**Zeitschrift:** Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
**Herausgeber:** Union syndicale suisse
**Band:** 51 (1959)
**Heft:** 10

**Artikel:** L'assurance sociale en cas de maladie en Suisse
**Autor:** Duc, Jean-Louis
**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-385114

**Nutzungsbedingungen**
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 12.07.2025

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

président de la République à la Hofbourg, par l'Union syndicale dans le haut lieu de la résistance autrichienne au nazisme et aussi, pour les hôtes étrangers, dans une idyllique maison de vacances des métallurgistes.

Mais nous ne voudrions pas manquer de signaler la représentation spéciale de *Carmen*, de Bizet, dans ce grandiose Opéra de Vienne, récemment reconstruit dans le style impérial qui convient. C'est encore un exemple réjouissant de cet esprit viennois, attaché tout autant aux biens supérieurs de la culture qu'à l'amélioration de la condition de vie des travailleurs. Une leçon qui pourrait servir dans certaine grande ville romande où le public attend depuis des années la reconstruction de l'Opéra détruit par un incendie! Dans un cadre magnifique, avec une mise en scène d'une richesse de couleurs inouïe, des chanteurs et un orchestre d'une qualité exceptionnelle témoignèrent encore une fois des moyens et de la puissance du mouvement syndical autrichien capable d'offrir un tel régal aux congressistes.

D'aucuns auraient préféré un opéra de Mozart. Mais qu'importe le flacon, pourvu qu'on ait l'ivresse. Convenons que cette fin magistrale d'un congrès va contribuer à rendre plus durable encore le souvenir de cette rencontre fraternelle au cours de laquelle nos amis de l'OeGB se penchèrent sur l'action quadriennale écoulée, firent le point du présent et s'efforcèrent d'établir le programme d'avenir.

C'est le nouveau président, Franz Olah, qui dans son exposé final rappela en substance que l'amélioration de la condition ouvrière dépend non seulement de l'expansion économique, mais aussi du renforcement de l'Union syndicale.

Non seulement en Autriche, ajouterons-nous, mais ailleurs aussi.

Cela donne raison une fois de plus à tous ceux qui continuent à prétendre que le mouvement syndical constitue une des colonnes maîtresses de la démocratie, en Autriche comme ailleurs.

# L'assurance sociale en cas de maladie en Suisse

Par *Jean-Louis Duc*

## Principes généraux

L'assurance-maladie est, en Suisse, essentiellement facultative, la loi du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (en abrégé: Lama) se bornant à encourager le développement de cette branche des assurances sociales par l'octroi de subsides aux caisses. Pour bénéficier de ces subventions, les caisses doivent être reconnues. Elles le sont si elles remplissent certaines conditions

ayant trait à leur organisation (qui doit offrir toutes les garanties désirables au point de vue financier par exemple), à leurs relations avec les assurés, les médecins et les pharmaciens, etc.

Toutefois, les cantons peuvent déclarer obligatoire l'assurance en cas de maladie, en général ou pour certaines catégories de personnes, ce que certains ont fait. Ils peuvent en outre obliger les employeurs à veiller au paiement des contributions de leurs employés obligatoirement assurés à des caisses publiques, sans toutefois pouvoir astreindre les employeurs eux-mêmes à des contributions. Les cantons peuvent céder ces compétences à leurs communes.

Des expériences faites par les caisses, il ressort que le coût de la médecine, en particulier celui de l'hospitalisation, impose des charges de plus en plus lourdes à la population. Il serait justifié dans ces conditions d'étendre la répartition des risques au maximum par la réduction du nombre des caisses, ou tout au moins par un système de réassurance, si l'on entend respecter l'existence des très nombreuses petites caisses de secours mutuels. Il serait, d'autre part, équitable de réaliser une compensation des charges résultant de l'affiliation à une caisse-maladie en répartissant ces charges entre les diverses couches de la population, au bénéfice des moins favorisées. L'affiliation à une caisse-maladie devrait, à notre avis, exiger de chacun un sacrifice financier égal. A cet égard, selon le système actuellement pratiqué, le paiement des primes est proportionnellement beaucoup plus lourd pour un petit salarié que pour un assuré aisé, qui acquitte la même prime, à prestations égales.

