

**Message**  
**du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale**  
**à l'appui d'un projet modifiant la constitution fédérale dans le domaine**  
**de l'assurance-maladie, accidents et maternité**  
**et**  
**rapport**  
**sur l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie**

(Du 19 mars 1973)

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs,

Nous avons l'honneur de vous soumettre un projet de nouvelle disposition constitutionnelle sur l'assurance-maladie, accidents et maternité (nouvel article 34<sup>bis</sup>) et de vous présenter notre rapport sur l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie, déposée par le Parti socialiste suisse le 31 mars 1970.

## 1 Aperçu

L'assurance-maladie et accidents est la plus ancienne branche des assurances sociales régies par le droit fédéral. L'article constitutionnel (34<sup>bis</sup>) date de 1890; il donne à la Confédération la compétence d'introduire l'assurance en cas de maladie et d'accidents et de déclarer celle-ci obligatoire en général ou pour certaines catégories de la population. La loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA), qui est fondée sur cette base constitutionnelle, n'a jusqu'ici pas subi de modification fondamentale. Depuis ses débuts, l'assurance-maladie est une assurance individuelle, facultative sur le plan fédéral, encouragée par des subventions et accordant des prestations en nature et en espèces; l'assurance-accidents obligatoire, dont les frais sont supportés par les employeurs et les salariés, protège depuis son introduction une partie des salariés contre les conséquences des accidents professionnels et

non professionnels. L'accroissement extraordinaire des frais de soins médico-pharmaceutiques et le développement des autres branches des assurances sociales en particulier donnèrent lieu ces dernières années à diverses interventions parlementaires, à des requêtes des partis politiques et des associations ainsi qu'à de nombreuses publications, qui réclament une modification fondamentale de l'assurance-maladie, mais aussi une extension de l'assurance-accidents obligatoire.

Le 31 mars 1970, le Parti socialiste suisse a déposé une initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie, dont le but est de créer le fondement constitutionnel d'une assurance générale des frais médicaux et pharmaceutiques obligatoire et financée par des cotisations en pour-cent du revenu, d'une assurance d'une indemnité journalière de même type pour les salariés ainsi que d'une assurance-accidents englobant tous les salariés.

Le Département de l'intérieur avait déjà institué en 1967 une commission d'experts chargée d'étudier la révision de l'assurance-accidents et, en 1969, une commission d'experts chargée d'étudier un nouveau régime d'assurance-maladie. On avait l'intention d'opposer à l'initiative populaire un contre-projet sur le plan légal, soit d'abord une loi sur l'assurance-maladie et, plus tard, une loi sur l'assurance-accidents. Le rapport de la commission d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie, qui aurait dû être la base des premiers travaux législatifs et qui prévoyait une assurance-hospitalisation obligatoire, une assurance générale des frais médicaux et pharmaceutiques facultative sur le plan fédéral et une assurance d'une indemnité journalière obligatoire pour les salariés, a cependant été accueilli de manière si partagée que nous en sommes arrivés à la conclusion qu'il fallait soumettre à la votation populaire un contre-projet sur le plan constitutionnel.

Le présent message se compose de trois parties. La première a trait aux dispositions constitutionnelles en vigueur; elle présente la législation sur l'assurance-maladie et accidents ainsi que le développement de cette branche d'assurance et relate aussi les travaux de révision. La deuxième partie est constituée par notre rapport sur l'initiative du Parti socialiste suisse. Elle expose les raisons pour lesquelles nous estimons qu'il faut recommander de rejeter cette initiative. Nous commentons dans la troisième partie le contre-projet que nous proposons d'opposer à l'initiative populaire. Ce contre-projet prévoit une assurance-maladie obligatoire pour les traitements hospitaliers et pour les traitements et examens analogues coûteux (assurance-gros risques), une assurance facultative sur le plan fédéral pour les autres examens et traitements et, de plus, une assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie et une assurance-accidents obligatoires pour les salariés; en outre, il donne à la Confédération les moyens de veiller à ce que l'assurance soit appliquée de manière économique, d'encourager une planification hospitalière sur le plan national ainsi que les efforts des cantons tenant à garantir des services médicaux suffisants et de prendre des mesures de prévention des maladies et des accidents.

## 2 Première partie: Généralités

### 21 Les dispositions constitutionnelles en vigueur

La base constitutionnelle de l'assurance-maladie et accidents est l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution, celle de l'assurance-maternité l'article 34<sup>quinquies</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa. Ces dispositions ont la teneur suivante:

#### *Article 34<sup>bis</sup>*

<sup>1</sup> La Confédération introduira, par voie législative, l'assurance en cas d'accident et de maladie, en tenant compte des caisses de secours existantes.

<sup>2</sup> Elle peut déclarer la participation à ces assurances obligatoire en général ou pour certaines catégories déterminées de citoyens.

#### *Article 34<sup>quinquies</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa*

<sup>4</sup> La Confédération instituera, par la voie législative, l'assurance-maternité. Elle pourra déclarer l'affiliation obligatoire en général ou pour certains groupes de la population et astreindre à verser des contributions même des personnes non qualifiées pour bénéficier des prestations de l'assurance. Elle peut faire dépendre ses prestations financières d'une participation équitable des cantons.

L'article 34<sup>bis</sup> a son origine dans un texte soumis aux chambres par un message de 1889 (FF 1890 I 309); le Conseil fédéral proposait d'autoriser la Confédération à introduire avant tout l'assurance-accidents obligatoire, mais aussi et simultanément «à légiférer en matière d'assurance contre les maladies et de rendre obligatoire pour tous les salariés l'entrée dans une caisse de cette nature». Le Conseil national trouva ce texte trop incertain: la Confédération ne devait pas être seulement autorisée, mais encore obligée d'instituer l'assurance-maladie et accidents. Le texte constitutionnel fut modifié dans ce sens, adopté par le Parlement et soumis à la votation populaire, le 26 octobre 1980: il fut adopté par 283 228 voix contre 92 200 et par vingt cantons et demi contre un et demi.

L'article 34<sup>quinquies</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa est la base constitutionnelle de l'institution de l'assurance-maternité. Cette disposition fut adoptée le 25 novembre 1945 par une forte majorité du peuple et des cantons, comme le reste de l'article consacré à la protection de la famille à la suite de la demande d'initiative «Pour la famille» (cf. rapport du Conseil fédéral, FF 1944 825 et s.).

### 22 La législation en matière d'assurance-maladie et accidents

En 1891 déjà, le département compétent chargea M. Forrer, conseiller national, d'élaborer un projet de loi. En 1896, le Conseil fédéral soumettait au Parlement la loi dite Lex Forrer. Celle-ci fut adoptée en 1900 au Conseil national par 113 voix contre une, et douze abstentions, et au Conseil des Etats à l'unanimité, moins 1 abstention, sous le nom de «loi fédérale sur l'assurance

contre les maladies et les accidents et sur l'assurance militaire»; le peuple la rejeta toutefois par 341 714 voix contre 148 035. Cette loi prévoyait pour l'essentiel une assurance obligatoire contre la maladie pour toutes les personnes de condition dépendante, à condition que leur revenu annuel ne dépasse pas une certaine limite. Les prestations assurées consistaient en l'octroi des soins médicaux et pharmaceutiques et en une indemnité journalière de 60 pour cent du gain quotidien, ces prestations étant accordées pendant un an pour chaque maladie. Outre les prestations en cas de maladie, une indemnité au décès était prévue. Le financement de l'assurance-maladie obligatoire était assuré par des primes, qui ne devaient pas excéder 4 pour cent du salaire, et par des subventions de la Confédération d'un montant d'un centime par assuré et par jour de sociétariat. Les primes devaient être versées par l'employeur qui pouvait en déduire la moitié du salaire de l'assuré. Le cercle des personnes assurées était identique dans l'assurance-accidents obligatoire et dans l'assurance-maladie, de même que les prestations en cas d'incapacité temporaire de travail. En cas d'invalidité, la rente était de 60 pour cent au plus du salaire perdu; en cas de décès, outre l'indemnité au décès, des rentes de survivants étaient prévues; leur montant était fixé d'après le degré de parenté, mais leur somme totale ne devait pas excéder 50 pour cent du gain annuel.  $\frac{1}{5}$  des primes d'assurance-accidents auraient dû être payées par la Confédération; le reste devait être perçu auprès de l'employeur qui, de son côté, aurait pu déduire un quart des primes du salaire de l'assuré. L'identité des personnes assujetties à l'assurance-maladie et à l'assurance-accidents aurait permis de charger les caisses-maladie de verser les prestations en nature et en espèces pendant les six premières semaines d'une maladie due à un accident.

Malgré le rejet de ce premier projet d'assurance-maladie et accidents, les travaux législatifs préparatoires furent bientôt repris; l'idée s'était en effet largement répandue qu'il fallait améliorer la législation existante sur l'assurance-accidents et prévoir l'encouragement par la Confédération de l'assurance-maladie. Le Conseil fédéral présenta au Parlement en 1906 un nouveau projet de loi (FF 1906 VI 213 et s.), qui reprenait la Lex Forrer pour l'assurance-accidents mais qui prévoyait, pour l'assurance-maladie, l'encouragement des caisses-maladie par des subventions fédérales. Ce projet fut traité par les Chambres au cours des années 1908 à 1911. Le référendum fut à nouveau demandé contre la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA), qui fut adoptée en 1912 par une faible majorité après une lutte acharnée. La conception de cette loi correspondait à la réglementation qui aujourd'hui encore est en vigueur.

Dans le domaine de l'assurance-maladie, la Confédération renonce à une assurance obligatoire sur le plan fédéral, mais autorise les cantons, ou les communes, à déclarer l'assurance obligatoire. Les caisses-maladie remplissant certaines conditions sont reconnues et subventionnées par la Confédération; elles sont tenues d'accorder des prestations obligatoires (soins médico-pharmaceutiques et [ou] indemnité journalière) pendant une durée minimum déterminée. Le

financement est garanti par les cotisations des assurés et les subventions fixes de la Confédération. Les cantons ne peuvent astreindre les employeurs à verser des contributions.

Pendant 50 ans environ, cette réglementation qui était censée être provisoire demeura inchangée, à l'exception de divers arrêtés fédéraux concernant l'augmentation des taux des subventions. Certes, plusieurs interventions visèrent à modifier le régime d'assurance. Ainsi le Conseil fédéral chargea, en 1921, en 1947 et en 1952, des commissions d'experts d'étudier la révision de la loi. Mais les propositions des experts demeurèrent sans suite. Ce n'est qu'en 1961 que le Conseil fédéral soumit aux Chambres fédérales une proposition de révision partielle de l'assurance-maladie (FF 1961 I 1417 s.). Ce projet de révision se limitait pour l'essentiel à faciliter l'adhésion à l'assurance-maladie, à adapter les prestations obligatoires des caisses-maladie aux progrès médicaux, à augmenter les subventions de la Confédération et à faire dépendre leur montant de celui des prestations, à réorganiser le contentieux et à régler de manière détaillée les questions tarifaires (un message complémentaire a trait à ce problème, FF 1962 II 1252 s.). Après de longues délibérations parlementaires, au cours desquelles le problème des relations entre les médecins et les caisses rejeta dans l'ombre les autres questions, la loi fédérale modifiant le premier titre de la LAMA fut adoptée en mars 1964 et entra en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1965. La structure de l'assurance-maladie demeurait inchangée: celle-ci restait une assurance individuelle, facultative sur le plan fédéral, financée avant tout par les cotisations des assurés et les subventions de la Confédération; ce type d'assurance est unique en Europe.

L'assurance-accidents obligatoire fut la cible principale de la bataille référendaire relative à la LAMA en 1912. Les opposants condamnaient d'une part la création de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) exerçant un monopole et, d'autre part, le fait que le petit artisanat et l'agriculture n'y fussent pas assujettis. Après l'issue positive de la votation populaire, une loi complémentaire de 1915 ménagea un passage sans heurt des assurances-accidents et responsabilité civile à l'assurance-accidents obligatoire; de plus, le Conseil fédéral fut autorisé à étendre l'assurance obligatoire à d'autres catégories d'entreprises présentant des risques accrus ainsi qu'aux travaux exécutés en régie par des administrations publiques. En raison de la première guerre mondiale, la CNA ne put accomplir sa tâche que depuis le 1<sup>er</sup> avril 1918.

Depuis lors, la partie de la LAMA consacrée à l'assurance-accidents, n'a pas subi de changement fondamental; en revanche, elle a été modifiée à plusieurs reprises sur des points mineurs. Ainsi le montant maximum du gain pris en compte pour fixer les rentes et les indemnités journalières fut à plusieurs reprises augmenté pour suivre l'évolution des salaires. Les autres modifications concernaient notamment l'extension des mesures de prévention des maladies professionnelles, l'élévation de l'âge limite pour prétendre des rentes d'orphelins et une nouvelle réglementation des relations financières entre la Confédération et la CNA. De plus, le paiement d'allocations de renchérissement aux rentiers de la CNA, prévu par une loi fédérale spéciale de 1962, est aussi marquant.

Sont assurés auprès de la CNA les salariés des entreprises publiques et privées de transports, des entreprises industrielles, de l'ensemble des entreprises du bâtiment ainsi que d'une série d'entreprises présentant des risques propres accrus. L'assurance couvre tant les accidents professionnels et les maladies professionnelles désignées par le Conseil fédéral que les accidents non professionnels. Les prestations assurées comprennent en particulier les soins médicaux et pharmaceutiques sans limitation dans le temps, une indemnité journalière de 80 pour cent du gain assuré dès le troisième jour après l'accident, une rente d'invalidité de 70 pour cent du gain assuré en cas d'incapacité totale de gain et, en cas de décès, des rentes de survivants.

De tout temps, la prévention des accidents et des maladies professionnelles a été étroitement liée à l'assurance des accidents professionnels.

## 23 L'évolution de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents

### 231 Assurance-maladie

Le nombre des personnes assurées auprès des caisses-maladie n'a cessé de croître au cours des années. Alors qu'en 1915, 14 pour cent de la population étaient assurés, d'une manière ou d'une autre, contre la maladie, les personnes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques représentaient 48 pour cent de la population en 1945, et 89 pour cent (5 569 400 personnes) en 1970. On peut se demander dans quels milieux on trouve aujourd'hui ceux qui ne sont pas assurés. Il existe divers indices selon lesquels ce seraient surtout les personnes âgées qui ne seraient pas assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques. D'autre part, il ne faut pas oublier que les caisses-maladie peuvent mettre sous réserve, pour un temps limité, des maladies existantes ou des maladies antérieures à l'admission si, selon l'expérience, une rechute est possible, de sorte que les personnes souffrant d'une atteinte à leur santé au moment de leur admission sont assurées mais, pour une période transitoire, n'ont pas droit aux prestations, ou n'y ont droit que partiellement. Les cantons et les communes ont fait un usage divers de leur compétence d'introduire l'assurance obligatoire. D'après l'estimation très générale qu'a faite la commission d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie, les assurances obligatoires cantonales et communales, qui s'étendent soit aux personnes à ressources modestes, soit aux travailleurs étrangers, soit aux écoliers et aux jeunes gens, etc., engloberaient un bon quart des personnes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques.

Quant à l'évolution des prestations des caisses-maladie, relevons qu'en 1915, le montant total des indemnités journalières représentait plus du double de celui des prestations médico-pharmaceutiques. En effet, à cette époque, les personnes intéressées à l'assurance-maladie désiraient surtout recevoir, en cas de maladie, la compensation de leur perte de gain, et nombre de caisses qui,

actuellement, versent surtout des prestations médico-pharmaceutiques n'assuraient que des indemnités journalières au moment de l'entrée en vigueur de la LAMA. Il fallut attendre 1925 pour que le montant des prestations médico-pharmaceutiques dépasse celui des indemnités journalières versées. Jusqu'en 1945, les dépenses s'accroissent lentement, mais constamment, aussi bien dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques que dans celle d'une indemnité journalière, cet accroissement étant surtout dû à l'augmentation des effectifs. Dès 1945, les frais médico-pharmaceutiques augmentèrent très fortement, dans une plus grande mesure que les effectifs. On sait que, depuis la guerre, la médecine a fait un important pas en avant qui s'est traduit par plus d'efficacité, mais aussi par un renchérissement sensible des frais d'examen et de traitement. Ce sont surtout ces dernières années que les frais médico-pharmaceutiques ont évolué de façon inquiétante, si bien qu'on peut parler avec raison d'une explosion des frais. Si l'on prend l'année 1960 pour point de comparaison (indice = 100), l'indice des frais médico-pharmaceutiques par assuré avait passé à 291 en 1970; pour les diverses composantes de ces frais, l'indice était, la même année, de 239 pour les soins médicaux, de 290 pour les médicaments et de 492 pour les frais hospitaliers. A titre de comparaison, relevons que, durant la même période, l'indice des prix à la consommation a passé de 100 à 139, celui des salaires des ouvriers de 100 à 202. En 1970, les dépenses globales des caisses-maladie ont été d'environ 2 milliards de francs: environ 70 pour cent concernaient l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et environ 15 pour cent l'assurance d'une indemnité journalière; le reste comprend notamment les frais d'administration (env. 9%).

