotisations exigées des femmes peuvent être supérieures à celles des hommes jusqu'à concurrence de 25%; en interdisant l'échelonnement des cotisations d'après le sexe, on rendrait un mauvais service aux femmes. Nombre de caisses, en effet, refuseraient de les assurer. On verrait alors se constituer des caisses spécifiquement féminines, mais qui exigeraient des cotisations sensiblement plus élevées (la norme de 25% serait largement dépassée) que les caisses mixtes ou les caisses qui ne comptent que des hommes.

Il nous semble que l'on devrait admettre que les *cotisations pour l'indemnité journalière* puissent être échelonnées selon les *conditions locales*. On sait que, dans plusieurs régions et en particulier dans certaines villes, l'assurance pour l'indemnité journalière, pour des raisons qu'il serait trop long d'exposer ici, est déficitaire pour toutes les caisses ou entraîne à tout le moins des charges plus lourdes qu'ailleurs. Les caisses devraient donc être autorisées à exiger des cotisations supplémentaires dans les sections trop lourdement grevées par cette branche de l'assurance. Nous proposons donc de compléter dans ce sens le 1er alinéa de l'article 43.

Nous mettons instamment en garde contre la disposition de l'article 43, 2e alinéa, lettre *b*, qui crée la possibilité d'abaisser les cotisations des assurés qui n'ont pas reçu de prestations pendant une période déterminée. Cette innovation vise probablement à alléger les charges provoquées par les cas-bagatelles. Mais il n'est pas du tout certain qu'elle permette d'atteindre ce but. En effet, la perspective d'une réduction des cotisations ou du versement de ristournes risque de retenir des patients de consulter le médecin à temps. La maladie n'ayant pu être diagnostiquée, elle risque d'être plus grave et d'entraîner des dépenses plus élevées que si elle avait été décelée à temps. En outre, ce système porterait atteinte au principe de la mutualité, essentiel en matière d'assurance. Nous nous prononçons donc contre cette innovation.

(participation aux frais et taxe sur feuille de maladie) n'appelle pas d'observation.

III. Les subsides fédéraux

Les subsides restent fixés, tant pour l'assurance pour soins médicaux et pharmaceutiques que pour l'assurance de l'indemnité journalière, au prorata du nombre des membres assurés pour lesquels les caisses ont droit à une prestation financière de la Confédération. De manière générale, ce système ne donne pas toute satisfaction. Au sein de la commission d'experts, on a suggéré que les subventions fédérales soient proportionnées aux prestations des caisses. On craint cependant que cette solution ne multiplie les complications bureaucratiques. Des subsides versés selon ce critère seraient calculés sur la base des prestations *obligatoires*; les caisses devraient alors distinguer entre les prestations obligatoires et celles qui sont accordées de plein gré, sur la base des statuts; dans nombre de cas, il serait difficile, voire impossible d'établir ces distinctions.

Même si les subventions étaient calculées au prorata des prestations des caisses, il conviendrait de maintenir l'échelonnement en vigueur pour les hommes, les femmes et les enfants, cet échelonnement permettant de tenir compte de la diversité des charges. Cette solution ne serait pas difficile à réaliser. On pourrait se fonder sur les pourcentages prévus par le projet pour les subsides fédéraux (p. 83 du rapport d'experts), de sorte que les prestations obligatoires devraient être subventionnées à raison de 14% pour les hommes, de 15% pour les femmes et de 22% pour les enfants. Ces chiffres devraient être modifiés selon les circonstances. Ce système permettrait d'adapter les subsides fédéraux à la hausse du coût de la vie ou au renchérissement des soins médicaux. Evidemment, les montants globaux des subsides fédéraux augmenteraient, mais l'assurance-maladie correspondrait aux critères établis par la convention internationale de l'O. I. T. sur les normes minimums de la sécurité sociale. Le système actuel (subsides calculés au prorata du nombre des assurés) implique également des adaptations des subventions fédérales. Mais si ces dernières étaient proportionnées aux dépenses, leur adaptation à la hausse du coût de la vie ou au renchérissement des soins médicaux et pharmaceutiques s'opérerait quasi automatiquement.