Faut-il regretter la disposition selon laquelle les employeurs ne peuvent pas être contraints à prendre en charge une partie des primes d'assurance-maladie de leurs employés? Pour certaines catégories d'employés, certainement. Toutefois, les contrats collectifs de travail tendent de plus en plus à contenir des dispositions à ce sujet, mettant à la charge de l'employeur le versement de contributions pour l'assurance-maladie de leurs employés.

Enfin, les cantons sont libres de subventionner l'assurance sociale contre la maladie.

Les subsides fédéraux ont perdu beaucoup de leur importance, depuis 1911, malgré les adaptations intervenues. Ils n'ont pas suivi l'évolution des charges imposées aux caisses reconnues, partant à leurs assurés. On peut du reste critiquer le système selon lequel ils sont alloués. Tous les assurés, quelle que soit leur situation sociale, bénéficient du même subside (lequel est affecté par la caisse à réduire la prime qui serait mathématiquement nécessaire pour couvrir les risques assurés). Le principe même selon lequel les caisses sont tenues de percevoir des cotisations uniformes quelle que soit la situation économique de leurs membres nous paraît regrettable. Dans un régime d'assurances sociales, il serait beaucoup plus juste de proportionner les charges résultant de l'affiliation à une caisse

à la situation économique des assurés. Ce serait donner au principe mutualiste qui est à la base de la Lama une acception « sociale ». On pourrait remédier à cette situation en allouant des subsides différents, selon la situation économique des assurés (certains cantons le font déjà, il convient de le signaler). Les caisses pourraient alors percevoir des primes moins élevées pour les économiquement faibles.

## Les prestations

La loi impose aux caisses assurant soit les soins médicaux et pharmaceutiques, soit une indemnité journalière de chômage, un minimum de prestations qu'elles doivent fournir pour bénéficier des subsides fédéraux.

### *Assurance des soins médicaux et pharmaceutiques*

Si le but de cette branche d'assurance est de permettre aux assurés de recevoir, aux frais de leur caisse, les soins médicaux et les médicaments nécessités par leur état, le droit aux prestations est subordonné à une série de *conditions* que nous allons examiner avant de préciser l'étendue de ces prestations:

1. Pour bénéficier des prestations de cette branche d'assurance, il faut évidemment être assuré auprès d'une caisse assurant les soins médicaux et pharmaceutiques, soit comme assuré individuel, soit comme assuré collectif. L'assurance collective connaît actuellement un grand développement, car elle offre des possibilités plus étendues que l'assurance individuelle. Dans l'assurance individuelle, les droits des assurés sont déterminés, d'une façon rigide, par les statuts (qui doivent prévoir des prestations au moins équivalentes au minimum imposé par la loi). Les assurés collectifs, par contre, jouissent de droits qui sont fixés dans un contrat collectif passé avec une caisse reconnue. Ce contrat doit prévoir des prestations au moins équivalentes au minimum imposé par la loi, mais il présente l'immense avantage de pouvoir adapter l'assurance aux besoins de la collectivité contractante ainsi qu'aux risques qu'elle présente.

2. L'assuré doit être malade. La notion de maladie n'est pas définie par la loi. D'après la définition qu'en donnent la doctrine et la jurisprudence, on exclut de cette notion les opérations ayant uniquement pour but de prévenir la maladie (vaccination par exemple). Par contre, elle englobe les conséquences d'un accident. Les caisses peuvent toutefois exclure les accidents de l'assurance-maladie, par une disposition statutaire expresse. Elles peuvent de même exclure des maladies déterminées entraînant une invalidité (aliénation mentale, cécité, etc.), « ces maladies faisant d'ordinaire l'objet de branches d'assurance spéciales dans la répartition des tâches des

assurances sociales »[1]. Elles peuvent en outre exclure de l'assurance les défauts corporels congénitaux.