De tout temps, l'assurance-maladie a été financée surtout par les cotisations et les participations des assurés ainsi que par les subventions des pouvoirs publics; contrairement à ce qui est le cas dans les autres branches des assurances sociales, les employeurs ne jouent qu'un rôle minime dans ce financement. En 1970, les recettes totales des caisses-maladie ont légèrement dépassé 2 milliards de francs: 67 pour cent de ce montant sont représentés par les cotisations des assurés, 6 pour cent par leurs participations, 23 pour cent par les subventions des pouvoirs publics, 1,5 pour cent par les contributions des employeurs - annoncées comme telles - et le reste est constitué surtout par les intérêts. La méthode de financement employée est celle de la répartition. Les dépenses d'une période de financement déterminée doivent donc être couvertes par les recettes, c'est-à-dire être supportées pour l'essentiel par les assurés et les pouvoirs publics. Or, il faut souligner que les cotisations des assurés sont en général des montants fixes, individuels, et échelonnés, la plupart du temps, selon l'âge d'entrée et le sexe mais non selon le revenu de l'activité lucrative ou l'état civil; on ne trouve en pratique des cotisations calculées en pour-cent des salaires que dans l'assurance d'une indemnité journalière. Les subventions fédérales, depuis 1964, sont, dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, pour l'essentiel des subsides par assuré calculés d'après la moyenne suisse des frais médicaux et pharmaceutiques et dont les taux sont différents pour les hommes, pour les femmes et pour les enfants; dans l'assurance d'une indemnité journa-

lière, ce sont des subsides fixes par assuré. Il n'y a pas de vraie compensation sociale dans le système de financement de l'assurance-maladie. Les augmentations de frais dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques ont entraîné ces dernières années de fortes élévations des cotisations des assurés; en outre, les taux des participations aux frais ont été augmentés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1971 (mesures immédiates). Les prestations des pouvoirs publics se sont aussi accrues dans une forte mesure du fait de l'augmentation des frais médico-pharmaceutiques; ainsi les subventions des pouvoirs publics ont augmenté, chaque année, de près de 17 pour cent en moyenne depuis 1966.

L'assurance-maladie est appliquée par des caisses-maladie autonomes du point de vue juridique et financier. Lors de l'entrée en vigueur de la LAMA, il y avait 453 caisses; ce nombre ne cessa d'augmenter, et oscilla, dans les années 1929 à 1956, autour de 1150. Depuis cette date, il se réduisit dans une très forte proportion, et on vit apparaître ces dernières années une tendance marquée à la concentration. Aujourd'hui, il y a encore environ 750 caisses-maladie reconnues. Les effectifs varient de caisse à caisse; l'effectif minimum est de quinze, l'effectif maximum de plus d'un million. Les douze grandes caisses ayant plus de 100 000 assurés groupent ensemble environ deux tiers des assurés.

Pour toute indication supplémentaire au sujet de l'évolution de l'assurance-maladie, nous renvoyons au rapport du 11 février 1972 de la commission fédérale d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie.

### 232 Assurance-accidents

Depuis l'introduction de l'assurance obligatoire, le nombre des salariés a à peu près doublé – il a passé de 1 431 866 en 1920 à 2 705 273 en 1970 – alors que, durant la même période, l'effectif des personnes assurées auprès de la CNA a presque triplé passant de 604 395 à 1 731 194, soit de 42 à 64 pour cent de l'ensemble des salariés. Cette différence dans l'évolution provient en premier lieu de la diminution des salariés dans l'agriculture et le petit artisanat et du développement de l'industrie.

Les prestations de la CNA (y compris les réserves mathématiques) pour les accidents professionnels et non professionnels, de 41,4 millions de francs en 1919, s'élevaient en 1971 à 891 millions de francs. Durant la même période, la part que représentent les prestations pour accidents non professionnels a passé de 19,5 à 47 pour cent. Alors que les primes pour l'assurance des accidents professionnels ont pu, grâce à des mesures efficaces de prévention des accidents, être, en moyenne, notablement réduites, il a fallu augmenter celles de l'assurance des accidents non professionnels surtout en raison de l'accroissement des risques d'accidents du trafic et d'accidents de sport.

Actuellement, près de deux tiers des salariés sont assurés par la CNA contre les accidents professionnels et non-professionnels. En outre, les salariés de l'agriculture non membres de la famille de l'exploitant sont, en vertu de la loi sur l'agriculture, assurés à titre obligatoire contre les accidents professionnels auprès des compagnies privées d'assurance et, en partie, des caisses-maladie;

enfin, les cantons du Tessin et de Genève ont rendu obligatoire pratiquement pour tous les autres salariés une assurance-accidents, auprès des compagnies privées d'assurance, couvrant aussi bien les accidents professionnels que les accidents non professionnels. On estime qu'actuellement un peu plus de 90 pour cent de l'ensemble des salariés sont assurés contre les accidents, que ce soit en raison d'une assurance obligatoire ou d'un contrat de travail, ou sur l'initiative de l'intéressé lui-même. On ne sait cependant dans quelle mesure les contrats d'assurance qui n'ont pas été conclus en raison d'une assurance obligatoire couvrent les accidents non professionnels, et de quel montant sont les prestations.

## **24 Interventions en vue d'une modification de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents**

### **241 Initiative populaire et initiative d'un canton**

En octobre 1968 déjà, le canton de Vaud avait, par une initiative cantonale, invité les autorités fédérales à entreprendre aussi rapidement que possible les travaux préparatoires à l'introduction d'une «assurance-maladie généralisée sur le plan fédéral».

Ensuite, comme nous l'avons indiqué au chiffre 1<sup>er</sup>, le Parti socialiste suisse a déposé, le 31 mars 1970, une initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie qui tend à ce que les dispositions actuelles des articles 34<sup>bis</sup> et 34<sup>quinqüies</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa, soient remplacées par un nouvel article 34<sup>bis</sup>. Nous reviendrons sur cette initiative sous chiffre 3.

### **242 Demandes de revision parlementaires ou autres**

Ces derniers temps, la revision de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents a été demandée dans une série d'interventions parlementaires. Cependant, la plupart de ces interventions visaient la loi et non les dispositions constitutionnelles, de sorte qu'elles ne sont pas traitées chacunes séparément dans le présent message, où nous nous contentons de les citer succinctement.

En matière d'assurance-maladie, les interventions demandent notamment la création d'une assurance obligatoire, l'institution d'une assurance-maternité et d'une assurance familiale, le financement spécial des frais hospitaliers, une autre forme de subsides fédéraux, l'introduction de contributions obligatoires des employeurs, la participation des compagnies d'assurance privées à l'application de l'assurance-maladie obligatoire, la suppression de la liste des spécialités pharmaceutiques admises par les caisses-maladie (liste des spécialités) et l'assurance-maladie pour les détenus.

Dans le domaine de l'assurance-accidents, on réclame surtout l'extension de l'assurance obligatoire aux arts et métiers et au commerce, le développement des prestations, l'égalité de traitement entre enfants recueillis et orphelins, enfin l'intensification des mesures de prévention des accidents et des maladies professionnels.

D'autre part, diverses organisations professionnelles et sociales, en particulier la Confédération des syndicats chrétiens de la Suisse et l'Association suisse des invalides nous ont soumis des propositions très complètes de révision de l'assurance-maladie. Quant à la Commission chargée d'examiner les problèmes de la vieillesse, dans son rapport du 16 décembre 1966, elle a constaté que la protection des vieillards contre les conséquences économiques de la maladie était insuffisante et qu'elle devrait être améliorée.

Toutes ces interventions ont été examinées en détail par les commissions d'experts (cf. ch. 25).

Alors que la procédure de consultation relative au rapport de la commission fédérale d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie était déjà achevée, trois motions ont été déposées – deux au Conseil national et une au Conseil des Etats – qui ont pour objet l'article de la constitution relatif à l'assurance-maladie et l'assurance-accidents; il s'agit de:

- la motion Blatti concernant l'assurance-maladie, du 4 octobre 1972 (11 427)
- la motion Hofmann concernant l'extension de l'assurance-maladie, du 14 décembre 1972 (11 514)
- la motion Naegeli concernant la prévoyance santé/assurance, du 20 décembre 1972 (11 530)

Ces trois motions n'ont pas encore traitées aux chambres. Nous nous prononcerons à leur sujet sous chiffres 41 et 422.

## **25 Les travaux de révision accomplis par les experts**

En répondant à une interpellation Trottmann, durant la session d'été 1967, nous nous étions déclarés prêts à adresser aux gouvernements cantonaux et aux associations intéressées une circulaire pour déterminer si une révision totale de l'assurance-maladie était souhaitable. Cette enquête s'est achevée à la fin de décembre 1967. La question primordiale était, à l'époque, de savoir si le moment était venu d'élaborer un nouveau régime d'assurance-maladie. Les milieux interrogés avaient été priés de donner leur avis, pour le cas où la réponse à cette question serait affirmative, sur une série d'autres propositions, concernant en particulier une éventuelle assurance obligatoire, et sur une uniformisation des tarifs. La majorité des réponses admit la nécessité de reviser l'assurance-maladie et cela pour les raisons suivantes – auxquelles il était accordé plus ou moins de poids selon les cas: explosion des frais depuis 1965, financement insuffisant ou inadéquat, manque d'une assurance obligatoire, au moins partiellement, sur le plan fédéral, protection insuffisante contre les gros risques (traitement hospitalier, maladies de la vieillesse), organisation et tarifs compliqués, manque de coordination avec les autres branches des assurances sociales. C'est pourquoi, on concluait qu'il était nécessaire de faire examiner les divers problèmes par une commission d'experts.

En février 1969, le Département de l'intérieur nomma une commission d'experts de cinquante membres chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie, dont la mission consistait à analyser l'évolution des frais dans l'assurance-maladie et à étudier toutes les questions se posant en relation avec la structure de ce régime et à établir un rapport à notre intention. Sous chiffre 26, on trouvera des indications sur les résultats des délibérations de cette commission.

Dans le domaine de l'assurance-accidents, c'est en janvier 1967 que le Département de l'intérieur nomma une commission d'experts. Celle-ci interrompit ses travaux en 1970 et 1971 car, dans l'intérêt de la coordination entre les prestations des diverses branches d'assurances sociales, il fallait attendre, en particulier, de savoir quelles seraient les prestations futures de l'AVS et de l'AI. Les travaux furent repris en 1972, et il est vraisemblable qu'en été 1973, le rapport de la commission pourra être soumis aux intéressés pour consultation.

## **26 Le rapport de la commission d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie**

La commission d'experts a élaboré un projet de nouveau régime d'assurance-maladie en quatre séances plénières et lors de nombreuses séances de sous-commissions et de groupes de travail; elle proposa tout d'abord, comme mesures immédiates, un nouveau système financier et un autre mode de participation aux frais des assurés; elle développa ensuite un nouveau régime d'assurance-maladie; ce projet fut appelé par la suite «modèle de Flims». Le rapport d'experts et ses principes furent publiés le 18 avril 1972. Ils furent simultanément soumis, pour avis, aux gouvernements cantonaux, aux partis politiques et aux organisations intéressées.

### **261 Les propositions de modification les plus importantes**

Avant de passer aux propositions de la commission d'experts, le rapport relève d'une manière générale que la future assurance-maladie doit être organisée sur le plan fédéral dans ses principes directeurs et que le nouveau régime doit tenir compte dans une même mesure de l'état actuel des problèmes de santé publique et des frais toujours croissants qui en résultent, d'une part, et de la situation économique et des besoins sociaux de notre population, d'autre part. La population doit jouir d'une large couverture d'assurance avant tout pour les risques menaçant du point de vue économique, alors que l'on peut s'en tenir au système actuel d'assurance facultative sur le plan fédéral pour les risques de moindre importance.

Dans ce sens, la commission d'experts propose de créer une assurance-hospitalisation obligatoire pour l'ensemble de la population conçue comme une partie autonome, du point de vue financier, de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. Cette assurance devrait comprendre deux volets:

l'assurance du traitement hospitalier et les subventions aux hôpitaux. L'assurance du traitement hospitalier offrirait ses prestations sans limitation de temps aux personnes domiciliées en Suisse ou y exerçant une activité lucrative, en cas de maladie, de maternité et, le cas échéant, d'accident. Il faudrait aussi inclure dans l'assurance-hospitalisation les traitements ne durant que quelques heures ou à la journée (séjour à temps partiel dans un établissement hospitalier), dans la mesure où ils peuvent être assimilés à des traitements hospitaliers si l'on se fonde sur la méthode et la durée du traitement; en outre, ils ne doivent pas pouvoir être exécutés dans le cabinet du médecin établi à son compte. En cas de séjour dans un établissement hospitalier, les assurés n'auraient aucun frais à supporter, à l'exception d'une participation aux frais correspondant aux cinq premiers forfaits journaliers et d'une modeste contribution quotidienne aux frais de nourriture. On rembourserait aux patients de la division privée ou semi-privée les forfaits journaliers prévus pour la salle commune de cet hôpital ou d'un hôpital comparable. Le forfait journalier serait calculé uniformément pour chaque catégorie d'établissement hospitalier d'après les dépenses nettes pour le personnel et, au besoin, d'après d'autres dépenses, mais ne devrait pas excéder 70 pour cent de la dépense d'exploitation totale. Afin de renforcer la péréquation sociale, l'assurance-hospitalisation ne serait pas financée par des cotisations fixes, mais par des suppléments aux cotisations AVS/AI/APG d'un montant de 1,8 à 2 pour cent du revenu; pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse de l'AVS, la cotisation s'élèverait à 2 pour cent de leur rente. Afin de promouvoir une planification hospitalière conforme aux besoins, des subventions devraient être versées aux hôpitaux pour la construction, l'agrandissement ou l'aménagement des salles communes; les hôpitaux bénéficiaires devraient participer au système de forfaits journaliers et se conformer aux exigences de la planification hospitalière. Les subventions seraient prélevées sur les recettes ordinaires de la Confédération.

Au contraire de l'assurance-hospitalisation obligatoire, l'assurance des autres soins médico-pharmaceutiques (y compris les prestations pour maternité et, le cas échéant, pour accident) doit, selon la commission, conserver comme jusqu'ici un caractère d'assurance individuelle et facultative sur le plan fédéral. Elle se composerait de trois parties: l'assurance générale des soins médico-pharmaceutiques, l'assurance des frais de traitement dentaire (assurance nouvelle) et les assurances complémentaires; pour les deux premières assurances, les caisses seraient tenues à des prestations minimales, alors qu'elles seraient libres d'organiser les assurances complémentaires.

Les cantons et les communes doivent continuer à pouvoir déclarer obligatoire, pour toute la population ou pour certains groupes de celle-ci, l'assurance générale des soins médico-pharmaceutiques. Au surplus, l'affiliation à l'assurance des personnes âgées et des Suisses rentrant au pays doit être facilitée. L'assurance générale des soins médico-pharmaceutiques comprendrait essentiellement le traitement ambulatoire et, en cas de séjour hospitalier, les forfaits des cinq premiers jours à chaque admission. Devraient être pris en charge, non seulement les prestations thérapeutiques mais les prestations pro-

phylactiques individuelles (examens réguliers de médecine préventive), les traitements de chirurgie dentaire et mesures analogues et d'autres prestations spéciales (p. ex. frais de transport dans les cas d'urgence).

De plus, les caisses-maladie devraient – innovation fondamentale – mettre sur pied une assurance particulière et facultative des frais de traitement dentaire, qui devrait prendre en charge des prestations minimales légales pour les traitements conservateurs et les prothèses dentaires.