Ce système a toutefois soulevé des objections sérieuses. On craint qu'il n'ouvre toute grande la porte aux excès de la bureaucratie et ne fasse monter en flèche les dépenses administratives; on redoute aussi que les contrôles ne prennent — comme dans l'assurance-chômage — un caractère inquisitorial.

Nous renonçons donc à proposer que les subsides fédéraux soient calculés au prorata des prestations des caisses. Cette décision est

d'ailleurs facilitée par le fait que le projet améliore le système en vigueur (calcul des subsides au prorata du nombre des assurés) ; les suppléments prévus pour certaines prestations ont aussi pour effet de le rendre plus souple.

Le problème du subventionnement de l'assurance pour l'*indemnité journalière* se pose en termes quelque peu différents. Le projet prévoit que le subside fédéral est versé intégralement à la caisse à laquelle l'assuré est simultanément assuré pour les soins médicaux et pharmaceutiques. Si l'intéressé n'est pas assuré pour les soins médicaux et pharmaceutiques, mais est en revanche assuré auprès de plusieurs caisses pour l'indemnité journalière, c'est la caisse à laquelle il est affilié depuis le plus de temps qui reçoit l'ensemble de la subvention fédérale. Il peut donc arriver qu'une caisse qui n'accorde qu'une indemnité journalière de 1 fr. au plus toucherait de la Confédération un subside annuel de 3 fr. 50, alors que la seconde caisse, auprès de laquelle le membre est assuré pour l'intégralité de son gain et qui verse des indemnités journalières de 20 fr. et plus, ne recevrait absolument rien.

Cette solution est de toute évidence inéquitable et l'on a poussé trop loin le souci de la simplification administrative. Nous tenons cette solution pour inacceptable.

On pourrait évidemment proposer que les subsides fédéraux pour l'indemnité journalière fussent répartis entre les différentes caisses au prorata des prestations. Mais ce système entraînerait des complications administratives, des contrôles et des frais sans rapport avec les subsides prévus, de sorte que nous renonçons à formuler une telle proposition.

Nous proposons, en revanche, lorsque l'assuré pour l'indemnité journalière seulement fait partie de plusieurs caisses, que le subside fédéral soit *versé à la caisse qui paye les indemnités les plus élevées*. Lorsque deux ou plusieurs caisses payent la même indemnité, ce serait alors la caisse à laquelle l'assuré est affilié depuis le plus de temps qui aurait droit au subside de la Confédération. Comme dans l'avant-projet, seule une caisse aurait droit à ce subside et les mutations seraient réduites au minimum.

Il nous paraît que l'article 49 devrait être complété par une disposition selon laquelle le *supplément de distance* (de montagne) pour lequel les caisses touchent un subside supplémentaire devrait être assimilé à une *prestation obligatoire.*

Pour le reste, nous vous prions de bien vouloir vous reporter à nos commentaires relatifs au principe de l'obligation. Nous sommes d'avis que le supplément prévu pour les assurés obligatoires doit être sensiblement augmenté. Nous considérons d'ailleurs comme un strict minimum les prestations de la Confédération aux caisses de maladie reconnues qui sont prévues par l'avant-projet. En aucun cas, elles ne doivent être inférieures à ce minimum si l'on veut que

les caisses soient en mesure de remplir leur mission sociale. Nous sommes même persuadés que les montants proposés par la commission d'experts doivent être calculés plus généreusement, ce que la situation financière de la Confédération permet d'ailleurs.

C'est pourquoi nous protestons énergiquement contre la manière de voir exprimée par le Conseil fédéral dans son arrêté du 27 avril 1954; il estime qu'il n'est pas possible d'aborder l'examen du projet tant que le problème de la couverture des charges supplémentaires ne sera pas résolu. Nous ne parvenons pas à nous représenter comment le Conseil fédéral envisage un financement particulier des dépenses supplémentaires consécutives à la revision de la loi sur l'assurance-maladie et à l'introduction de l'assurance-maternité. La Constitution ne permet pas de prévoir un mode de financement spécial. Il nous paraît absolument évident que les charges supplémentaires devront être couvertes par les ressources ordinaires de la Confédération. Les dépenses extraordinaires d'armement, qui constituent une charge d'un tout autre ordre de grandeur que celles qu'implique l'assurance-maladie et maternité, et une charge *permanente* pour une large part, sont couvertes au moyen des ressources ordinaires. Les réserves formulées par le Conseil fédéral en ce qui concerne la dépense supplémentaire de 35 millions par an entraînée par une assurance d'une telle portée sociale sont tout simplement ridicules.