Relevons que la plupart des caisses assurent les accidents au même titre que la maladie, moyennant une modique surprime. Cette façon de procéder permet de percevoir des cotisations moins élevées pour l'assurance-maladie, ce qui peut présenter un certain intérêt pour les personnes obligatoirement assurées contre les accidents auprès de la Caisse nationale.

3. L'assuré ne doit pas être l'objet d'une réserve pour l'affection nécessitant les soins du médecin. L'assurance sous réserve, instituée par la pratique, peut être définie comme étant l'admission d'une personne sous réserve qu'elle ne bénéficiera pas des prestations d'assurance pour le traitement d'une affection déterminée, parce que cette affection existe au moment de l'admission. Les autorités de surveillance ont réglementé cette pratique qui ne jouit pas de la faveur du public. Nous le comprenons fort bien, mais il ne faut pas perdre de vue que, dans un régime d'assurance facultative, il convient d'éviter l'anti-sélection. Les caisses pouvant exiger dans leurs statuts qu'un candidat soit bien portant comme condition d'admission, l'assurance sous réserve apparaît comme étant un moyen de permettre à une personne ne remplissant pas cette condition de bénéficier tout de même de la protection de l'assurance, partiellement tout au moins, alors que la caisse sollicitée pourrait purement et simplement refuser l'admission. Une telle pratique ne se justifie plus dans un régime d'assurance obligatoire, où l'anti-sélection disparaît.

4. L'assuré doit avoir terminé son « stage », le stage étant la durée d'affiliation exigée par une caisse pour que ses membres aient droit aux prestations en cas de maladie. La durée du stage ne peut excéder trois mois. L'institution d'un stage n'est pas obligatoire.

5. L'assuré ne doit pas avoir épuisé son droit aux prestations. Selon l'article 13 Lama, les prestations doivent être assurées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 180 journées dans une période de 360 jours consécutifs. Les caisses qui ont introduit la participation des assurés aux frais médicaux et pharmaceutiques doivent assurer ces prestations pendant au moins 270 journées comprises dans une période de 360 jours consécutifs. En pratique, de nombreuses caisses assurent leurs prestations sans limitation dans le temps, s'agissant des soins médicaux et pharmaceutiques à domicile.

Si l'assuré a bénéficié des secours de sa caisse pendant le délai prévu par les statuts, il perd son droit aux prestations.

6. L'assuré doit consulter un médecin porteur du diplôme fédéral ou d'un certificat cantonal. Il lui est absolument interdit, sous peine

---

[1] H. Giorgio, *La Suisse économique et sociale*, 1926, p. 669.

de perdre son droit aux prestations, d'avoir recours à des guérisseurs, herboristes, etc.

Mais l'assuré ne peut choisir n'importe quel médecin. Son choix est limité. En principe, l'assuré peut choisir un médecin parmi ceux qui pratiquent dans son lieu de séjour ou dans les environs. Mais si la caisse a passé une convention avec des médecins, l'assuré devra se contenter de choisir son médecin parmi ceux qui, à son lieu de séjour ou dans les environs, ont adhéré à la convention. Les noms de ces médecins sont du reste publiés. Cette restriction peut avoir quelque chose de choquant, lorsque certaines catégories de médecins (homéopathes par exemple) n'ont pas adhéré à la convention, car cela prive les assurés de la faculté de consulter ces médecins, la caisse n'étant pas tenue de verser ses prestations lorsqu'un assuré consulte un médecin qui n'a pas adhéré à la convention.

A noter que les statuts des caisses contiennent fréquemment des dispositions qui étendent le droit des assurés de choisir leur médecin.