Comme jusqu'ici, l'assurance des soins médico-pharmaceutiques facultative sur le plan fédéral serait financée en général par des cotisations fixes et la participation aux frais des assurés et par des subventions de la Confédération et des cantons. Toutefois, les subventions ne devraient plus être versées comme aujourd'hui d'une manière générale, mais en faveur des femmes, des enfants et des assurés à ressources modestes de manière que leurs cotisations restent à un niveau raisonnable. La commission estime que la répartition plus sociale des charges doit avoir pour corollaire un certain freinage de l'accroissement des frais. C'est pourquoi la participation des assurés aux frais de traitement ambulatoire doit être étendue, ce qui préviendrait une trop grande propension à la consommation.

La commission propose une autre innovation: une assurance d'une indemnité journalière obligatoire pour tous les salariés et, au besoin, pour certaines catégories d'indépendants, qui déploierait ses effets en cas de maladie, de maternité et, le cas échéant, d'accident. A cet égard, il faudrait prévoir pour les salariés des prestations dont le montant serait le même que celui des indemnités de la CNA et dont le paiement serait effectué dès que le salaire cesse d'être versé, soit dès le 31<sup>e</sup> jour. Cette assurance serait financée par des cotisations versées moitié par l'employeur et moitié par le salarié.

Les bases des relations entre les médecins et les caisses (libre choix du médecin, liberté de traitement, fixation du tarif d'abord par voie conventionnelle) ne doivent pas changer. En revanche, dans le domaine tarifaire, les rémunérations des médecins et des dentistes doivent être fixées, comme pour les autres personnes exerçant une activité dans le domaine médical, par des conventions passées sur le plan fédéral et s'appuyer sur la réglementation en vigueur de la CNA, de l'AI et de l'assurance militaire. En cas de régime sans convention généralisé, le Conseil fédéral fixerait, après avoir entendu les parties et une instance fédérale de conciliation, les montants maxima en deçà desquels les frais de traitement doivent être remboursés aux assurés (tarif de remboursement); les créances d'honoraires des médecins pour le traitement des assurés des classes de revenus inférieurs et moyens devraient être considérées comme éteintes par les prestations des caisses correspondant aux taux du tarif de remboursement.

Les caisses-maladie doivent continuer à appliquer l'assurance-maladie; le concours des compagnies privées d'assurance, notamment dans le domaine de l'assurance d'une indemnité journalière, devrait être réglé plus en détail. Enfin, la coordination avec les autres branches des assurances sociales doit être améliorée.

La commission d'experts a évalué à 5,24 milliards de francs les dépenses totales de l'assurance-maladie sociale selon le nouveau régime (assurance-hospitalisation, assurance générale des soins médico-pharmaceutiques, assurance d'une indemnité journalière); 3,24 milliards seraient à la charge des assurés, 1,15 à celle des employeurs et 0,85 à celle des pouvoirs publics.

Pour de plus amples détails, on se rapportera au rapport de la commission d'experts du 11 février 1972.

### 262 Avis sur le rapport d'experts

La publication du rapport des experts donna lieu à de vives discussions relatives au nouveau régime d'assurance-maladie. Divers milieux élaborèrent des modèles particuliers de nouvelle réglementation de l'assurance-maladie et les soumirent aux autorités fédérales. Ainsi, un groupe de médecins bernois et de caisses-maladie (Groupe d'action pour une assurance-maladie vraiment sociale) a présenté un projet désigné sous le nom de «Modèle 1972»; d'autre part, un Groupe de Soleure LAMA a montré «une nouvelle voie pour une assurance sociale» sous le titre «médecine étatisée – oui ou non?» et l'assurance-maladie Grütli a développé son propre modèle de revision. Ces trois modèles ont ceci de commun qu'ils rejettent une assurance obligatoire sur le plan fédéral et un financement, fût-il partiel, de l'assurance-maladie par des cotisations en pour-cent du revenu. La péréquation sociale doit être réalisée par une augmentation des subsides publics et leur affectation à certains buts; selon le «Modèle 1972» et le «Modèle Grütli», ces subsides devraient en partie provenir d'impôts spéciaux (impôts sur les produits préjudiciables à la santé, prélèvement sur la somme des salaires); selon le «Modèle 72» et selon le Modèle de Soleure, les assurés devraient être répartis en classes selon leur revenu imposable; à ces classes correspondraient des contributions échelonnées au paiement des cotisations; de plus, selon le «Modèle 72», certains risques particulièrement onéreux pour les familles (femmes, enfants) devraient être répartis sur l'ensemble de la communauté de risques. S'agissant des prestations, le «Modèle 72» et le «Modèle Grütli» reprennent largement les propositions de la commission d'experts, alors que le Modèle de Soleure se limite pour l'essentiel à la création d'une assurance d'une indemnité journalière d'hospitalisation.

Le Concordat des caisses-maladie suisses a élaboré un projet de revision fondamentalement différent; selon celui-ci, l'assurance des soins médico-pharmaceutiques doit être déclarée obligatoire en général et financée pour moitié par des cotisations en pour-cent du revenu et pour 20 pour cent par des cotisations fixes dont le taux serait le même pour les hommes et les femmes ainsi que, pour 10 pour cent, par la participation aux frais des assurés, le reste étant couvert par les subventions des pouvoirs publics. Ce modèle reprend pour l'essentiel les propositions de la commission d'experts quant aux prestations et quant à l'assurance d'une indemnité journalière. Le 15 septembre 1972, le Concordat a adressé, en collaboration avec la Fédération des Sociétés de secours

mutuels de la Suisse romande et la Federazione ticinese delle Casse-malati, une pétition aux autorités fédérales tendant à la réalisation des desiderata suivants :

- protection par l'assurance pour tous sur la base de la solidarité,
- extension plus poussée des prestations,
- financement solidaire par tous,
- fin de la discrimination à l'égard des femmes,
- protection effective de la famille,
- revenu assuré en cas de maladie,
- libre choix du médecin et de la caisse.

Selon les indications des pétitionnaires, la pétition a recueilli 599 134 signatures.

Lors de la procédure de consultation, qui a commencé le 18 avril 1972 pour se terminer à la fin du mois d'août 1972, les cantons, les partis politiques, les associations économiques et les organisations intéressées par l'assurance-maladie ont donné leur opinion sur le rapport de la commission d'experts. Sur les cent trois avis reçus, trente-trois traitaient seulement de problèmes partiels ou n'exprimaient pas d'opinion claire. Les septante autres abordaient les questions de principe de l'assurance-maladie. S'agissant des options de principe, soit avant tout de la question centrale de l'assurance obligatoire et de celle du financement de l'assurance des frais médico-pharmaceutiques, les avis divergeaient les uns des autres. En effet, vingt d'entre eux approuvaient la proposition faite par les experts d'une assurance-hospitalisation obligatoire financée par des cotisations en pour-cent du revenu, vingt-huit préconisaient une assurance des soins médico-pharmaceutiques obligatoire dans sa totalité, financée soit par des cotisations en pour-cent du revenu, soit à la fois par des cotisations en pour-cent du revenu et des cotisations fixes; vingt-deux enfin se prononçaient pour une assurance des soins médico-pharmaceutiques facultative sur le plan fédéral avec une réorganisation du financement, surtout au moyen d'impôts spéciaux. Un examen spécial des cinquante-trois avis des cantons, des partis politiques et des associations qui étaient représentées dans la commission d'experts (soit les associations d'employeurs, de salariés, de caisses-maladie et de personnes exerçant une activité médicale, les associations féminines et les grandes organisations sociales) donna des résultats presque identiques: seize avis en faveur du «Modèle de Flims», dix-neuf pour une assurance obligatoire dans sa totalité et dix-huit pour une assurance des soins médico-pharmaceutiques facultative sur le plan fédéral.

Parmi les cantons, six prirent position pour le «Modèle de Flims», sept pour une assurance obligatoire dans sa totalité et onze pour une assurance des soins médico-pharmaceutiques facultative sur le plan fédéral. Du côté des partis, deux se prononcèrent pour le «Modèle de Flims», un pour une assurance obligatoire dans sa totalité et deux pour une assurance des soins médico-pharmaceutiques fondamentalement facultative; un parti fit connaître les opinions de ses sections cantonales, qui divergeaient fortement les unes des autres. Parmi les syndicats patronaux, trois se prononçaient pour le «Modèle de

Flims» et deux pour une assurance facultative. Du côté des syndicats de salariés, quatre étaient en faveur d'une assurance totalement obligatoire et un pour une assurance des soins médico-pharmaceutiques facultative. Les avis des personnes exerçant une activité dans le domaine médical étaient aussi partagés : deux associations se prononçaient pour le «Modèle de Flims» et deux pour une assurance facultative sur le plan fédéral. En revanche, les associations de caisses-maladie étaient unanimes à se prononcer pour une assurance totalement obligatoire financée en partie par des cotisations en pour-cent du revenu et en partie par des cotisations fixes. Les organisations sociales approuvent le modèle de Flims ou sont en faveur d'une assurance totalement obligatoire, mais aucune ne réclame le maintien de la réglementation actuelle. Nous n'examinerons pas ici les motivations des différentes opinions; remarquons seulement que les adversaires du projet de Flims rejettent la scission de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et craignent que la proposition des experts ne conduise à une «consommation» accrue de soins hospitaliers, lesquels sont coûteux. D'une façon générale, on exprime très souvent l'opinion que l'augmentation des frais doit être freinée par tous les moyens.

Au contraire de la conception générale de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, les propositions de la commission d'experts relatives à l'extension des prestations furent approuvées presque à l'unanimité. Une extension des prestations est rejetée dans seulement quatre avis; les autres approuvent notamment l'extension des prestations hospitalières, l'introduction des mesures prophylactiques et des traitements dentaires. La proposition d'améliorer du point de vue de l'assurance la position des personnes âgées a également trouvé un écho favorable. Dans un grand nombre d'avis, on demande en se fondant sur des motifs économiques une extension des prestations dans le domaine des soins à domicile, corollaire de celle des prestations hospitalières: douze cantons, quatre associations économiques, une association de caisses-maladie et une association de personnes exerçant une activité dans le domaine médical ainsi que diverses organisations sociales se prononcent pour la prise en charge par les caisses – contrairement à la réglementation actuelle – des soins à domicile prodigués par les infirmières et infirmiers qui ne sont pas indépendants, mais qui exercent leur activité au service d'une association ou d'une commune.

Toutes les réponses n'expriment pas d'opinion au sujet du tarif médical. Se sont prononcés pour un tarif uniforme: deux cantons, deux partis et quatre associations économiques; pour un tarif-cadre unique, avec valeur du point déterminée pour chaque canton: sept cantons, un parti et deux associations économiques; pour des tarifs cantonaux ou régionaux: six cantons et deux associations.

La proposition de créer une assurance obligatoire d'une indemnité journalière pour les salariés et, au besoin, pour certains groupes d'indépendants, a recueilli les suffrages de onze cantons, quatre partis, quatre associations économiques, des associations de caisses-maladie et de nombre d'organisations sociales. Lui sont opposés sept cantons, cinq associations économiques et une

association de personnes exerçant une activité dans le domaine médical, pour le motif, la plupart du temps, que cette question doit être réglée par le droit du contrat de travail.

## 27 Revision de la constitution ou de la loi

Nous expliquerons, dans la deuxième partie ci-après, pourquoi nous ne pouvons approuver l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie. A l'origine, nous avions l'intention de vous présenter, à l'expiration de la prolongation de délai d'une année que vous nous avez accordée conformément à la loi sur les rapports entre les conseils (art. 27, 1<sup>er</sup> al., et 29, 3<sup>e</sup> al.), soit jusqu'à la fin du mois de mars 1973, non seulement le rapport concernant l'initiative populaire, mais encore un projet de revision totale du titre premier de la LAMA; nous aurions ainsi opposé à l'initiative constitutionnelle un contre-projet sur le plan légal. Cela aurait été tout à fait possible s'il était résulté de la procédure de consultation un vaste accord sur les questions fondamentales. Mais, comme nous l'avons montré, tel ne fut pas le cas. Certes, les deux tiers environ des avis se sont exprimés en faveur d'une assurance des soins médico-pharmaceutiques obligatoire, pour une part ou dans sa totalité, sur le plan fédéral, et aussi pour un financement, au moins partiel, de cette assurance par des cotisations en pour-cent du revenu; toutefois, des divergences essentielles subsistent entre ces prises de position. Le temps à disposition était trop limité pour qu'il fût possible de discuter une fois encore toutes les questions controversées et d'élaborer un projet légal bien équilibré. Dès lors, il ne restait plus qu'à soumettre l'initiative populaire au Parlement, puis au peuple et aux cantons, avec ou sans contre-projet sur le plan constitutionnel. Déjà lors de la procédure de consultation, des voix s'étaient exprimées en faveur de l'une ou de l'autre de ces solutions.

Pour bien connaître toutes les opinions sur la suite à donner à la procédure, le chef du Département de l'intérieur a mené ces derniers mois des consultations avec les associations faïtières de l'économie et les organisations intéressées par l'assurance-maladie, avec une délégation des directeurs cantonaux de la santé publique et des finances et avec les représentants des partis politiques. Les avis des associations étaient partagés. Les associations des employeurs et des personnes exerçant une activité dans le domaine médical surtout se prononcèrent pour un contre-projet sur le plan constitutionnel à l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie, alors que les associations de salariés et les organisations des caisses-maladie se déclarent, dans leur majorité, en faveur de la présentation de la seule initiative populaire, jointe à une déclaration d'intention du Conseil fédéral, et de l'élaboration rapide d'une loi sur l'assurance-maladie. Les représentants des directeurs cantonaux des finances et de la santé publique se prononcèrent à l'unanimité pour un contre-projet à l'initiative, sur le plan constitutionnel. Les partis politiques ne se ralliant pas à l'initiative populaire étaient aussi d'avis qu'il fallait soumettre au constituant un contre-projet à l'initiative du Parti socialiste. Les motions Blatti, Naegeli et Hofmann, déjà mentionnées, s'expriment dans le même sens.

Après avoir soigneusement examiné tous les arguments, nous avons résolu d'opposer à l'initiative populaire un contre-projet sur le plan constitutionnel. La disposition constitutionnelle en vigueur laisse, il est vrai, au législateur fédéral une large autonomie pour organiser l'assurance-maladie, accidents et maternité et une nouvelle norme constitutionnelle n'aurait pas été nécessaire pour reviser cette branche des assurances sociales. Cependant, puisque l'initiative populaire tend à fixer dans la constitution une conception déterminée au sujet d'une nouvelle assurance, il nous paraît nécessaire de présenter sur le plan constitutionnel également la solution que nous estimons adéquate, afin que le Parlement, le peuple et les cantons puissent se prononcer, lors de la même consultation, sur les deux conceptions en présence. Ce faisant, nous admettons que l'article actuel de la constitution, qui fixe une compétence générale, soit remplacé par une disposition contenant un programme; ce mode de faire, qui est finalement la conséquence du droit d'initiative constitutionnel dont il est volontiers fait usage en matière sociale, a aussi été récemment adopté dans le domaine de l'AVS et de l'AI. L'objection, que l'on entend à l'occasion, selon laquelle la révision de l'assurance-maladie serait retardée de cette manière, n'est pas soutenable; eu égard aux divergences d'opinion déjà mentionnées, l'élaboration d'une loi sur l'assurance-maladie, à titre de contre-projet, n'aurait été raisonnable qu'après la votation populaire, quand bien même seule l'initiative populaire aurait été soumise au vote.

Dès lors, nous nous prononçons d'abord sur l'initiative populaire et nous expliquons ensuite notre contre-projet.

### **3 Deuxième partie: Rapport sur l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie**

#### **31 Remarques préliminaires**

L'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie, déposée le 31 mars 1970 par le Parti socialiste suisse et appuyée par 88 424 signatures, a la teneur suivante:

Les articles 34<sup>bis</sup> et 34<sup>quinquies</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa, de la constitution fédérale sont remplacés par les dispositions suivantes:

#### *Art. 34<sup>bis</sup> (nouveau)*

<sup>1</sup> La Confédération institue par voie législative, en tenant compte des caisses-maladie existantes, l'assurance en cas de maladie et de maternité, ainsi que l'assurance en cas d'accidents.