L'assurance-maternité

De manière générale, nous pouvons nous déclarer d'accord avec l'aménagement de l'assurance-maternité proposé par l'avant-projet. Nous tenons la jonction des deux assurances — encore que la maternité ne soit pas une maladie — pour la solution la plus rationnelle. La grossesse et l'accouchement posent souvent des problèmes d'ordre médical. Une partie des prestations de l'assurance-maternité concernent les soins médicaux. Souvent, la femme doit consulter le médecin avant que les prestations de l'assurance-maternité ne commencent, comme aussi après qu'elles ont cessé. Dans bien des cas, il est difficile de distinguer entre les prestations qui relèvent de l'assurance-maladie et celles qui ressortissent à l'assurance-maternité. La proposition visant à confier les prestations de l'assurance-maternité aux caisses pour allocations familiales nous paraît tout particulièrement irrationnelle. Ces dernières devraient alors assumer des tâches qui leur sont absolument étrangères et pour lesquelles elles ne sont pas faites.

Nous nous sommes déjà prononcés sur la question de l'obligation et sur le moment où cette obligation doit commencer.

Pour ce qui est de la *durée des prestations de l'assurance*, la réglementation proposée par l'avant-projet n'est pas satisfaisante.

A notre avis, ces prestations doivent être accordées pendant douze semaines afin que la loi réponde aux exigences de la convention internationale sur les normes minimums de la sécurité sociale. Nous proposons de rédiger comme suit l'article 54: « La durée des prestations... est de *quatre* semaines avant et de *huit* semaines après l'accouchement. »

L'article 51 limite la contribution journalière aux frais d'entretien de l'enfant à la durée de l'hospitalisation de la mère. Il convient de renoncer à cette restriction.

Au cours des deux conférences précitées, la question du versement d'*une allocation pour perte de gain* a fait l'objet d'une discussion approfondie. Nous sommes arrivés à la conclusion que l'assurance-maternité doit compenser à tout le moins une partie de la perte de gain subie par les accouchées qui exercent une activité lucrative. Il est inadmissible d'interdire, comme le fait l'article 69 de la loi fédérale sur le travail dans les fabriques, toute activité professionnelle aux ouvrières pendant les six semaines qui suivent l'accouchement, mais sans se soucier le moins du monde de leur situation financière pendant cette période. Compte tenu des répercussions financières d'une compensation de la perte de gain et pour ne pas compromettre d'emblée l'introduction d'une telle mesure, nous proposons de *mettre les accouchées qui subissent un manque à gagner au bénéfice d'une allocation pouvant atteindre jusqu'à 5 fr. par jour.*

Médecins, pharmaciens, sages-femmes, établissements hospitaliers et établissements de cure

L'Union syndicale ne peut se rallier à l'article 68, qui répartit les assurés en *deux groupes* en vue du calcul des honoraires. Nous admettons, jusqu'à un certain point, que les subsides des pouvoirs publics doivent être réservés avant tout à ceux qui en ont effectivement besoin et que l'on s'abstienne de prévoir une aide financière pour les assurés qui ont les moyens de faire face eux-mêmes aux dépenses d'assurance. Ce principe est justifié dans une certaine mesure lorsque les sommes que les pouvoirs publics peuvent consacrer à l'assurance sociale sont limitées et lorsque l'exclusion des assurés dans une situation aisée permet à l'Etat d'augmenter les subsides réservés aux personnes de condition modeste.

Cependant, dans le cas présent, ces deux conditions ne paraissent pas être remplies. La situation financière de la Confédération n'est pas telle qu'elle ne puisse pas subventionner l'assurance-maladie de manière suffisante. Nous avons déjà relevé précédemment que les subsides fédéraux prévus pour l'assurance-maladie nous paraissent insuffisants et qu'ils doivent être augmentés — très substantiellement pour les assurés de condition modeste. Nous sommes per-

suadés que la Confédération a la possibilité de verser à l'assurance-maladie des contributions nettement plus fortes que celles que prévoit l'avant-projet.