7. Enfin, l'assuré doit avoir satisfait aux autres conditions que peuvent contenir les statuts: annonce du cas de maladie, demande d'une feuille de maladie dans un certain délai, etc.

*

L'*étendue* des prestations est déterminée par les statuts des caisses, qui doivent prévoir des prestations au moins égales au minimum imposé par la loi. Nous ne reviendrons pas sur la durée de ces prestations, dont nous avons déjà parlé en examinant les conditions du droit aux prestations.

Il faut distinguer à cet égard les prestations obligatoires pour les caisses des prestations facultatives. Il est très difficile de donner la liste des prestations médicales obligatoires pour les caisses, ces prestations constituant le minimum que la loi impose aux caisses comme condition de leur reconnaissance. Par contre, il existe une liste des médicaments obligatoires pour les caisses. Une liste dite des spécialités contient une série de médicaments dont la prise en charge est recommandée, sans être obligatoire. Les médicaments ne figurant sur aucune de ces deux listes ne sont pas à la charge des caisses et leur prise en charge n'est même pas recommandée.

Les prestations facultatives consistent en tout ce qu'une caisse assume en plus du minimum obligatoire: par exemple, les frais d'intervention de sage-femme, dentiste, etc. Ou encore les frais d'achat d'instruments, prothèses, médicaments ne figurant sur aucune liste. Ou encore les prestations que la caisse accorde au-delà de la durée minimum imposée par la loi. En définitive, c'est aux statuts de chaque caisse qu'il convient de se référer pour déterminer exactement l'étendue des droits de ses assurés.

Les caisses qui assurent leurs prestations pendant au moins

270 jours sur 360 ne sont pas tenues de supporter plus des trois quarts des frais médicaux et pharmaceutiques. Une partie de ces frais (10 % au minimum, 25 % au maximum) peut donc rester à la charge des assurés. Le Conseil fédéral a du reste imposé cette pratique, qui devait constituer un frein à la mise à contribution exagérée des caisses par leurs membres. A notre avis, cette participation aux frais de la caisse ne se justifie pas lorsque des possibilités d'abus font défaut, notamment en cas d'hospitalisation. Dans cette dernière hypothèse, nous pensons que la participation devrait être abolie.

Les actes médicaux et la fourniture des médicaments sont honorés sur la base de tarifs que les gouvernements cantonaux doivent fixer, en tenant compte des circonstances locales. Ces tarifs sont obligatoires tant pour les caisses que pour les médecins ou pharmarciens. Par convention, il arrive que médecins et caisses conviennent d'une classification des assurés, le tarif médical minimum étant applicable aux seuls assurés modestes, un tarif plus élevé étant pratiqué s'agissant du traitement des assurés plus aisés.

*

En cas d'hospitalisation, les obligations des caisses sont assez limitées. En effet, tout traitement hospitalier n'est pas obligatoirement à leur charge, car elles ont la faculté de limiter leurs prestations aux traitements dans les hôpitaux publics ou dans des établissements privés avec lesquels elles ont passé une convention. Elles ne sont pas obligées de supporter les frais d'entretien (pension et logement), ni ceux de garde spéciale du malade. Ce système laisse fréquemment à la charge des assurés une part importante des frais découlant d'une hospitalisation (entretien, logement, frais de garde spéciale, surcroît de frais résultant d'une hospitalisation dans un établissement privé, etc.).

Dans ce domaine également, il faut se référer aux statuts pour connaître exactement l'étendue des droits des assurés.

Une branche d'assurance tend actuellement à se développer: l'assurance complémentaire en cas d'hospitalisation, qui se caractérise comme étant l'assurance d'une indemnité journalière payable en cas d'hospitalisation seulement et jusqu'à concurrence des frais effectifs uniquement. Moyennant une prime modique, l'assuré prévoyant peut se prémunir contre les risques financiers découlant d'une hospitalisation dans un établissement public ou privé, lié à la caisse par convention ou non.