<sup>2</sup> L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, y compris les soins dentaires, est obligatoire. Dans les cas de maladies coûteuses ou de longue durée, d'accidents répondant aux mêmes critères et non assurés au sens du 4<sup>e</sup> alinéa, d'hospitalisation et de maternité, elle couvre, en application des principes définis par la loi, la totalité des frais.

<sup>3</sup> L'assurance de la perte de gain est obligatoire au moins dans les cas prévus au 2<sup>e</sup> alinéa. Ses prestations s'élèvent à 80 pour cent au moins du revenu réalisé précédemment; pour les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative, elles sont au moins égales aux indemnités journalières de l'assurance en cas d'invalidité. Le plafond du revenu assurable est fixé par la loi.

<sup>4</sup> L'assurance en cas d'accidents est obligatoire pour tous les travailleurs. La Confédération peut étendre l'obligation à d'autres catégories de personnes.

<sup>5</sup> Les prestations prévues aux alinéas 2 et 3 sont financées par des contributions de la Confédération, des cantons et des assurés. Pour les personnes exerçant une activité lucrative et pour leurs familles, la cotisation est fixée en pour-cent du revenu du travail. L'employeur prend à sa charge la moitié au moins de la cotisation des travailleurs.

<sup>6</sup> La Confédération et les institutions d'assurance encouragent toutes mesures utiles à la prévention des maladies et des accidents.

<sup>7</sup> La Confédération coordonne l'organisation de ces assurances avec les autres branches des assurances sociales.

<sup>8</sup> Le surplus est réglé par la loi.

Le texte allemand de l'initiative fait foi. L'initiative contient une clause de retrait.

Selon l'article 27, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi sur les rapports entre les conseils, vous auriez dû traiter cette initiative dans un délai de trois ans, soit jusqu'à la fin du mois de mars 1973. Cependant, sur notre proposition, vous avez fait usage de la possibilité prévue par ladite loi (article 29, 3<sup>e</sup> alinéa) et avez prolongé ce délai d'une année. Nous vous soumettons dès lors en temps utile notre rapport et une proposition concernant l'initiative; vous devrez traiter cet objet jusqu'à la fin du mois de mars 1974.

La commission d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie a examiné les conséquences de l'initiative. Nous vous renvoyons aux pages 233 et suivantes du rapport d'experts et nous reviendrons ci-après sur certaines constatations.

### **32 But de l'initiative**

Selon les explications données dans une feuille volante par les promoteurs de l'initiative, le but suivant doit être atteint (citation du texte français):

Rendre obligatoire pour tous l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques (frais des consultations chez le médecin ou à domicile, soins donnés à l'hôpital, opérations chirurgicales et soins dentaires).

Pour les maladies de longue durée ou celles qui entraîneront des conséquences financières graves, pour les hospitalisations, les opérations et les accouchements, la constitution précisera que la totalité des frais sera à la charge de l'assurance. Dans ces cas, aucune retenue ou franchise ne sera admissible.

La loi d'application sera complétée par un tarif médical, car le but de la généralisation de l'assurance-maladie n'est pas de prendre en charge les soins à caractère luxueux. La différence de prix entre ces derniers et le tarif sera à la charge des intéressés qui auront la faculté de conclure des assurances complémentaires pour couvrir, totalement ou partiellement, ce genre de soins.

Les maladies légères et les cas bagatelles ne seront pas totalement assurés. La loi d'application déterminera avec précision les critères applicables en l'occurrence. En aucun cas il ne pourra en résulter des conséquences financières graves.

L'assurance de la perte de gain sera également déclarée obligatoire pour les grands risques, particulièrement pour les maladies coûteuses ou de longue durée et pour la maternité. Les critères de la Caisse nationale suisse d'assurance (CNA) sont appliqués; ils garantissent la compensation du 80 pour cent du salaire. La loi fixera un plafond aux revenus assurables.

Les cotisations de l'assurance-maladie seront prélevées pour les travailleurs, et leur famille, en pour cent du salaire (selon le système de l'AVS). La situation financière des caisses sera ainsi consolidée. La charge pour la sécurité sociale des petits revenus se réduira considérablement, la sécurité pour la famille augmentera tout en revenant moins cher.

Comme il est depuis longtemps de règle dans les pays voisins du nôtre, les employeurs devront acquitter la moitié des primes des salariés à l'assurance-maladie.

Les caisses-maladie existantes deviendront les institutions responsables du nouveau système d'assurance. Leur rôle social sera ainsi reconnu, elles pourront continuer leurs activités sur des bases plus solides. Leurs efforts de rationalisation ne seront pas entravés.

De plus, l'assurance en cas d'accidents deviendra obligatoire pour tous les travailleurs. Aujourd'hui seuls les travailleurs des entreprises industrielles bénéficient de cette protection. En outre la Confédération et les institutions d'assurance encourageront la prévention des maladies et des accidents.

### 33 Appréciation de l'initiative

#### 331 Généralités

Le texte de l'initiative ne contient aucune revendication qui ne puisse être satisfaite sur le plan législatif si l'on se fonde sur les actuels articles 34<sup>bis</sup> et 34<sup>quinqües</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa, de la constitution; ces deux dispositions accordent en effet à la Confédération une large compétence dans le domaine de l'assurance-maladie, accidents et maternité. L'initiative constitutionnelle tend à remplacer la norme actuelle, attributive de compétence, par une disposition imposant au législateur une certaine conception de l'ordre légal qu'il doit créer. Il n'y a aucun doute que ce procédé est possible et admissible du point de vue du droit constitutionnel. En outre, puisque les assurances-maladie, accidents et maternité sont en étroite relation tant par leur objet que du point de vue juridique, le principe de l'unité de la matière est respecté. Ainsi est établie la validité de l'initiative populaire.

Quant au contenu, le 1<sup>er</sup> alinéa du texte de l'initiative s'inspire des articles 34<sup>bis</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa, et 34<sup>quinqües</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa, 1<sup>re</sup> phrase, en vigueur et donne à la Confédération la compétence d'instituer, par voie législative et en tenant compte des caisses-maladie existantes, l'assurance en cas de maladie et de maternité, ainsi que l'assurance en cas d'accidents. Les alinéas 2 à 5 contiennent les normes d'organisation des différentes branches d'assurance, à savoir l'assurance des soins médico-pharmaceutiques (2<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> alinéas), l'assurance d'une indem-

nité journalière (assurance de la perte de gain, 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> alinéas) et l'assurance-accidents (4<sup>e</sup> alinéa). Dans les alinéas 6 à 8, on trouve des dispositions générales relatives à la prévention des maladies et des accidents, à la coordination des assurances sociales et à la compétence législative.

Nous nous prononçons ci-après sur les propositions de réorganisation de chacune des différentes branches d'assurance et sur les autres dispositions.

### 332 Assurance des soins médico-pharmaceutiques

Selon l'initiative, l'assurance des soins médico-pharmaceutiques doit être obligatoire et comprendre, outre la maladie, le traitement dentaire, la maternité et les accidents qui ne sont pas obligatoirement assurés. Dans les cas de maladies très coûteuses ou de longue durée et d'accidents qui répondent aux mêmes critères, de traitement hospitalier et de maternité, la totalité des frais doit être couverte dans les limites des principes définis par la loi. L'assurance doit être financée par les subventions de la Confédération et des cantons ainsi que par les cotisations des assurés, celles-ci étant fixées en pour-cent du revenu du travail pour les personnes exerçant une activité lucrative.

#### 332.1 *L'assurance obligatoire dans sa totalité*

L'assurance des soins médico-pharmaceutiques est actuellement facultative sur le plan fédéral. Les cantons ont cependant la faculté de déclarer l'assurance obligatoire en général ou pour certaines catégories de personnes ou de déléguer cette compétence aux communes. Comme nous l'avons mentionné, 89 pour cent de la population de résidence étaient assurés en 1970; selon une évaluation de la commission d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie, la proportion des assurés à titre obligatoire s'élevait à environ un quart des personnes assurées pour les soins médico-pharmaceutiques.

Une assurance des soins médico-pharmaceutiques obligatoire sur le plan fédéral aurait l'avantage incontestable que les limites d'âge et les réserves d'assurance qui existent aujourd'hui pourraient être supprimées. Les personnes âgées qui n'ont pas pu adhérer autrefois à l'assurance-maladie ou qui n'ont pas fait usage en temps utile de la possibilité de s'assurer, ne peuvent pas, comme chacun le sait, s'assurer contre la maladie – ou le peuvent, mais à des conditions très sévères – à moins qu'elles ne soient assujetties à une assurance, cantonale ou communale, totalement obligatoire; cela a pour conséquence qu'une catégorie de la population qui a particulièrement besoin d'être assurée, tant du point de vue économique que par sa morbidité, est moins assurée contre la maladie que la population active. La réglementation en vigueur concernant les réserves d'assurance, qui est un élément nécessaire d'une assurance facultative et qui permet aux caisses-maladie d'excepter de l'assurance, pour les nouveaux adhérents, pendant une durée de cinq ans au plus, les maladies existant lors de l'admission ou celles pour lesquelles une rechute est possible, a de plus pour conséquence que ceux dont l'état nécessite particulièrement des soins sont certes assurés, mais n'ont pas droit pendant un certain temps aux prestations. Dans

les deux cas, une assurance obligatoire fédérale remédierait à cette situation. En outre, une assurance obligatoire – comme nous le montrerons encore sous ch. 332.2 – est la condition d'une péréquation sociale à l'intérieur de l'assurance.

On oppose cependant à une assurance obligatoire dans sa totalité sur le plan fédéral le fait qu'elle dépasse ce qui est nécessaire sur le plan social, qu'elle diminue la responsabilité individuelle et qu'elle conduirait ainsi à une augmentation non souhaitable de la consommation médicale. De fait, le développement économique favorable de ces dernières décennies et l'extension des autres branches des assurances sociales font qu'une grande partie de notre population peut assumer les frais de traitement des maladies de peu de gravité et de courte durée, soit directement soit par le truchement d'une assurance individuelle. Prévoir une assurance populaire, obligatoire et financée collectivement, pour ces risques également excèderait donc les limites d'une politique sociale moderne. La liberté individuelle de décision serait ainsi supprimée, sans qu'il y ait nécessité économique ou relevant de la technique d'assurance. Tout au contraire, c'est précisément pour les petits risques de maladie que l'attitude subjective des individus joue un rôle important, si bien qu'on ne peut rejeter l'idée qu'une assurance des soins médico-pharmaceutiques obligatoire et financée collectivement, englobant tous les risques, pourrait conduire à une augmentation notable des frais de l'assurance.

Les promoteurs de l'initiative étaient manifestement conscients du problème. C'est pourquoi l'initiative prévoit que la totalité des frais médico-pharmaceutiques ne doit être couverte que dans les cas de maladies coûteuses ou de longue durée, d'accidents répondant aux mêmes critères, de séjour hospitalier et de maternité. Une participation aux frais équitable (participation aux frais stricto sensu ou franchise) devrait dès lors évidemment être perçue pour les autres maladies. Cette participation aux frais ne changerait toutefois rien au principe de l'assurance obligatoire dans sa totalité; pour être efficace, elle devrait être relativement élevée, ce qui pourrait être une lourde charge pour les personnes à ressources modestes.

Quels que soient ses avantages indiscutables, nous considérons qu'une assurance-maladie obligatoire dans sa totalité, englobant tous les risques et toutes les prestations, serait inutile et inadaptée aux conditions actuelles.

### 332.2 *Les prestations*

Selon l'initiative populaire, les prestations pour les soins médico-pharmaceutiques doivent être versées en cas de maladie, de maternité et, subsidiairement, d'accident. Cela correspond pour l'essentiel à l'ordre juridique actuel.

L'inclusion du traitement dentaire dans l'assurance est une nouveauté. Nous estimons également qu'une assurance-maladie révisée devrait permettre l'assurance du traitement dentaire, vu l'importance de ce traitement pour la santé et ses conséquences financières pour les individus. Cependant la commission d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie (rapport des experts, p. 104 et ss) a démontré que le traitement dentaire présente

des particularités telles qu'il n'est guère possible de l'inclure sans plus dans l'assurance générale des soins médico-pharmaceutiques; la nécessité du traitement dépend en effet avant tout de soins dentaires appropriés et de la prophylaxie générale, mais aussi de vœux d'ordre esthétique. C'est pourquoi la commission d'experts a proposé que seules la chirurgie dentaire et les mesures analogues, ainsi que les examens de prophylaxie dentaire, fassent partie des prestations obligatoires de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, et que, pour le surplus, une branche facultative et spéciale d'assurance soit créée; cette dernière permettrait d'assurer, à certaines conditions et jusqu'à un montant déterminé, le traitement dentaire conservateur et les prothèses. Cette différenciation, que nous tenons pour raisonnable, ne serait pas possible dans le cadre d'une assurance des soins dentaires obligatoire dans sa totalité. Une assurance totale devrait en principe prendre en charge les frais de traitement dentaire, à l'exception de la participation aux frais, de la franchise et, tout au plus, en limitant le montant versé pour les prothèses, et ne serait guère en mesure d'exclure les assurés qui ont augmenté le dommage en négligeant leur denture. L'ensemble des assurés aurait ainsi à supporter des frais qui auraient pu être partiellement évités. Pareille réglementation ne nous paraît pas souhaitable, ni du point de vue de la santé publique ni du point de vue social.

### 332.3 *Le financement*

Selon le texte de l'initiative, l'assurance des soins médico-pharmaceutiques doit être financée par les subventions des pouvoirs publics et par les cotisations des assurés, celles-ci étant calculées, pour les assurés exerçant une activité lucrative, en pour-cent du revenu, comme les cotisations à l'AVS et à l'AI; la moitié au moins des cotisations des salariés serait à la charge de l'employeur. La commission d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie, se fondant sur certaines hypothèses et partant du système de cotisations AVS, a procédé à une estimation sommaire des cotisations en pour-cent du salaire nécessaires; elle est arrivée à la conclusion que, pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, il faudrait percevoir 4,8 pour cent du produit de l'activité lucrative, dont 2,4 seraient à la charge de l'employeur et 2,4 à celle du salarié (rapport d'experts, page 235 s. et tableau 16).

Des cotisations en pour-cent du revenu, perçues selon le système AVS/AI, établissent une importante péréquation sociale. L'assuré disposant d'un revenu élevé paie des cotisations plus fortes que celui dont les ressources sont plus modestes et le père de famille ne paie pas plus de cotisations que la personne seule, à cause de l'exonération de l'épouse n'exerçant pas d'activité lucrative et des enfants. Du point de vue social, cette forme de financement présente donc des avantages certains sur les cotisations fixes aujourd'hui usuelles dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, comme le démontre le tableau 16 du rapport des experts. Ainsi, un salarié marié ayant deux enfants devrait payer en 1974 pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, selon le système actuellement en vigueur – soit avec le même système de presta-

tions et un financement par des cotisations individuelles fixes – 8,9 pour cent de son salaire si celui-ci est de 15 000 francs, 6,7 s'il est de 20 000 francs et 3,4 s'il est de 40 000 francs, alors que ses cotisations seraient dans tous les cas de 2,4 pour cent, ou 4,8 avec la contribution de son employeur, dans le système prévu par l'initiative populaire.

On peut sans doute se demander si la solidarité étendue, qui est liée au financement par des cotisations en pour-cent du salaire, est justifiée pour toute l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. Dans le domaine des petits risques de maladie, qui sont influencés par divers facteurs subjectifs, il se justifie au contraire, comme nous l'avons déjà exposé plus haut, de laisser la priorité à la responsabilité individuelle. La possibilité de s'assurer doit certes aussi exister dans ce domaine, mais l'assuré doit en principe payer une prime proportionnelle au risque. La prime ne doit être réduite grâce aux deniers publics que dans les cas où une prime proportionnelle au risque n'est pas réalisable ou n'est pas supportable du point de vue économique. Nous considérons donc que le mode de financement prévu par l'initiative populaire étend trop la solidarité.

A cela s'ajoute le fait que les charges de l'employeur ne devraient pas dépasser certaines limites si l'on veut conserver la capacité concurrentielle. Selon les estimations de la commission d'experts, l'initiative mettrait à la charge des employeurs une contribution de 2,4 pour cent de la somme des salaires pour l'assurance des frais médico-pharmaceutiques et de 0,7 pour cent pour l'assurance d'une indemnité journalière. Une charge totale d'un peu plus de 3 pour cent est à la limite de ce qui est raisonnable du point de vue économique si l'on considère les dépenses futures des employeurs pour les autres branches des assurances sociales (AVS/AI/APG; 2<sup>e</sup> pilier; CNA) et si l'on songe qu'il existe d'autres possibilités de financer une partie de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques.