Il ressort du rapport des experts que le groupe des personnes très bien situées pour lesquelles les caisses ne recevraient pas de subsides de la Confédération représenterait 5% environ de l'ensemble des assurés. En excluant ce groupe du bénéfice des subsides, on ne réaliserait que de minimes économies, lesquelles seraient d'ailleurs en grande partie neutralisées par les complications administratives qu'entraînerait l'application de cette discrimination; en d'autres termes, ces économies auraient pour corollaire une sensible augmentation des dépenses improductives des caisses et des cantons.

En bref, il nous paraît justifié de limiter le principe de l'assurance obligatoire sur le plan fédéral aux milieux de condition modeste et à ceux qui disposent d'un revenu moyen; cette solution est simple et facile à appliquer. Inversement, il serait beaucoup plus compliqué d'exclure les milieux bien situés du bénéfice des subsides fédéraux, sans parler du fait que cette mesure serait peu rationnelle si l'on songe aux maigres répercussions qu'elle aurait sur le montant global des dépenses.

Si nous nous dressons nettement contre l'article 68, c'est parce qu'il implique deux tarifs médicaux. Du point de vue psychologique, la répartition des assurés en deux groupes est tout à fait insatisfaisante. Les assurés du groupe des économiquement faibles se sentiraient, à tort ou à raison, assimilés à des patients de seconde zone. En outre, la liberté pour les médecins de fixer comme ils l'entendent les tarifs applicables à la petite minorité d'assurés aisés est contraire au principe même de l'assurance.

Les renseignements dont on dispose quant aux revenus que la clientèle des assurés garantit aux médecins démentent les affirmations selon lesquelles les tarifs fixés par les caisses seraient insuffisants. Si ces affirmations sont conformes à la réalité pour un certain nombre de praticiens des centres urbains, c'est tout simplement parce qu'il y a pléthore dans cette profession; mais on ne saurait faire supporter aux assurés les conséquences de cet état de choses.

Nous vous proposons donc de renoncer à prévoir deux groupes d'assurés.

Surveillance, contentieux et dispositions pénales

Nous sommes entièrement d'accord avec la nouvelle réglementation en matière de contentieux. Nous nous rallions tout particulièrement aux dispositions de l'alinéa 1er de l'article 92 et à la réglementation selon laquelle les recours contre les décisions des caisses sont formés en première instance auprès du Tribunal cantonal des assurances et en seconde instance auprès du Tribunal fédéral des

assurances. L'assurance-maladie et l'assurance-maternité sont soumises aux mêmes règles de droit que les autres assurances sociales. Cette solution est satisfaisante.

Dispositions finales et transitoires

Rapport avec l'article 335 C. O.

La libération de l'obligation de payer un salaire aux termes de l'article 335 C. O. est réglée par l'article 102 de l'avant-projet. Il s'agit là d'un compromis, qui a été précédé par de longues et âpres discussions entre les représentants des travailleurs et des employeurs au sein de la commission d'experts. Les deux parties étaient pleinement convaincues qu'il s'agissait d'une solution minimum qui ne saurait remplacer les dispositions plus larges inscrites dans de nombreux contrats collectifs.

Depuis lors, les associations patronales ont donné à entendre qu'elles veulent se fonder, en ce qui concerne la libération de l'obligation de payer le salaire, sur la réglementation minimum de l'article 102. Lors du renouvellement ou de la conclusion de conventions collectives, elles invoquent catégoriquement cette réglementation et elles s'opposent systématiquement à la déclaration de force obligatoire générale des conventions collectives où figure une disposition qui déborde les limites de la réglementation prévue à l'article 102.

Nous ne sommes donc plus en mesure de nous rallier à l'article 102 dans sa rédaction actuelle.

Nous devons exiger que les contributions patronales à l'assurance-maladie soient versées aux caisses *reconnues*. Cette revendication est justifiée par les expériences faites dans le cadre des assurances collectives lorsque ni l'assuré ni l'organisation syndicale ne peuvent exercer la moindre influence sur le choix de la caisse. De manière générale, les prestations des sociétés d'assurance (non reconnues comme caisses de maladie) qui offrent ces assurances collectives sont inférieures à celles des caisses reconnues, de sorte que l'assuré est désavantagé.