### *Assurance d'une indemnité de chômage*

Pour bénéficier des prestations dans cette branche d'assurance, l'assuré doit remplir les conditions que nous avons examinées sous chiffres 3, 4, 5 et 7 ci-dessus.

Il doit en outre être incapable, totalement ou partiellement, de travailler. L'existence d'une incapacité de travail doit s'apprécier de cas en cas, en tenant compte des conditions dans lesquelles l'assuré gagne sa vie. Il faut admettre l'incapacité lorsque l'assuré ne peut plus exécuter les travaux qu'il fait normalement en vue de réaliser un gain.

Les statuts peuvent prévoir, dans cette branche d'assurance, que les prestations ne seront versées que dès le troisième jour de maladie. C'est une simple faculté accordée aux caisses, qui peuvent très bien fournir leurs prestations dès le premier jour de maladie entraînant une incapacité de travail.

Notons que l'assuré jouit ici du droit absolu de choisir son médecin. Il ne peut par contre se faire soigner par un guérisseur, sous peine de perdre son droit aux prestations.

La durée pendant laquelle les prestations sont dues pour que la caisse puisse être reconnue est la même que dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Un assuré peut très bien avoir épuisé son droit aux soins médicaux et pharmaceutiques mais non celui à une indemnité de chômage.

Enfin, les caisses doivent veiller que l'assurance ne devienne pas une source de gain pour leurs assurés malades. Cela pourra justifier, dans certains cas, la réduction des prestations assurées dans la mesure où, pour une raison ou pour une autre, leur versement intégral permettrait de réaliser un gain illicite. En pratique, les caisses font preuve d'une certaine souplesse dans ce domaine.

## Les autres droits les plus importants des assurés

### *Droit d'affiliation à une caisse reconnue*

Ce n'est pas à proprement parler un droit des assurés, puisque c'est celui qu'a tout citoyen suisse de s'affilier à une caisse dont il remplit les conditions statutaires d'admission. Les statuts peuvent contenir n'importe quelle condition d'admission (appartenance à une confession, profession, parti politique par exemple), les conditions relatives à la confession ou au parti n'étant toutefois pas opposables au citoyen suisse qui demande l'affiliation à une caisse de son domicile si, au dit domicile, il ne trouve accès auprès d'aucune caisse dont il remplisse les conditions générales d'admission. Celles-ci doivent être remplies au moment de la candidature.

Les caisses doivent admettre aux mêmes conditions les personnes de l'un et l'autre sexe, sauf s'il s'agit de caisses d'une profession, d'une association professionnelle ou d'une entreprise ne comptant que des personnes du même sexe. Toutefois, les caisses ont été autorisées à percevoir pour les femmes des primes de 25 % plus élevées que celles des hommes, eu égard au fait que celles-là grèvent

les caisses plus que ceux-ci. Cette interprétation de la loi n'est pas conforme au principe mutualiste sur lequel est fondé notre système d'assurance-maladie.

Une condition d'admission que l'on rencontre pratiquement dans toutes les caisses est l'exigence d'un état de santé favorable. Les conséquences d'une telle exigence ont été adoucies par la pratique de l'assurance sous réserve.

La loi protège les assurés contre des exclusions qui seraient fondées sur des motifs confessionnels ou politiques en disposant expressément que de tels motifs sont irrelevants. Une cause d'exclusion fréquemment invoquée est la réticence, soit le fait qu'un assuré ait donné des renseignements inexacts ou insuffisants sur son état de santé en remplissant sa demande d'admission. L'omission de déclarer des faits qui auraient incité le médecin-conseil de la caisse à demander un examen médical, formuler une réserve ou refuser l'admission est ainsi sanctionnée d'une façon très sévère. Il convient dès lors d'insister particulièrement sur l'importance que revêtent les déclarations faites lors de la demande d'admission, notamment les réponses au questionnaire médical que les caisses remettent aux candidats à l'assurance afin d'éviter, dans la mesure du possible, de procéder à de trop nombreux, coûteux et inutiles examens médicaux d'admission.