#### 332.4 *L'organisation*

Comme l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution, le texte de l'initiative oblige la Confédération à tenir compte des caisses-maladie existantes. Cependant, les caisses-maladie ne sont pas en mesure de percevoir des cotisations en pour-cent du revenu car, au moins dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, elles assurent dans la règle non des entreprises, mais des individus. Le système de financement proposé par les promoteurs de l'initiative nécessiterait donc des changements d'organisation: les cotisations des assurés seraient perçues par les institutions de l'AVS/AI et versées avec les subventions des pouvoirs publics aux caisses-maladie pour qu'elles servent leurs prestations. Pareille répartition des tâches est tout à fait possible du point de vue technique. Mais, tout en laissant intacte la fonction principale des caisses-maladie – le paiement des frais en cas de maladie – elle limiterait très fortement leur autonomie financière. La caisse ne serait plus responsable de son budget que dans le domaine de l'assurance facultative (assurance complémentaire d'hospitalisation, entre autres); la compétence administrative de la caisse demeurerait intacte, alors que sa compétence financière serait très fortement limitée; certes,

aujourd'hui déjà, les caisses ne sont pas entièrement autonomes en matière financière, vu les subventions des pouvoirs publics et, à l'avenir, une meilleure péréquation sociale ne pourra être atteinte qu'en limitant jusqu'à un certain point leur indépendance financière. Cependant, dans ce domaine également, il ne faut pas dépasser une mesure raisonnable. Il nous paraît important de conserver le rapport direct entre les cotisations et les prestations, particulièrement pour les maladies de peu de gravité, afin que la caisse puisse ajuster la prime à la consommation médicale et, par exemple, récompenser la retenue de ses membres dans la demande de prestations médico-pharmaceutiques, par des primes plus basses de ce fait. A notre avis, l'initiative tient trop peu compte de cet aspect. La séparation presque totale du financement et des prestations rendrait impossible aux caisses la pratique différenciée des primes; l'intérêt des assurés à une limitation de la consommation médicale serait diminué; en un mot, l'assuré ne serait plus incité à limiter les frais.

### 333 Assurance d'une indemnité journalière

Selon l'initiative, l'assurance d'une indemnité journalière (assurance de la perte de gain) doit être obligatoire au moins pour les maladies coûteuses et de longue durée et les accidents, en cas de séjour hospitalier et de maternité. Pour les personnes exerçant une activité lucrative, l'indemnité journalière devrait s'élever à au moins 80 pour cent du salaire perdu, sous réserve toutefois d'un certain plafond; pour les personnes sans activité lucrative, elle devrait au moins correspondre aux indemnités journalières de l'AI. Le financement devra être réglé de la même manière que dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques: il serait donc réalisé par des subventions des pouvoirs publics et des primes des assurés, ces dernières étant perçues en pour-cent du produit du travail pour les personnes exerçant une activité lucrative et leur famille; s'agissant des salariés, la moitié au moins des primes devrait être versée par l'employeur.

La perte de salaire en cas de maladie de longue durée représente sans nul doute un gros risque. Une assurance obligatoire d'une indemnité journalière, dont les prestations correspondraient grosso modo à celles de la CNA, nous paraît justifiée, au moins pour les salariés. Selon les estimations de la commission d'experts, cette assurance pourrait être financée par des cotisations des salariés et des contributions des employeurs, les unes et les autres de 0,7 pour cent du salaire.

En revanche, l'assimilation des indépendants aux salariés est problématique, comme la fixation dans la constitution d'un droit aux indemnités journalières pour les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative. Chez les indépendants, le besoin de couvrir la perte de gain est différent selon le groupe considéré et, parmi les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative, beaucoup (par ex., les personnes âgées et les invalides) reçoivent pendant la maladie les prestations d'autres assurances sociales (AVS/AI). En conséquence, s'il devait

apparaître que l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière fût une nécessité pour les indépendants et les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative, il faudrait s'efforcer de trouver une solution différenciée; or cela n'est pratiquement réalisable que dans la loi; la constitution devrait se limiter à attribuer une compétence au législateur.

### 334 Assurance-accidents

Selon l'initiative, l'assurance-accidents doit être obligatoire pour tous les salariés; elle peut au besoin être étendue à d'autres catégories de la population.

Il est tout à fait justifié du point de vue social que l'assurance-accidents obligatoire ne s'étende pas seulement aux salariés des entreprises soumises à la CNA et de l'agriculture. Rien ne s'oppose à notre avis à ce que ce principe soit fixé dans la constitution.

### 335 Autres dispositions

Selon le texte de l'initiative, la Confédération et les assureurs doivent encourager toutes les mesures propres à prévenir les maladies et les accidents; de plus, la Confédération doit veiller à coordonner l'assurance-maladie et accidents avec les autres branches des assurances sociales.

Nous approuvons pleinement le principe selon lequel tout doit être entrepris pour prévenir les maladies et les accidents. La coordination entre les différentes branches des assurances sociales est aussi un problème important et urgent; il s'agit cependant d'une tâche générale de l'Etat, qui n'est pas restreinte au domaine de l'assurance-maladie et accidents et qui ne nécessite pas dès lors de disposition spéciale dans la constitution.

## 34 Conclusion

L'extension de l'assurance-maladie et accidents est un problème important et urgent. La solution à laquelle tend l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie soulève cependant de sérieuses objections, relatives avant tout à l'assurance des soins médico-pharmaceutiques telle qu'elle est proposée, c'est-à-dire obligatoire dans sa totalité et financée uniquement par des cotisations en pour-cent du revenu. Une assurance obligatoire sur le plan fédéral s'étendant à tous les risques de maladie, fussent-ils de peu d'importance, ne correspond guère à un besoin social dans la conjoncture économique actuelle. Pareille assurance obligatoire diminue la responsabilité individuelle, même si elle assortie d'une participation aux frais, et encourage dès lors la tendance à la consommation médicale. Une assurance des soins dentaires, obligatoire dans sa totalité, serait particulièrement problématique. De plus, le principe de solidarité serait trop étendu si le financement de tous les risques était réalisé entièrement par des cotisations en pour-cent du revenu et la relation entre la prime et la prestation serait totalement rompue; les caisses-maladie perdraient

leur autonomie financière et, de ce fait, la possibilité d'adapter les primes aux dépenses de la communauté de risques de leurs assurés. L'assurance d'une indemnité journalière obligatoire pour tous tiendrait trop peu compte des différences économiques et sociales pour les indépendants et pour les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative. Enfin, il ne faut pas négliger le fait que, selon les estimations de la commission d'experts, les employeurs devraient s'acquitter d'une contribution de plus de 3 pour cent de la somme des salaires pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et pour celle d'une indemnité journalière, ce qui, vu la charge provenant des autres branches sociales et le genre du risque, est à la limite de ce qui est admissible.

Toutes ces objections nous ont engagés à opposer à l'initiative populaire un contre-projet tenant mieux compte des conditions économiques et sociales et de la politique de la santé. Nous vous proposons dès lors de recommander au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative pour une meilleure assurance-maladie.

## **4 Troisième partie: Le contre-projet**

### **41 Généralités**

Sous chiffre 27, nous avons exposé les motifs qui nous ont amenés à opposer à l'initiative populaire un contre-projet. Ces motifs ne ressortissent pas au droit constitutionnel: l'assurance telle qu'elle est conçue par le contre-projet aurait pu être réalisée – tout comme celle prévue par l'initiative populaire – sur la base des dispositions constitutionnelles actuellement en vigueur. C'est en nous fondant sur des motifs de politique générale que nous estimons nécessaire de soumettre au Parlement, au peuple et aux cantons, en vue d'étendre l'assurance-maladie et accidents, une autre solution constitutionnelle que celle de l'initiative populaire, notre solution étant, à notre avis, mieux adaptée à la situation économique et sociale.

Les motions Blatti, Naegeli et Hofmann, déjà mentionnées, font des propositions concrètes quant au contenu du contre-projet.

Selon la motion Blatti, le nouvel article constitutionnel doit donner à la Confédération la compétence d'introduire une assurance-accidents et une assurance d'une indemnité journalière obligatoires pour les salariés ainsi que celle d'encourager une planification hospitalière sur le plan national et une organisation rationnelle des établissements hospitaliers. Contrairement à la réglementation en vigueur, les cantons devraient être obligés de déclarer l'assurance des frais médico-pharmaceutiques obligatoire pour les personnes à ressources modestes; ils pourraient étendre cette assurance obligatoire à d'autres catégories de la population. Le traitement ambulatoire devrait être financé par des

cotisations individuelles proportionnelles au risque et par des subventions des pouvoirs publics qui devraient être affectées à la réduction des cotisations des familles et des personnes à ressources modestes. En revanche, le financement du traitement hospitalier devrait être assuré par les cotisations des assurés et les contributions de leurs employeurs ainsi que par des subventions des pouvoirs publics et, éventuellement, par les recettes d'impôts à affectation spéciale.

Selon la motion Naegeli, le libre exercice des professions médicales doit être garanti dans le nouvel article constitutionnel, de même que la souveraineté cantonale en matière tarifaire et hospitalière. De plus, les cantons doivent être contraints d'introduire des assurances séparées pour la maladie, l'accident, les soins dentaires, la planification familiale et la maternité ainsi qu'une assurance des gros risques résultant de la maladie et de l'accident. Ces assurances doivent être financées par des systèmes différents, séparés ou combinés. Le taux des cotisations à l'assurance-gros risques devrait être invariablement fixé à 1 pour cent du produit net de l'activité lucrative. La Confédération doit être autorisée, pour se procurer de nouvelles sources de recettes, à imposer les produits d'usage courant ou non qui sont nuisibles à la santé ou non indispensables. La Confédération et les cantons devraient décider ensemble s'il convient de déclarer une assurance obligatoire; les assurances ne devraient pas être obligatoires pour l'ensemble de la population mais devraient au plus englober l'ensemble de la jeunesse et un quart de la population majeure.

La motion Hofmann enfin veut que le libre exercice des professions médicales soit garanti dans le nouvel article constitutionnel. Des prestations de médecine préventive et des prestations en cas d'affection dentaire grave doivent être expressément comprises dans l'assurance-maladie. Les cantons devraient être contraints de déclarer obligatoire pour l'ensemble de la population l'assurance des soins médico-pharmaceutiques en cas d'examen ou de maladies graves et de longue durée. Le financement de cette assurance devrait être réalisé par les cotisations individuelles et la participation aux frais des assurés ainsi que par les subventions des pouvoirs publics. L'employeur devrait prendre en charge la moitié des primes du salarié. La part de la Confédération devrait avant tout être couverte par les recettes provenant d'impôts fédéraux sur les produits de consommation nocifs pour la santé. Les cantons seraient autorisés à déclarer l'assurance obligatoire, s'agissant des examens et traitements qui ne sont ni coûteux ni de longue durée. Cette assurance serait financée par les cotisations individuelles et les participations aux frais des assurés ainsi que par les subventions des pouvoirs publics, lesquelles devraient être utilisées de manière à diminuer les cotisations des familles et des personnes à ressources modestes. Il appartiendrait à la Confédération d'introduire une assurance d'une indemnité journalière obligatoire pour les salariés et pour d'autres personnes exerçant une activité lucrative ainsi qu'une assurance-accidents obligatoire pour les salariés. De plus, la Confédération devrait encourager la planification hospitalière à l'échelle nationale et une gestion économique des établissements hospitaliers; des investissements pourraient être consentis pour les hôpitaux où des

traitements sont centralisés. La Confédération soutiendrait les efforts des cantons tendant à garantir des services médicaux suffisants, y compris les soins à domicile, pour toute la population. Pour le surplus, la santé publique, et en particulier la gestion des établissements hospitaliers, resterait dans la compétence des cantons.

Se fondant sur diverses suggestions parlementaires et extraparlimentaires, l'Office fédéral des assurances sociales a élaboré un projet de disposition constitutionnelle à opposer à l'initiative populaire; ce document prévoyait, dans le domaine de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, une assurance-gros risques obligatoire et une assurance des autres risques facultative sur le plan fédéral; l'assurance d'une indemnité journalière et l'assurance-accidents étaient obligatoires pour les salariés principalement. Ce contre-projet fut distribué lors des entretiens consultatifs que le chef du Département de l'intérieur mena avec les associations économiques et les organisations intéressées à l'assurance-maladie, les représentants des directeurs cantonaux de la santé publique et des finances et des partis politiques (cf. ch. 27); tous furent invités à donner leur avis. Puis le chef du Département de l'intérieur convoqua un petit groupe d'experts et lui donna la mission de mettre au point, à l'intention du Conseil fédéral, le texte du contre-projet en se fondant sur les travaux préparatoires. Le groupe d'experts se composait des personnes suivantes:

M. Frauenfelder, directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, président  
J.-F. Aubert, professeur, conseiller national, Corcelles NE

M<sup>e</sup> R. Barde, Genève

Th. Bratschi, juge fédéral, Lucerne

Th. Fleiner, professeur, Marly

M. Geiser, privat-docent, Berne

B. Hunziker, conseiller d'Etat, Aarau

F. Leuthy, Berne

A. Pfluger, juge cantonal, Soleure

Le projet que nous vous soumettons correspond – à l'exception de deux divergences sur lesquelles nous reviendrons en détail plus loin – aux propositions du groupe d'experts.

## 42 Les éléments du contre-projet

### 421 Teneur et caractère de la norme constitutionnelle

Selon le contre-projet, l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution fédérale doit avoir la teneur suivante:

<sup>1</sup> La Confédération introduit, par voie législative, une assurance sociale en cas de maladie et d'accident. Ce faisant, elle tient compte des caisses-maladie existantes et sauvegarde en principe la faculté de choisir librement les personnes exerçant une activité dans le domaine médical, ainsi que la liberté de traitement de ces personnes.

<sup>2</sup> L'assurance-maladie verse des prestations pour la prophylaxie ainsi que des prestations pour soins et en espèces en cas de maladie, y compris les affections dentaires, de maternité et, s'il n'y a pas d'autre assurance, d'accident. Elle doit être conçue comme il suit:

- a. L'assurance pour les traitements hospitaliers et pour les traitements et examens analogues coûteux est obligatoire pour l'ensemble de la population. Elle est financée par les cotisations des assurés. L'employeur prend à sa charge la moitié des cotisations des salariés.
- b. L'assurance pour les autres examens et traitements est facultative sur le plan fédéral. Elle est financée par les cotisations des assurés ainsi que par les subventions de la Confédération et des cantons. La Confédération et les cantons doivent en particulier veiller à ce que les catégories de la population à ressources modestes puissent s'assurer à des conditions raisonnables. Les cantons peuvent déclarer l'assurance obligatoire en général ou pour certaines catégories de la population.
- c. L'assurance d'une indemnité journalière est obligatoire pour les salariés. La Confédération ou les cantons peuvent étendre l'assurance obligatoire à d'autres catégories de la population. L'assurance est financée par les cotisations des assurés. L'employeur prend à sa charge la moitié des cotisations des salariés.

<sup>3</sup> L'assurance-accidents est obligatoire pour les salariés. La Confédération ou les cantons peuvent étendre l'assurance obligatoire à d'autres catégories de la population. L'assurance des accidents professionnels est à la charge de l'employeur.

<sup>4</sup> La Confédération veille à ce que l'assurance soit appliquée de manière économique et encourage une planification hospitalière sur le plan national. Elle soutient les efforts des cantons tendant à garantir des services médicaux suffisants dans toutes les régions du pays et elle encourage les mesures de prévention des maladies et des accidents.

Le nouvel article 34<sup>bis</sup> doit être la base de l'assurance sociale en cas de maladie, d'accident et de maternité. Au contraire de la disposition actuelle, il n'a pas seulement le caractère d'une norme attributive de compétence, mais donne en plus au législateur, à l'instar de l'initiative populaire, des principes directeurs impératifs quant à l'organisation de ces branches des assurances sociales. Ces principes directeurs divergent sur quelques points essentiels de ceux de l'initiative populaire.