En outre, nous demandons que les contributions patronales versées aux fins de libérer l'employeur de l'obligation de payer le salaire aux termes de l'article 335 C. O. soient assez élevées pour assurer le payement du 50% du salaire au moins.

Enfin, nous ne pouvons nous déclarer d'accord avec la disposition selon laquelle il peut être convenu dans un *contrat individuel de travail* que l'employeur est délié de son obligation de payer le salaire, prévue à l'article 335 C. O. En conséquence, nous proposons de formuler comme suit l'alinéa 2 de l'article 102: « Les employeurs et les ouvriers et employés peuvent, dans un contrat collectif de travail, convenir que l'employeur est délié de son obligation de

payer le salaire, prévue à l'article 335 C. O., en raison des cotisations qu'il verse pour l'assurance-maladie *à une caisse reconnue par la Confédération, à condition que ces cotisations soient suffisantes pour assurer le payement de 50% du salaire au moins.* »

*

On veut espérer que l'Office fédéral des assurances sociales tiendra compte de ce préavis positif de l'Union syndicale suisse, qui défend les intérêts des assurés et des caisses tout en tenant largement compte des possibilités. Souhaitons de même que le législateur accélère maintenant les travaux. Car les atermoiements qui se sont manifestés dans la revision de l'assurance-maladie, comme le fait très justement remarquer l'Union syndicale, retardent l'ajustement devenu tout aussi nécessaire de l'assurance-accidents.

Bibliographie

Le travail de jour dans les fabriques. Par *A. Laissue,* avocat. Publication de la Fédération des syndicats patronaux, Genève. — Sur la base de la loi fédérale sur le travail dans les fabriques, l'auteur éclaire le problème du travail de jour dans les fabriques dans neuf chapitres substantiels, précédés chacun d'une table détaillée des matières.

C'est là une œuvre éminemment utile, car, comme l'écrit judicieusement l'auteur dans son introduction, protéger le travail ne signifie pas en amplifier à tout prix le volume et l'intensité. « Il s'agit au contraire de faire en sorte qu'il s'accomplisse dans d'assez bonnes conditions pour que l'ouvrier n'en souffre point ou pas exagérément dans sa santé, pour que son intégrité corporelle n'en subisse aucune atteinte évitable. A cette fin, la loi commande certaines précautions relevant de l'hygiène, de la prévention des accidents. » L'auteur a bien raison d'insister sur l'inefficacité d'une protection du travail qui ne prévoirait pas de règles « destinées à prévenir une fatigue excessive qui à la longue deviendrait nuisible et quelquefois fatal ». C'est bien pourquoi le législateur s'est vu contraint d'introduire des normes générales de caractère restrictif qui fixent la durée maximum du travail et prévoient les heures entre lesquelles il doit s'accomplir. Il traite également de « la semaine prolongée », du « travail à deux équipes », du « décalage de la journée », du travail supplémentaire ou compensatoire qu'il dénomme, peut-être par euphémisme, des « soupapes de sûreté ». Dans la période de grande expansion économique dans laquelle nous vivons, on serait plutôt tenté de voir dans ces possibilités de dérogation aux règles législatives des invitations à tourner la loi au détriment de la santé et de la vie des travailleurs. L'abus des heures supplémentaires, qui semble, hélas, le corollaire de cette prospérité, est l'exemple le plus typique de cette détérioration législative à laquelle nous pensons. Car aux 11 millions d'heures supplémentaires contrôlées enregistrées en 1954, on pourrait en ajouter des millions d'autres effectuées sans autorisation. Malheureusement avec l'accord des ouvriers, pas toujours très conscients de leur véritable intérêt. *M.*

L'Afrique du Sud au Carrefour. Par *E.-S. Sachs,* traduit de l'anglais par *René Guyonnet.* Editions du Seuil, 27, rue Jacob, Paris VIe. — Dans cet important ouvrage de plus de 200 pages, l'auteur — un syndicaliste qui a payé durement de sa personne puisqu'il est aujourd'hui exilé — dessine une fresque effrayante de la violence des préjugés raciaux dans cette terre des Boers, conduite politique-