### *Droits sociaux des assurés*

Les caisses-maladie revêtent le plus souvent la forme d'une société coopérative, ou d'une association. Les membres individuels de ces caisses jouissent des droits attachés à la qualité de membre de ces sociétés (droit de participer à l'assemblée générale, d'y voter, etc.).

Les assurés collectifs ne jouissent en principe pas de ces droits. Toutefois, selon la pratique des autorités de surveillance, les statuts peuvent leur accorder les droits sociaux qui, théoriquement, n'appartiennent qu'aux assurés individuels.

### *Libre choix du médecin et du pharmacien*

Nous avons déjà mentionné ce droit. Précisons qu'il cesse en cas de transfert dans un établissement hospitalier dont le règlement oblige à confier les soins médicaux au personnel de ce dernier.

L'assuré ne peut changer de médecin en cours de maladie sans l'assentiment de sa caisse, sauf disposition contraire des statuts évidemment.

### *Droit de libre passage*

Le droit de libre passage est une institution très utile qui permet à un assuré de passer d'une caisse à une autre lorsqu'il est *obligé, à teneur des statuts,* de quitter la caisse dont il est membre par

suite de changement de domicile, de profession, d'employeur, lorsque la caisse se dissout ou cesse d'être reconnue.

Pour bénéficier de ce droit, il faut avoir été affilié à une ou plusieurs caisses reconnues durant un an au moins sans une interruption de plus de trois mois. L'assuré qui se trouve dans une telle situation peut faire valoir ce droit à l'égard des caisses dont il remplit les conditions d'admission et, s'il n'en trouve point, à l'égard de toute autre caisse de son domicile. Ce droit s'éteint s'il n'en est pas fait usage dans les trois mois dès le fait qui lui a donné naissance. Si la sortie de la caisse a eu lieu pour un autre motif (démission par exemple), ou si l'assuré n'était pas obligé de quitter la caisse, à teneur des statuts, bien qu'il ait par exemple changé de domicile ou d'employeur, ce droit n'existe pas.

Notons qu'il existe des droits de libre passage conventionnels entre les caisses affiliées à certaines fédérations de sociétés de secours mutuels. Ils doublent dans une certaine mesure le droit de libre passage légal. L'assuré fera donc bien de se renseigner auprès de sa caisse sur l'étendue de ses droits, dans cette hypothèse.

La loi prévoit toutefois certaines restrictions à l'exercice de ce droit pour les membres des caisses confessionnelles ou politiques; il en va de même pour ceux des caisses d'entreprises, qui le perdent cinq ans après leur admission dans une de ces caisses.

L'assuré au bénéfice du droit de libre passage ne peut se voir opposer des conditions statutaires d'admission relatives à son état de santé ou à son âge. On ne peut lui faire payer de finance d'entrée ni l'astreindre à des contributions supérieures à celles que la caisse perçoit, pour les mêmes prestations, de tout nouvel affilié du même âge. Il a droit aux prestations dès l'affiliation (un délai de stage ne peut pas lui être imposé).

### *Droit de plainte à l'O. F. A. S.*

En cas de litige avec sa caisse, l'assuré a toujours la faculté d'en appeler à l'Office fédéral des assurances sociales, à Berne, qui est l'autorité de surveillance des caisses reconnues. Si la caisse a violé la loi ou ses statuts, l'O. F. A. S. prendra les mesures nécessaires pour que l'assuré obtienne satisfaction.

## Les autres branches d'assurance pratiquées par les caisses reconnues

Notons que les caisses doivent assimiler un accouchement à une maladie si, lors de ses couches, l'assurée a déjà été affiliée à des caisses durant au moins neuf mois sans une interruption de plus de trois mois.