#### 422 Assurance-maladie

Dans le domaine de l'assurance-maladie, le contre-projet tend avant tout à étendre la protection de l'assurance et à réorganiser le financement en améliorant la péréquation sociale. Contrairement à l'initiative populaire, il ne prévoit cependant pas une assurance obligatoire dans sa totalité et financée d'une manière générale par des cotisations en pour cent du revenu; l'assurance obligatoire sur le plan fédéral et la solidarité par le financement se limitent aux risques dont les conséquences sont lourdes sur le plan économique; on laisse place, au surplus, à la responsabilité individuelle et à la détermination des rapports d'assurance sur une base facultative. C'est pourquoi le contre-projet contraint le législateur à organiser sur une base obligatoire l'assurance des frais médico-pharmaceutiques pour les gros risques (traitements hospitaliers et examens ou traitements analogues coûteux) de même qu'à déclarer obliga-

toire l'assurance d'une indemnité journalière (perte de salaire) en tout cas pour les salariés, l'intention étant d'en couvrir les dépenses principalement par des cotisations en pour cent du revenu des salariés et de leurs employeurs (cf. ch. 433 et 435). En revanche, l'assurance des soins médico-pharmaceutiques pour les traitements et examens qui ne sont pas réputés gros risques, doit être facultative sur le plan fédéral; chacun demeure ainsi en principe libre de s'assurer pour cette catégorie de risques; s'il fait usage de cette possibilité d'assurance, il aura en principe à payer une cotisation proportionnelle au risque; cependant la Confédération et les cantons doivent veiller, en versant des subventions à affectation précise, à ce que les catégories de la population à ressources modestes puissent s'assurer également contre ces risques à des conditions raisonnables; de plus, les cantons ont la possibilité de déclarer cette assurance obligatoire en général ou pour certaines catégories de la population. Cette conception de l'assurance telle qu'elle résulte du contre-projet tend à un double but: d'une part, garantir à notre population une protection d'assurance adaptée aux conditions économique-sociales et harmoniser le financement de l'assurance avec le volume et la dynamique des frais de santé ainsi qu'avec les exigences d'une politique sociale moderne mais, d'autre part, conserver dans la mesure du possible la liberté des individus de s'assurer et le rapport entre les cotisations et les prestations, surtout afin de ne pas stimuler la consommation médicale et de ne pas créer de ce fait une augmentation des frais immodérée dans le secteur de la santé.

Le contre-projet reprend du «modèle de Flims» l'idée de base d'une assurance des soins médico-pharmaceutiques qui est obligatoire pour les risques très onéreux et facultative sur le plan fédéral pour les autres risques, et d'une assurance d'une indemnité journalière obligatoire pour les salariés. Il se distingue toutefois de la proposition des experts quant à la délimitation entre l'assurance des soins médico-pharmaceutiques obligatoire et l'assurance facultative. Dans le «modèle de Flims», seul le traitement hospitalier compte au nombre des risques onéreux. Dans le contre-projet, le traitement hospitalier est au centre de l'assurance-gros risques, ce qui est justifié. En effet, si dans la période comprise entre 1960 et 1970, les salaires moyens ont doublé, ce qui signifie qu'ils ont augmenté en moyenne de 7 pour cent par année, les frais hospitaliers moyens par assuré ont presque quintuplé, ou augmenté d'environ 17 pour cent par année. Les frais de traitement hospitalier sont aujourd'hui pratiquement une menace économique pour toutes les couches de la population, si bien qu'une protection généralisée d'assurance est justifiée. De plus, le volume et la dynamique des frais hospitaliers sont tels qu'ils nécessitent un financement particulier et une répartition adéquate des charges entre l'assurance et la collectivité. Toutefois on a reproché au «modèle de Flims» d'encourager par son assurance purement hospitalière le recours à une forme de traitement qui est coûteuse. Pour tenir compte de cette objection, le contre-projet permet d'inclure dans l'assurance-gros risques, à côté du traitement hospitalier, les examens et traitement analogues et coûteux, comme par exemple les soins à domicile de longue durée.

Comme dans le « modèle de Flims », le financement de l'assurance-gros risques doit être assuré pour l'essentiel par les cotisations en pour-cent du salaire des salariés et de leurs employeurs; toutefois, il est aussi possible de percevoir des cotisations individuelles; en revanche, on renonce à des subventions des pouvoirs publics. Le financement par des cotisations en pour-cent du revenu, qui a donné satisfaction dans d'autres branches des assurances sociales ainsi que dans des assurances-maladie étrangères, crée une péréquation sociale entre les hauts et les bas salaires, entre les sexes et, vu l'exonération de cotisations de l'épouse sans activité lucrative et des enfants, entre les personnes seules et les familles; il réalise ainsi une solidarité entre les assurés qui est justifiée dans le domaine des gros risques; au surplus, ce financement tient mieux compte de l'évolution des frais que les cotisations fixes aujourd'hui usuelles dans l'assurance des frais médico-pharmaceutiques. Sans doute les modèles qui rejettent une assurance-maladie obligatoire (cf. 262) tendent-ils à renforcer la péréquation sociale par les subventions; la collectivité (Confédération, cantons, communes) a versé en 1970 environ 500 millions de francs à l'assurance-maladie; selon les estimations de la commission d'experts, les subventions des pouvoirs publics auraient dû être de 856 millions de francs en 1974, dans le « modèle de Flims »; selon nos estimations, les pouvoirs publics (Confédération et cantons) devraient verser en 1974 à l'assurance-maladie de 1,1 à 1,9 milliards de francs dans les différents modèles rejetant l'assurance obligatoire. Mise à part la difficulté de se procurer ces fonds équitablement du point de vue social, à savoir par des impôts directs et des impôts de luxe, et à les répartir de manière juste, une objection fondamentale doit être faite contre des subventions de l'Etat aussi élevées: on ne peut guère justifier d'imposer aux citoyens pareille charge fiscale supplémentaire pour financer l'assurance-maladie sans leur offrir simultanément une couverture primaire d'assurance indépendante de l'âge et de l'état de santé.

Nous tenons pour totalement infondée la crainte, exprimée quelquefois, qu'une assurance-gros risques obligatoire et financée surtout par des cotisations en pour-cent du revenu conduise à la création d'une caisse fédéral d'assurance-maladie ou d'un service de santé s'étendant à toute la Suisse. La couverture d'assurance et le financement sont certes conçus de manière nouvelle dans l'assurance-gros risques prévue, mais la nature et l'application de l'assurance ne doivent en principe en rien être changées. Par sa nature, un service de santé est différent d'une assurance: il ne rembourse pas les frais médico-pharmaceutiques, mais il fournit lui-même, par son propre service médical, les prestations en nature et en services; pareille institution ne serait pas conciliable avec l'article constitutionnel proposé.

S'agissant des relations entre le contre-projet et les motions Blatti, Naegeli et Hofmann, il faut remarquer d'une manière générale que c'est de la motion Hofmann que la conception de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques prévue par le contre-projet est la plus proche. De fait, cette motion – comme le contre-projet – prévoit une division de l'assurance-maladie en trois parties.

Une différence essentielle par rapport au contre-projet réside dans le fait qu'il appartiendrait non à la Confédération, mais aux cantons, d'introduire l'assurance-gros risques obligatoire. Pareille solution amènerait des inégalités de traitement entre les assurés selon leur canton et ne serait guère conciliable avec un financement par des cotisations en pour cent du revenu. La motion Naegeli tend aussi à la réalisation d'une assurance-gros risques, financée par des cotisations en pour cent du revenu, que les cantons auraient à introduire, mais elle réclame que soit limité dans la constitution le taux des cotisations et elle donne à la Confédération, en collaboration avec les cantons, le pouvoir de décider si l'assurance doit être déclarée obligatoire (dans des limites). Cette solution causerait quelques difficultés du point de vue du droit public et créerait des rapports moins clairs que le contre-projet. Toutefois, l'assurance spéciale des soins dentaires comme la liaison entre l'assurance-maternité et la planification familiale, demandées par le motionnaire, pourraient aussi être réalisées par le législateur sur la base du contre-projet. Selon la motion Blatti, l'assurance obligatoire des soins médico-pharmaceutiques devrait être introduite par les cantons et se limiter aux personnes à ressources modestes. Les cantons ont aussi cette possibilité aux termes du contre-projet. Toutefois, puisque les risques importants de maladie constituent une menace non seulement pour les personnes à ressources modeste, mais aussi pour la plus grande partie de notre population, nous estimons nécessaire une assurance obligatoire plus étendue. En revanche, la mise à contribution de l'employeur pour le financement du traitement hospitalier, qui est demandée par la motion, se trouve dans le contre-projet. Nous reviendrons encore sur les diverses suggestions des trois motions en commentant les différentes parties du contre-projet.

#### 423 Assurance-accidents

Dans le domaine de l'assurance-accidents, le contre-projet prévoit, comme l'initiative populaire, une assurance obligatoire pour tous les salariés. Actuellement, deux tiers environ des salariés, soit ceux qui sont employés dans des entreprises soumises à la CNA et dans l'agriculture, sont obligatoirement assurés contre les accidents. Cet état de choses est en contradiction avec le principe de l'égalité de droit et avec les exigences d'une politique sociale équilibrée; c'est pourquoi il a été attaqué avec raison de divers côtés. Les motions Blatti et Hofmann préconisent aussi une assurance-accidents obligatoires de tous les salariés.

Au surplus, il faut laisser à la Confédération ou aux cantons la latitude d'introduire une assurance-accidents obligatoire pour d'autres groupes de la population (p. ex., personnes exerçant une activité lucrative indépendante, écoliers et étudiants).

#### 424 Mesures concernant la politique de la santé

Comme le développement de la santé publique qui jusqu'à un certain point est influencé par l'organisation de l'assurance-maladie et accidents, l'application, l'efficacité et le caractère économique de l'assurance dépendent aussi

des mesures prises dans le domaine de la santé publique. Actuellement, la santé publique relève de la compétence des cantons, si l'on fait abstraction de l'article 69 de la constitution. Le contre-projet ne veut en principe rien changer à cet état. Il paraît toutefois indiqué, surtout vu le développement des frais ces dernières années, que la Confédération encourage quelques mesures importantes du point de vue de la santé publique et coordonne les efforts. Les motions Blatti et Hofmann contiennent des suggestions à ce propos.

A cet effet, le contre-projet autorise la Confédération à encourager une planification hospitalière sur le plan national, soit à favoriser une affectation adéquate des ressources et des personnes dans le domaine hospitalier, ce qui aboutira à freiner l'emballement de la croissance des frais. De plus, la Confédération doit soutenir les efforts des cantons tendant à garantir sur leur territoire des services médicaux suffisants, ce qui est déjà en partie le cas aujourd'hui par le subventionnement dans l'assurance des indemnités versées aux médecins dans les régions de montagne. Enfin, la Confédération devrait encourager les mesures de prévention des maladies et des accidents, afin de diminuer les frais entraînés par ceux-ci.

Considéré dans son ensemble, le contre-projet donne donc au législateur fédéral les moyens de maintenir les dépenses pour la santé publique dans les limites économique-sociales raisonnables en concevant des assurances modernes et en influençant la politique de la santé.

### **43 Commentaire des diverses dispositions du contre-projet**

Comme l'initiative populaire, le contre-projet inclut l'assurance-maternité dans l'assurance-maladie. Cela correspond à la législation en vigueur qui a donné satisfaction; la séparation de l'assurance-maladie et de l'assurance-maternité serait source de grandes difficultés de délimitation et, socialement, n'apporterait guère d'avantages aux femmes. Le nouvel article 34<sup>bis</sup> de la constitution remplace ainsi les actuels articles 34<sup>bis</sup> et 34<sup>quinquies</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa. Nous commentons ci-après les différents alinéas de l'article 34<sup>bis</sup> que nous proposons.

#### **431. Premier alinéa (principe)**

Le principe selon lequel la Confédération doit introduire par voie législative l'assurance en cas de maladie et d'accident est repris de la disposition constitutionnelle en vigueur. Afin d'en préciser le caractère, cette assurance est qualifiée de sociale. On insiste ainsi sur le fait qu'il s'agit d'une branche des assurances sociales, qui doit satisfaire à des exigences sociales tant par sa nature que par son organisation, et que ni l'article constitutionnel ni la législation en découlant ne touchent directement l'assurance-maladie et accidents privée. Sans doute a-t-on craint, au sein du groupe d'experts, que l'on puisse en déduire que les compagnies privées d'assurance sont exclues a priori de la gestion de l'assurance-maladie et accidents sociale. Tel n'est pas le cas. Les compagnies

privées d'assurance peuvent participer à la gestion de cette assurance si elles remplissent les conditions posées par les assurances sociales (p. ex., protection d'assurance, fixation des primes, libre passage).

Le texte constitutionnel actuel dispose également que la Confédération doit tenir compte des caisses-maladie existantes. Cette réserve en faveur des caisses-maladie existantes fut à l'époque insérée dans la constitution avant tout pour des motifs politiques, parce que l'on estimait que l'article constitutionnel ne serait pas adopté par le peuple s'il ne garantissait pas leur existence aux caisses-maladie libres déjà bien implantées, notamment en Suisse romande (cf. Burckhardt, Kommentar zur BV, art. 34<sup>bis</sup>, II/N 3). On peut se demander si cette garantie est encore nécessaire aujourd'hui, puisque nul ne conteste la position des caisses-maladie dans la gestion de l'assurance-maladie. Toutefois, afin d'éviter de paraître vouloir changer l'état des choses, nous estimons que le contre-projet devrait continuer à obliger le législateur à tenir compte des caisses-maladie existantes.

Parallèlement à la réserve en faveur des caisses-maladie existantes, on a suggéré de divers côtés d'insérer aussi dans le texte constitutionnel la garantie du libre exercice des professions médicales. Les motions Hofmann et Naegeli contiennent cette proposition. Le groupe d'experts a traité à fond cette question. Il en est arrivé à la conclusion qu'une garantie générale du libre exercice des professions médicales conduirait à des confusions du point de vue du droit constitutionnel, du fait qu'on ne pourrait éviter un lien avec l'article 31 de la constitution (liberté du commerce et de l'industrie), l'article 33 (certificats de capacité pour les professions libérales) et les limitations de la liberté du commerce et de l'industrie résultant de la législation sociale et des mesures de police. Ainsi cette garantie spéciale de la liberté professionnelle pourrait être considérée comme un privilège par rapport à la liberté du commerce et de l'industrie; on pourrait donc en déduire que les personnes exerçant une activité dans le domaine médical peuvent exercer leur art sans tenir compte des limitations découlant de la réglementation de police et de la législation sociale, même sans certificat de capacité. Une liberté si étendue pour un groupe de professions ne serait pas conciliable avec les principes généraux de notre ordre juridique et serait finalement contraire aux intérêts des personnes exerçant une activité dans le domaine médical. Reste ainsi à déterminer s'il convient de prévoir dans l'article 34<sup>bis</sup> une garantie, définie de manière différente, de la liberté d'exercice des professions médicales ou si cette liberté est suffisamment garantie par la liberté du commerce et de l'industrie prévue par la constitution et fixée par la jurisprudence.

Il ne faut certes pas méconnaître le fait que la législation sociale concerne plus les personnes exerçant une activité dans le domaine médical que les autres professions libérales (p. ex., les avocats) et qu'une forte limitation de leur liberté professionnelle n'est donc pas exclue. Nous estimons dès lors, comme le groupe d'experts, que le législateur doit être contraint de tenir compte dans la mesure du possible, en organisant les assurances sociales, de la liberté professionnelle

des personnes exerçant une activité dans le domaine médical. Bien entendu cette garantie ne peut être accordée que pour les libertés conciliables avec le droit des assurances sociales. Ainsi, par exemple, on ne pourrait garantir aucune liberté dans le domaine des honoraires, car la réglementation tarifaire et les limitations qui lui sont liées sont le fondement de toute couverture des frais médico-pharmaceutiques par l'assurance. En revanche, le législateur doit en principe prendre en considération deux libertés importantes, à savoir la faculté des assurés de choisir librement les personnes exerçant une activité dans le domaine médical, ainsi que la liberté de traitement de ces personnes. Ces libertés peuvent bien entendu n'être garanties qu'en principe et non de manière illimitée. Ainsi, la liberté de choisir les personnes exerçant une activité dans le domaine médical est limitée, pour les patients hospitalisés, par la réglementation des hôpitaux; de même, la liberté de traitement est limitée par le principe de la gestion économique de l'assurance, qui figure au 4<sup>e</sup> alinéa. Sous réserve de ces limitations, économiques et juridiques, le législateur doit cependant sauvegarder, selon le contre-projet, l'intérêt des assurés au libre choix des personnes exerçant une activité dans le domaine médical et la liberté de ces personnes d'ordonner le traitement dans les limites des connaissances scientifiques.