La Lama autorise les caisses à joindre à l'assurance-maladie d'autres branches d'assurance, à condition de les pratiquer en combi-

naison avec l'assurance-maladie (soins médicaux et pharmaceutiques, indemnité de chômage)[1].

### *Assurance-tuberculose*

La Confédération alloue des subsides spéciaux aux caisses qui garantissent à leurs membres tuberculeux, menacés ou suspects de tuberculose des prestations plus étendues que les prestations ordinaires. Nous n'entrerons pas dans le détail de l'organisation de cette assurance. L'assuré malade fera bien de se renseigner sur l'étendue de ses droits et obligations, en cas de tuberculose.

Nous mentionnerons toutefois que, dans cette branche d'assurance, aucune participation ne peut être perçue. La durée minimum des prestations est fixée, dès le premier jour de cure en sanatorium, à au moins 1800 jours dans une période de sept années consécutives.

L'assuré qui aurait perdu son droit aux prestations de l'assurance ordinaire et non celui aux prestations de l'assurance-tuberculose conserve ce dernier droit.

En principe, les prestations ne sont accordées que pour le séjour dans un établissement autorisé à recevoir des tuberculeux. Il convient de souligner cette condition. Dans certains cas toutefois, le traitement à domicile peut être autorisé, à certaines conditions.

Les comptes de l'assurance-tuberculose doivent être séparés de ceux de l'assurance-maladie ordinaire et les primes calculées de telle sorte que l'assurance tuberculose puisse se suffire à elle-même.

### *Assurance-poliomyélite*

Cette branche tend à se développer par la voie de la réassurance. Elle permet d'accorder des prestations plus étendues que les prestations ordinaires, ainsi qu'un capital en cas d'invalidité partielle ou totale. Les primes perçues sont généralement modiques.

### *Assurance d'une indemnité en cas de décès*

De nombreuses caisses allouent des indemnités modestes en cas de décès, à titre de contribution aux frais funéraires. Pour allouer des indemnités de plus de 100 fr., les caisses doivent disposer d'un avoir

---

[1] Signalons, sans nous y arrêter, l'existence d'une assurance des « classes moyennes » pour la couverture des frais médicaux et pharmaceutiques. Les dispositions de la loi relatives à l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques (étendue et durée des prestations, application des tarifs, libre choix du médecin, etc.) ne s'appliquent pas à cette branche d'assurance. Elle a été introduite en raison des difficultés rencontrées par les caisses dans leurs relations avec le corps médical, s'agissant du traitement des assurés aisés. La pratique de cette branche d'assurance ne donne pas droit aux subsides fédéraux pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques.

au moins égal à la moyenne des dépenses d'une année, selon la pratique actuelle. Si cette indemnité dépasse 200 fr., les caisses doivent percevoir une prime fixée en fonction de l'âge des assurés, afin de maintenir l'équilibre financier de cette branche d'assurance.

*Assurance complémentaire en cas d'hospitalisation*

Nous en avons déjà signalé l'existence, qui permet aux assurés prévoyants d'augmenter sensiblement le volume des prestations en cas d'hospitalisation.

*Assurance des frais chirurgicaux*

Cette branche d'assurance permet aux personnes hospitalisées de bénéficier de prestations plus étendues en cas de traitement chirurgical. C'est en quelque sorte le pendant de l'assurance complémentaire en cas d'hospitalisation, dont l'objet est de verser à l'assuré un certain montant lui permettant de payer les frais qui ne sont pas à la charge de la caisse (pension, logement). L'objet de l'assurance des frais chirurgicaux est de permettre à l'assuré de faire face aux obligations contractées à l'endroit du médecin traitant, s'agissant de prestations qui ne sont pas ou qui ne sont que partiellement à la charge de la caisse.

*Assurance d'une indemnité de chômage différée*

Cette branche présente un intérêt tout particulier pour les personnes qui, pour une raison ou pour une autre, n'ont pas besoin de recevoir une indemnité de chômage dès le premier jour d'incapacité de travail (parce qu'elles touchent leur salaire pendant un certain temps par exemple). L'indemnité de chômage n'étant versée que dès le 31e, 61e ou 91e jour de maladie entraînant une incapacité de travail par exemple, les primes nécessaires à la couverture de ce risque sont beaucoup plus modestes que celles qui doivent être perçues dans l'assurance d'une indemnité de chômage ordinaire.

## Conclusions

Si la Lama a permis un heureux développement de l'assurance-maladie, elle présente des imperfections qu'une revision partielle pourrait corriger. Nous pensons toutefois qu'en l'état actuel de la législation, des possibilités intéressantes s'offrent encore au public, notamment aux travailleurs, par le jeu des contrats collectifs de travail et des contrats d'assurance collective auprès de caisses reconnues. Le développement de l'assurance collective, dans laquelle les droits et obligations des assurés sont déterminés par un contrat, permet d'adapter les conditions d'assurance aux besoins des parties.

Les primes, calculées en fonction du risque présenté par la collectivité assurée, sont très souvent inférieures à celles perçues dans l'assurance individuelle. Si l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques telle qu'elle est prévue par la Lama n'impose aux caisses qu'un minimum de prestations, la pratique a vu se développer une quantité d'institutions qui permettent à chacun de se prémunir efficacement contre les conséquences de la maladie, dans la mesure de ses besoins et de ses possibilités matérielles.

## Vue de Varsovie

Par *Vera Joliat*

« Il y a quatre ou cinq ans, je ne serais pas venu dans votre hôtel, ouvertement, comme ça! » me dit l'homme qui a été en prison. (Ses dents étaient en piteux état et il boitait légèrement.) « J'aurais eu peur! Mais maintenant, je crois que ça ne craint plus rien. » La femme que le régime a expropriée de la maison de son enfance ajouta pensivement: « Oui, j'ai entendu dire qu'en Albanie, en Roumanie et ailleurs, les gens ont encore peur – nous pas! »

Je viens de passer un peu plus de quinze jours à Varsovie. Pendant ce séjour, je me suis astreinte à éviter les excursions officielles, les réceptions et les voyages accompagnés. Je me suis comportée en tout point comme je l'aurais fait dans n'importe quel autre pays étranger intéressant et un peu déconcertant à la fois. Je suis allée au théâtre; je me suis assise dans les cafés, j'ai été voir des amis, chez eux; j'ai acheté un billet et j'ai pris le train pour Cracovie; j'ai pris mes repas dans des restaurants de luxe et dans des gargottes d'ouvriers; j'ai été chez le coiffeur, j'ai fait mes courses en tram, je suis allée au cinéma et, bien entendu, j'ai parlé aux gens. J'ai parlé à des Polonais que j'avais connu à l'étranger, aux amis de mes amis pour lesquels j'étais munie d'une recommandation, à la femme assise à côté de moi chez le coiffeur et au jeune homme qui m'avait donné du feu dans le train. J'ai parlé à des journalistes et des religieuses, des ouvriers spécialisés et des acteurs de théâtre, des étudiants, des médecins, des chauffeurs de taxi, des manucures – en fait, à tous ceux qui ont croisé mon chemin et qui pouvaient dire quelques mots dans une langue autre que le polonais ou le russe. J'ai parlé à des gens qui étaient pour le régime, à d'autres qui étaient contre, et à ceux, enfin, dont les seules réactions politiques se bornaient à un sourire et à un haussement d'épaules.

Les impressions que reflète cet article sont forcément superficielles, comme le seraient celles de n'importe quel touriste n'ayant fait qu'un bref séjour dans un pays dont il ne connaît pas la langue; si elles contiennent des contradictions, c'est parce qu'elles repro-