#### **432 Deuxième alinéa; phrase d'introduction (assurance-maladie/risques assurés)**

Les risques assurés et les catégories de prestations sont définis dans la première disposition relative à l'assurance-maladie. Comme jusqu'ici, l'assurance-maladie doit verser ses prestations en cas de maladie et de maternité. Il est en outre prévu – ceci est une nouveauté – que les affections dentaires comptent au nombre des maladies et que l'assurance-maladie doit verser ses prestations d'une manière générale en cas d'accident s'il n'existe pas d'autre assurance. L'initiative populaire demande l'inclusion du traitement dentaire dans l'assurance-maladie. La motion Hofmann propose d'assimiler aux maladies les affections dentaires graves et la motion Naegeli recommande la création d'une assurance séparée pour les besoins dentaires. Le «modèle de Flims» inclut en principe les soins dentaires dans l'assurance-maladie, mais prévoit un régime d'assurance différent d'une part pour les prestations de chirurgie dentaire et les traitements assimilés ainsi que la prophylaxie et, d'autre part, pour le traitement dentaire conservateur et les prothèses (cf. ch. 261). Nous estimons que l'inclusion des affections dentaires dans le risque de maladie est justifié, vu l'importance des soins dentaires du point de vue de la santé et du point de vue économique-social. Le contre-projet laisse au législateur le soin d'organiser comme il l'entend l'assurance des soins dentaires. Du fait que le traitement dentaire ne devrait répondre qu'exceptionnellement au concept de gros risque du 2<sup>e</sup> alinéa, lettre *a*, du contre-projet (p. ex. en cas d'interventions chirurgicales importantes), rien n'empêche l'institution d'une assurance particulière facultative des soins dentaires dans le cadre de la lettre *b*, si bien qu'une solution, comme celle que le «modèle de Flims» estime adaptée au caractère particulier du risque, pourrait en principe être réalisée. L'assurance-accidents à

titre subsidiaire n'est pas consacrée aujourd'hui dans la loi, mais elle est cependant prévue par les statuts de nombreuses caisses. Cette réglementation mérite d'être étendue de manière générale en matière d'assurance-maladie, afin que les personnes qui n'ont normalement pas d'assurance particulière contre les accidents – à savoir les enfants et les personnes âgées – soient protégées par l'assurance et reçoivent des prestations au moins pour le traitement des conséquences de l'accident.

S'agissant du genre des prestations de l'assurance-maladie, celles-ci doivent avant tout consister en prestations pour les examens et traitements diagnostiques et thérapeutiques (soins médico-pharmaceutiques) et en indemnités. L'assurance-maladie actuelle, si l'on fait abstraction de quelques rares exceptions, n'a pas à verser des prestations pour les mesures prophylactiques. Vu l'importance de la prophylaxie pour la prévention des maladies ou pour leur traitement précoce et pour éviter des incapacités de travail de longue durée, des mesures de médecine préventive doivent à l'avenir, selon le contre-projet, être aussi prises en charge par l'assurance-maladie. Le législateur déterminera quels seront les bénéficiaires de ces prestations et l'étendue de celles-ci. En tout cas, l'assurance ne peut rembourser que des mesures individuelles; la Confédération devrait au besoin encourager les mesures préventives générales, en vertu du 4<sup>e</sup> alinéa du contre-projet.

### 433 Deuxième alinéa, lettre a (assurance-gros risques des soins médico-pharmaceutiques)

Nous avons exposé sous chiffre 422 les motifs qui nous ont amenés à proposer, en matière de soins médico-pharmaceutiques, une assurance-gros risques obligatoire. *Ratione personarum*, toute la population – comme dans l'AVS/AI obligatoire – doit être assujettie à cette assurance. L'étendue de l'assurance quant aux prestations et son caractère social dépendent de la définition du gros risque et du mode de financement.

Théoriquement, on peut définir le gros risque dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques selon trois critères: selon le genre de traitement (par ex., traitement hospitalier), selon le genre de maladie (en se fondant, par ex., sur une liste des maladies particulièrement coûteuses, comme en ont dressé certaines assurance-maladie étrangères) ou selon le montant des frais (par ex., prise en charge des frais s'ils excèdent un certain montant). Selon la motion Hofmann, ce sont les examens et maladies graves et de longue durée qui doivent être inclus dans l'assurance-gros risques, alors que la motion Naegeli parle des gros risques résultant de la maladie et de l'accident, et limite le taux des cotisations pour cette assurance à un pour cent du revenu de l'activité lucrative. Le groupe d'experts a examiné à fond le problème de la définition du gros risques et les diverses propositions qui ont été faites. Nul ne contesta qu'il fallait définir le gros risque selon des critères objectifs, c'est-à-dire qu'il devait être indépendant des conditions d'un cas donné; en outre, il fallait qu'il reste assez de place, à côté de l'assurance-gros risque, pour une assurance facultative financée par

des cotisations individuelles. Le groupe de travail en arriva à la conclusion qu'il fallait compter au nombre des gros risques les traitements hospitaliers et les examens et traitement analogues coûteux. Nous estimons que cette définition est indiquée et nous l'avons reprise dans le contre-projet. Comme nous l'avons déjà exposé plus haut, le traitement hospitalier représente pour les individus, ainsi d'ailleurs que pour l'assurance et la collectivité, une charge sans cesse croissante pour diverses raisons et si lourde qu'une couverture d'assurance particulière de ces frais de traitement se justifie. De plus, le risque d'hospitalisation peut être objectivement défini et relativement aisément différencié des autres risques dans le domaine des soins. Mais pour ne pas favoriser unilatéralement, du point de vue de l'assurance, le traitement hospitalier et pour ne pas contribuer à rendre plus fréquente cette forme coûteuse de traitement, il faut comprendre dans l'assurance les examens et traitements qui ne sont pas exécutés à l'hôpital mais qui, selon leur fonction et les dépenses qu'ils entraînent, sont assimilables à un traitement hospitalier. A cet égard, nous songeons avant tout aux soins à domicile de longue durée, aux traitements post-hospitaliers ou aux examens et traitements coûteux (opération, rayons, etc.) qui peuvent aussi être appliqués ambulatoirement. Il appartiendra au législateur de trouver une définition concrète de ces risques; il devra déterminer dans quelle mesure le genre de traitement, la forme de la maladie et le montant des frais doivent être pris en considération. Au surplus, nous prévoyons de charger cette année un groupe de spécialistes d'élaborer une définition du gros risque; cette définition devra être utilisable pour la législation et pour la pratique et être fondée sur le texte constitutionnel proposé.

Pour financer l'assurance-gros risques, le contre-projet prévoit des cotisations des assurés dont la moitié, pour les salariés, devrait être prise en charge par l'employeur. Cette formule correspond à celle du nouvel article 34<sup>quater</sup> (2<sup>e</sup> al., let. a) et il paraîtrait dès lors naturel de choisir pour l'assurance-gros risques un système de cotisations analogue à celui qui est utilisé dans l'AVS/AI. Nous avons déjà indiqué qu'il faut créer, surtout dans l'assurance-gros risques, une péréquation sociale entre les assurés. Le financement par des cotisations en pour-cent du revenu selon le système de l'AVS/AI est un moyen approprié pour réaliser, dans ce domaine, une solidarité équitable entre les riches et les pauvres, entre les personnes seules et les familles et entre les hommes et les femmes. Mais le texte constitutionnel proposé n'exclut pas d'autres formes de cotisations. Ainsi l'on peut prévoir, pour les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative et surtout pour les personnes âgées, des cotisations fixes ou échelonnées selon la fortune ou le montant des rentes; de plus, le contre-projet permet que l'on exige des assurés exerçant une activité lucrative des cotisations fixes à côté de celles qui seront calculées en pour-cent du revenu. Le législateur devra réglementer dans le détail le système de cotisations, tout en tenant compte du caractère social de l'assurance.

Nous avons de plus examiné le point de savoir s'il fallait faire appel, pour assurer le financement, aux subventions des pouvoirs publics à côté des cotisa-

tions des assurés et des contributions de leurs employeurs. La motion Hofmann prévoit des subventions des pouvoirs publics, la part de la Confédération devant avant tout être couverte par les recettes d'impôts fédéraux sur les produits de consommation nocifs pour la santé; de même les motions Blatti et Naegeli demandent, d'ailleurs pour toute l'assurance, des subventions que la Confédération devrait financer par d'éventuels impôts à affectation spéciale (Blatti) ou par une imposition des produits d'usage courant ou non qui sont nuisibles à la santé ou non indispensables (Naegeli). Les interventions en faveur d'une imposition spéciale des biens nuisibles à la santé sont compréhensibles dans le contexte de l'assurance-maladie. Nous estimons cependant pour diverses raisons que le contre-projet ne devrait pas être alourdi par des normes prévoyant de nouveaux impôts ou des impôts complémentaires. Les impôts spéciaux de consommation doivent être limités à quelques produits de bon rapport. Dès lors, l'imposition du tabac et des boissons alcoolisées entrerait en ligne de compte. Aujourd'hui, l'imposition du tabac est déjà prévue dans la constitution (art. 41<sup>bis</sup>), comme celle des boissons distillées (art. 32<sup>bis</sup>) et de la bière (art. 41<sup>ter</sup>). Les recettes provenant des deux premiers impôts sont consacrées à l'AVS/AI (art. 34<sup>quater</sup>), mais, bien que ces impôts aient été augmentés, elles ne suffisent pas à couvrir la part de la Confédération dans ces assurances. Il ne serait pas rationnel de modifier cette affectation. Ainsi resterait la possibilité de donner à la Confédération par l'article 41<sup>bis</sup> de la constitution la compétence d'imposer, à titre supplémentaire, toutes les boissons alcooliques. Pareil impôt devrait toutefois tenir compte des charges fiscales existantes; son effet se ferait donc surtout sentir sur le vin, mais il faudrait alors tenir compte de la viticulture suisse. Dès lors, le produit d'un tel impôt supplémentaire sur les boissons ne pourrait atteindre qu'un montant modeste. Il faut constater à cet égard qu'aujourd'hui déjà, les boissons alcoolisées supportent annuellement une charge fiscale, y compris l'impôt sur le chiffre d'affaires, de l'ordre de 450 millions de francs, alors que les boissons sans alcool ne supportent pas de charge fiscale. Mais il faut surtout rappeler le sort de l'initiative du 30 octobre 1963 pour la lutte contre l'alcoolisme, qui voulait introduire un impôt général sur l'alcool: elle fut rejetée par une forte majorité du peuple et par tous les cantons lors de la votation populaire du 16 octobre 1966. Une nouvelle tentative dans ce domaine serait un trop lourd fardeau politique pour le contre-projet.

Si l'on quitte le domaine des impôts spéciaux de consommation, il faut constater que les solutions tendant à exploiter de nouvelles sources fiscales d'affectation pour financer les subventions fédérales à l'assurance-maladie seraient aussi difficilement réalisables. Le fait que l'article 41<sup>ter</sup> de la constitution limite à 1982 l'impôt sur le chiffre d'affaires s'oppose à la perception permanente d'un supplément à cet impôt. En outre, l'augmentation éventuelle du produit de l'impôt actuel sur le chiffre d'affaires devrait rester disponible pour financer les tâches générales de la Confédération, eu égard aux dépenses croissantes et à la diminution des recettes douanières; au reste, les montants maxima des taux fixés par le droit constitutionnel en vigueur pour l'impôt sur le chiffre d'affaires sont déjà atteints par la loi sur les mesures fiscales que les

Chambres fédérales ont approuvée lors de la session de mars 1973. Une augmentation de ces taux, fondée sur une nouvelle disposition constitutionnelle qu'il faudrait créer, rendrait difficile le passage à un autre système d'impôt sur la circulation des marchandises (système de la valeur ajoutée); en effet, plus les taux de l'ancien impôt sont élevés; plus le droit transitoire sera compliqué et plus le temps d'adaptation sera long. Enfin, il ne faut pas perdre de vue que la péréquation sociale est mieux et plus efficacement réalisée par des cotisations d'assurance en pour cent du revenu que par des impôts sur la circulation des marchandises. Nous avons également examiné la possibilité d'introduire dans la constitution la compétence pour la Confédération de percevoir un impôt sur les successions; mais, à notre avis, cet impôt n'entre pas en ligne de compte. Il se heurterait certainement à une vive résistance des cantons, qui y verraient une nouvelle ingérence de la Confédération dans le domaine des impôts directs, dont ils doivent pouvoir disposer entièrement. Il faut aussi rappeler à cet égard diverses interventions parlementaires récentes tendant à accorder aux cantons dans une plus large mesure que jusqu'ici, ou même totalement, le produit de l'impôt fédéral direct actuel (impôt de défense nationale).

Fondés sur ces motifs, nous proposons que l'assurance gros risques soit seulement financée par les cotisations des assurés et les contributions des employeurs, à l'instar de ce que la commission d'experts avait suggéré pour l'assurance-hospitalisation dans le «modèle de Flims».

Le montant des cotisations des assurés et des contributions de leurs employeurs dépend du système de prestations et de cotisations de l'assurance-gros risques. S'agissant de l'assurance-hospitalisation du «modèle de Flims», qui aurait englobé le traitement hospitalier depuis le 6<sup>e</sup> jour et qui aurait dû être financée par des cotisations en pour cent du revenu selon le système AVS/AI ainsi que par des cotisations en pour cent des rentes pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, la commission d'experts a estimé, pour la première période quadriennale de financement, le taux des cotisations à 1,8 à 2 pour cent du salaire en tout (y compris les contributions des employeurs) et à 2 pour cent de la rente de vieillesse. Puisque les prestations de l'assurance-gros risques prévue par le contre-projet sont plus étendues que celles du «modèle de Flims» et englobent, outre les traitements hospitaliers, les examens et traitements analogues coûteux, des cotisations d'environ 2,5 à 3 pour cent seraient nécessaires, étant toutefois entendu que l'employeur devrait prendre la moitié en charge pour les salariés.

#### **434 Deuxième alinéa, lettre b (assurance des soins médico-pharmaceutiques pour les autres risques)**

L'assurance des soins médico-pharmaceutiques pour les examens et traitements ne constituant pas de gros risques doit rester facultative sur le plan fédéral et être financée par les cotisations individuelles des assurés et par des subventions des pouvoirs publics à affectation précise. Au surplus, les cantons doivent avoir la faculté de déclarer l'assurance obligatoire en général ou pour certaines catégories de la population.

On a suggéré, dans le groupe d'experts, de ménager non seulement aux cantons, mais aussi à la Confédération, la possibilité de déclarer cette branche d'assurance partiellement ou totalement obligatoire. On a fait valoir que la compétence de la Confédération ne devrait pas diminuer par rapport à celle que lui confère l'actuel article constitutionnel; de plus, l'assurance-gros risques pourrait se révéler insuffisante et dès lors une assurance obligatoire, des soins médico-pharmaceutiques plus étendues, serait nécessaire. Il est exact que l'actuel article 34<sup>bis</sup> accorde à la Confédération la compétence générale, même si elle n'a jamais été utilisée, de déclarer l'assurance-maladie obligatoire en général ou pour certaines catégories de la population. Mais cette disposition constitutionnelle attribue uniquement une compétence, alors que le présent contre-projet a le caractère d'un programme et développe une certaine conception de l'assurance. Il nous paraît dès lors tout à fait justifié de distinguer clairement le domaine de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques qui doit être obligatoire sur le plan fédéral de celui qui doit être facultatif sur ce même plan; on ne saurait empêcher qu'une modification de cette conception nécessite une révision de la constitution. Vu les conditions actuelles, nous estimons qu'une assurance obligatoire sur le plan fédéral pour les examens et traitements ne comptant pas au nombre des gros risques n'est nécessaire ni socialement ni du point de vue de la politique de la santé. On peut laisser aux cantons le soin de décider s'ils veulent ou non une assurance obligatoire et de déterminer l'étendue de celle-ci. Au surplus, tant la motion Blatti que la motion Hofmann ne prévoient que la compétence des cantons pour décréter l'assurance obligatoire.

La réglementation future de cette branche d'assurance s'appuiera sur celle qui est actuellement en vigueur. Il faut en principe que chacun ait la possibilité de s'assurer pour ces risques. Les prestations assurées doivent être étendues comme nous l'avons mentionné plus haut (soins dentaires, accident, cf. chiffre 432). Le financement repose sur les conditions individuelles et les subventions de la Confédération et des cantons. Contrairement à ce qui se fait actuellement, ces subventions doivent, non pas être versées de manière générale, mais être destinées à diminuer les cotisations des catégories de la population à ressources modestes (petits revenus, grandes familles); le contre-projet correspond à cet égard aux motions Blatti et Hofmann. Les détails de cette assurance devront être fixés par la législation. Il faudra, ce faisant, trouver aussi une solution appropriée pour la participation des assurés aux frais de maladie; en outre, il faudra examiner s'il ne convient pas d'accorder à l'assuré un plus large choix de types d'assurance, surtout en ce qui concerne la participation aux frais et la couverture de certains risques.

#### **435 Deuxième alinéa, lettre c (assurance d'une indemnité journalière)**

La protection de l'assurance contre la perte de gain en cas de maladie et de maternité est aujourd'hui bien développée dans certaines professions, mais, considérée dans son ensemble, elle manque d'unité et présente des lacunes. Une

protection générale des salariés contre cette lourde menace économique est socialement justifiée; elle ne peut être atteinte que par une réglementation légale, et non par les contrats de travail. Dès lors, le contre-projet prévoit l'introduction d'une assurance obligatoire portant sur une indemnité journalière pour les salariés. Dans cette mesure, il est en harmonie avec l'initiative populaire et la motion Hofmann.

Il appartiendra au législateur de régler dans le détail l'assurance obligatoire portant sur une indemnité journalière. Il devra avant tout déterminer si et dans quelle mesure les personnes occupées à temps partiel doivent être assujetties à l'assurance. De plus, il devra définir le montant et la durée des prestations; à cet égard, une coordination avec le salaire versé par l'employeur, avec les prestations correspondantes de l'assurance-accidents et avec les rentes de l'AI s'impose. Le contre-projet prévoit, pour le financement, des cotisations par moitié à la charge du salarié et à celle de l'employeur. Il n'est pas question de subventions des pouvoirs publics pour cette branche d'assurance. D'après le «modèle de Flims», l'assurance obligatoire portant sur une indemnité journalière pour les salariés aurait dû verser ses prestations d'un montant de 80 pour cent du salaire dès le 31<sup>e</sup> jour d'incapacité de travail dans la règle; elle aurait été financée par les cotisations des salariés et les contributions des employeurs de 1,3 pour cent du salaire en tout, selon les estimations. Cette solution pourrait être réalisée sur la base du texte constitutionnel que nous proposons.

Il est possible qu'une assurance obligatoire portant sur une indemnité journalière se révèle nécessaire pour d'autres groupes de la population, en particulier pour certaines catégories d'indépendants. Le contre-projet prévoit, en vue d'une pareille éventualité, que la Confédération et, au cas où elle n'en ferait pas usage, les cantons peuvent étendre l'assurance obligatoire portant sur une indemnité journalière à d'autres catégories de la population. Au surplus, il va de soi que les caisses-maladie peuvent continuer à gérer une assurance facultative.

#### 436 Troisième alinéa (assurance-accident)

Comme nous l'avons mentionné plus haut, seuls deux tiers des salariés sont actuellement assurés à titre obligatoire et de manière complète contre les accidents. Cette inégalité de traitement n'est pas justifiée à la longue. C'est pourquoi le contre-projet prévoit – comme l'initiative populaire et les motions Blatti et Hofmann – une assurance-accidents obligatoire pour tous les salariés. Le texte constitutionnel proposé ne fixe qu'une règle d'organisation de cette assurance: l'assurance des accidents professionnels, qui remplace la responsabilité civile de l'employeur, doit être à la charge de celui-ci. Le législateur devra régler le sort des personnes occupées à temps partiel et déterminer les prestations en nature et en espèces ainsi que le financement; il faudra s'efforcer à cet égard d'avoir pour tous les salariés une couverture d'assurance contre le risque d'accident aussi semblable que possible. La commission d'experts chargée d'examiner la revision de l'assurance-accidents terminera sous peu ses travaux et

publiera ses propositions de révision et d'extension de l'assurance-accidents obligatoire; la procédure de consultation montrera ensuite si ces propositions constituent une base appropriée d'un nouveau régime d'assurance-accidents obligatoire.

Une assurance-accidents obligatoire peut aussi se révéler nécessaire pour d'autres groupes de la population que les salariés, par ex., pour certains indépendants ou pour les enfants. La Confédération ou les cantons doivent dès lors avoir la faculté d'étendre, le cas échéant, l'assurance obligatoire à ces groupes de personnes.

#### 437 Quatrième alinéa (assurance et santé publique)

Cette disposition autorise la Confédération à prendre diverses mesures destinées à promouvoir une bonne coordination entre l'assurance et la santé publique et à avoir barre sur l'expansion des frais dans ces deux domaines. Il sera donc indispensable d'observer avec exactitude l'évolution des frais et d'analyser celle-ci, ce qui suppose l'établissement de documents statistiques.

La Confédération doit d'abord veiller à une application économique de l'assurance. Dès lors, elle ne doit pas seulement surveiller la gestion rationnelle des assureurs, mais avant tout créer les moyens légaux pour que l'assurance n'ait pas à supporter des soins médico-pharmaceutiques, (examens, traitements, médicaments, analyses) dont le prix ou l'étendue ne sont pas adaptés à leur but diagnostique ou thérapeutique. Pareille réglementation existe déjà dans la législation en vigueur, par exemple pour le choix des médicaments et pour les traitements économiques (art. 23 LAMA).

De plus, la Confédération doit encourager la planification hospitalière sur le plan national et, ce faisant, s'opposer en étroite collaboration avec les cantons aux investissements non justifiés qui font augmenter les frais. Il faudra encore examiner avec soin par quels moyens cela doit être réalisé, soit par des subsides destinés à certains investissements, comme le suggèrent le «modèle de Flims» et la motion Hofmann, soit par d'autres moyens (p. ex. par une tarification différenciée). Le législateur aura ensuite à le préciser.

Au surplus, la Confédération doit soutenir les efforts des cantons qui tendent à garantir des services médicaux suffisants. On s'efforce par là non d'étendre les services médicaux, mais de les répartir judicieusement à l'échelon régional; il faut avant tout faciliter l'établissement des personnes exerçant une activité médicale dans des contrées montagneuses et dans celles où les services médicaux menacent de ne pas être suffisants, par le subventionnement des indemnités annuelles et par d'autres mesures analogues.

Enfin, la Confédération doit encourager les mesures de prévention des maladies et des accidents et limiter de ce fait les dommages à la santé que l'assurance doit couvrir. Cela peut être réalisé soit par des mesures préventives mises à la charge de l'assurance (cf. 2<sup>e</sup> alinéa, phrase d'introduction), soit par le soutien financier de mesures générales, soit, surtout en matière de prévention des accidents, par une disposition prévoyant que la Confédération ordonne et coordonne ces mesures.

#### 44 Appréciation d'ensemble

Le contre-projet contient les principes directeurs de la future assurance-maladie, maternité et accidents, mais il laisse au législateur – il ne peut en être autrement d'une disposition constitutionnelle – une marge suffisante pour créer une réglementation adaptée aux données concrètes. Du point de vue social, du point de vue de la santé publique et de la politique financière, le contre-projet mérite la préférence, que ce soit par rapport à l'initiative populaire ou à la législation en vigueur.

Du point de vue social, le contre-projet offre la protection de l'assurance pour les risques de maladie et d'accident représentant une menace économique. Il prévoit une assurance des soins médico-pharmaceutiques qui s'étend à toute la population pour les gros risques (traitement hospitalier et examens et traitements analogues coûteux), une assurance portant sur une indemnité journalière (assurance-perte de salaire) et une assurance-accidents englobant tous les salariés. L'assurance des soins médico-pharmaceutiques demeure en principe facultative pour les prestations qui ne comptent pas au nombre des gros risques. Les prestations de cette assurance doivent être complétées, avant tout dans le domaine des examens de médecine préventive et dans celui des soins dentaires; le législateur a toutefois la liberté de prévoir de plus amples améliorations, dans le sens des propositions non attaquées du «modèle de Flims». La péréquation sociale est améliorée par le financement de l'assurance-gros risques par des cotisations en pour-cent du revenu et par des subventions d'affectation à l'assurance des soins médico-pharmaceutiques pour les autres risques.

Du point de vue de la politique de la santé, le système d'assurance-maladie ébauché dans le contre-projet n'est pas une invitation à une plus grande consommation médicale puisqu'il ne prévoit une assurance obligatoire financée par des cotisations en pour-cent du revenu que pour les gros risques qui peuvent être relativement aisément définis de manière objective; pour le surplus, il conserve une assurance individuelle en principe facultative et ainsi la responsabilité individuelle n'est pas diminuée. De plus, la Confédération a la possibilité d'encourager par des mesures spécifiques une application plus générale des principes économiques dans la gestion de l'assurance et dans la politique de la santé publique.

Du point de vue financier, l'assuré continue à supporter – compte tenu de la situation économique – la charge principale de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques et les dépenses pour l'assurance des accidents non professionnels. L'assurance-gros risques apporte à l'employeur une charge supplémentaire qui, selon les évaluations, devrait se monter de 1,25 à 1,5 pour cent du salaire. L'assurance d'une indemnité journalière et l'assurance-accidents n'apporteront guère de charges supplémentaires notables à l'employeur qui jusqu'ici a fait preuve de sens social. Les montants à la charge de la Confédération ne devraient guère excéder ce qu'ils sont actuellement; par ailleurs, l'assurance-gros risques prévue permet une répartition judicieuse des charges provenant des hôpitaux entre l'assurance et la collectivité.

Un nouveau régime d'assurance-maladie et accidents va inévitablement à l'encontre de multiples vœux et intérêts qui se contredisent d'ailleurs, en partie, entre eux; le contre-projet présente une conception qui tient compte des desiderata les plus importants; il peut être qualifié à la fois de moderne et d'appréié à la situation.

## 5 Remarques finales

### 51 Propositions concernant le classement des motions

Le présent message est également un rapport sur les motions Blatti (11427), Hofmann (11514) et Naegeli (11530), qui n'ont pas encore été traitées par les Chambres. Ces motions sont en partie réalisées par le contre-projet que nous proposons. Lorsque tel n'est pas le cas, le présent message indique les raisons qui s'y opposent. Nous vous proposons dès lors de classer ces motions.

### 52 Proposition

Vu les considérations qui précèdent, nous vous proposons de soumettre l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie à la votation du peuple et des cantons, en leur recommandant de rejeter l'initiative et d'accepter le contre-projet. Le projet d'arrêté fédéral est joint au présent message.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Berne, le 19 mars 1973

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération,

**Bonvin**

Le chancelier de la Confédération,

**Huber**

(Projet)

**Arrêté fédéral**  
**concernant l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie**  
**et**  
**la revision de la constitution en matière**  
**d'assurance-maladie, accidents et maternité**

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*

vu les articles 85, chiffre 14, 118 et 121 de la constitution fédérale;

vu l'article 27 de la loi du 23 mars 1962<sup>1)</sup> sur les rapports entre les conseils;

après avoir examiné l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie, déposée le 31 mars 1970;

vu le message et le rapport du Conseil fédéral du 19 mars 1973<sup>2)</sup>,

*arrête:*

**Article premier**

L'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie, du 31 mars 1970, est soumise à la votation du peuple et des cantons.

Elle a la teneur suivante:

<sup>1</sup> La Confédération institue par voie législative, en tenant compte des caisses-maladie existantes, l'assurance en cas de maladie et de maternité, ainsi que l'assurance en cas d'accidents.

<sup>2</sup> L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, y compris les soins dentaires, est obligatoire. Dans les cas de maladies coûteuses ou de longue durée, d'accidents répondant aux mêmes critères et non assurés au sens du 4<sup>e</sup> alinéa, d'hospitalisation et de maternité, elle couvre, en application des principes définis par la loi, la totalité des frais.

<sup>1)</sup> RO 1962 811

<sup>2)</sup> FF 1973 I 908

<sup>3</sup> L'assurance de la perte de gain est obligatoire au moins dans les cas prévus au 2<sup>e</sup> alinéa. Ses prestations s'élèvent à 80 pour cent au moins du revenu réalisé précédemment; pour les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative, elles sont au moins égales aux indemnités journalières de l'assurance en cas d'invalidité. Le plafond du revenu assurable est fixé par la loi.

<sup>4</sup> L'assurance en cas d'accidents est obligatoire pour tous les travailleurs. La Confédération peut étendre l'obligation à d'autres catégories de personnes.

<sup>5</sup> Les prestations prévues aux alinéas 2 et 3 sont financées par des contributions de la Confédération, des cantons et des assurés. Pour les personnes exerçant une activité lucrative et pour leurs familles, la cotisation est fixée en pour-cent du revenu du travail. L'employeur prend à sa charge la moitié au moins de la cotisation des travailleurs.

<sup>6</sup> La Confédération et les institutions d'assurance encouragent toutes mesures utiles à la prévention des maladies et des accidents.

<sup>7</sup> La Confédération coordonne l'organisation de ces assurances avec les autres branches des assurances sociales.

<sup>8</sup> Le surplus est réglé par la loi.

## Art. 2

Le contre-projet de l'Assemblée fédérale est soumis simultanément à la votation du peuple et des cantons.

Il a la teneur suivante:

### I

L'article 34<sup>bis</sup> de la Constitution fédérale est modifié comme il suit:

<sup>1</sup> La Confédération introduit par voie législative une assurance sociale en cas de maladie et d'accident. Ce faisant, elle tient compte des caisses-maladie existantes et sauvegarde en principe la faculté de choisir librement les personnes exerçant une activité dans le domaine médical, ainsi que la liberté de traitement de ces personnes.

<sup>2</sup> L'assurance-maladie verse des prestations pour la prophylaxie ainsi que des prestations pour soins et en espèces en cas de maladie, y compris les affections dentaires, de maternité et, s'il n'y a pas d'autre assurance, d'accident. Elle doit être conçue comme il suit:

- a. L'assurance pour les traitements hospitaliers et pour les traitements et examens analogues coûteux est obligatoire pour l'ensemble de la population. Elle est financée par les cotisations des assurés. L'employeur prend à sa charge la moitié des cotisations des salariés.

- b. L'assurance pour les autres examens et traitements est facultative sur le plan fédéral. Elle est financée par les cotisations des assurés ainsi que par les subventions de la Confédération et des cantons. La Confédération et les cantons doivent en particulier veiller à ce que les catégories de la population à ressources modestes puissent s'assurer à des conditions raisonnables. Les cantons peuvent déclarer l'assurance obligatoire en général ou pour certaines catégories de la population.
- c. L'assurance d'une indemnité journalière est obligatoire pour les salariés. La Confédération ou les cantons peuvent étendre l'assurance obligatoire à d'autres catégories de la population. L'assurance est financée par les cotisations des assurés. L'employeur prend à sa charge la moitié des cotisations des salariés.

<sup>3</sup> L'assurance-accidents est obligatoire pour les salariés. La Confédération ou les cantons peuvent étendre l'assurance obligatoire à d'autres catégories de la population. L'assurance contre les accidents professionnels est à la charge de l'employeur.

<sup>4</sup> La Confédération veille à ce que l'assurance soit appliquée de manière économique et encourage une planification hospitalière sur le plan national. Elle soutient les efforts des cantons tendant à garantir des services médicaux suffisants dans toutes les régions du pays et elle encourage les mesures de prévention des maladies et des accidents.

## II

L'article 34<sup>quinquies</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa de la Constitution fédérale est abrogé.

### Art. 3

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative populaire et d'accepter son contre-projet.

### Art. 4

Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution.

**Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet modifiant la constitution fédérale dans le domaine de l'assurance-maladie, accidents et maternité et rapport sur l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie (Du 1...**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1973
Année	
Anno	
Band	1
Volume	
Volume	
Heft	14
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	11572
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	09.04.1973
Date	
Data	
Seite	908-955
Page	
Pagina	
Ref. No	10 100 505

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.