Zeitschrift: Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
Herausgeber: Union syndicale suisse
Band: 19 (1927)
Heft: 10

Artikel: La réglementation internationale de l'assurance-maladie
Autor: Seiler, Jean
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-383661

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 21.07.2025

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

d'accord à régler toute chose dans l'intérêt général de l'industrie horlogère. Cette bonne volonté des ouvriers se heurta à l'opposition la plus formelle et les contrats prirent fin deux ans après leur signature. Un seul resta debout; ce fut celui signé avec la Fédération des fabricants de boîtes d'argent.

L'absence de contrat ne sauva en tout cas pas les fabricants de l'industrie horlogère des pires luttes et le but espéré ne fut cependant pas atteint, puisque la F. O. M. H. resta solide au milieu de la tempête.

Nous pensons, en manière de conclusion, que l'expérience n'est pas finie, qu'elle reprendra sous une forme plus nette et plus générale. D'ailleurs le Code fédéral des obligations a précisé ce droit dans son article 323, disant: « Le contrat de travail que passent des ouvriers et des employeurs liés par un contrat collectif est nul dans la mesure qu'il déroge à celui-ci. Les clauses nulles sont remplacées par celles du contrat collectif. »

Est-il une conclusion plus éloquente que celle du Code fédéral des obligations pour parler en faveur du contrat collectif et de la juste conception de ceux qui ont collaboré à son introduction?

Nous ne le croyons pas. Le contrat collectif reste un acte d'avenir.

La réglementation internationale de l'assurance-maladie.

Par *Jean Seiler*,
Membre de la division des recherches du Bureau international du travail.

Les résultats positifs de la Conférence sont l'adoption de deux conventions et d'une recommandation sur l'assurance-maladie. Ces textes, avec ceux votés en 1925 relatifs à la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, sont l'exécution d'une partie déjà importante de l'œuvre entreprise par l'Organisation internationale du travail en vue de protéger l'ouvrier et sa famille contre les risques du travail et de la vie. * Pourtant, cet effort de

* En vertu de la Partie XIII du Traité de paix, la Conférence internationale du travail peut formuler ses décisions soit sous forme de *projets de convention*, soit sous forme de *recommandations*.

Le *projet de convention* doit obligatoirement être soumis au Parlement de chaque Etat en vue de ratification. Les ratifications sont enregistrées par le Secrétariat général de la Société des nations et constituent un engagement juridique international entre les Etats qui ont ratifié. Tout Etat qui ratifie une convention doit l'appliquer et modifier, s'il y a lieu, sa législation nationale. En cas de non application, une plainte peut être formulée par un autre Etat et, après avis d'une commission internationale d'enquête, donner lieu à des sanctions économiques contre l'Etat défaillant.

La *recommandation* est, comme son nom l'indique, un conseil donné par la Conférence aux Etats. Elle n'implique pas une ratification formelle, les Etats étant simplement tenus d'informer le secrétaire général de la Société des nations des mesures prises pour son exécution. En pratique, les recommandations dégagent les résultats des expériences nationales, formulent des principes sociaux et dressent des programmes de réformes à accomplir même par les Etats les plus avancés.

quatre ans ne représente qu'une partie de la tâche que comporte pour l'Organisation internationale du travail l'établissement d'une réglementation relative à l'ensemble des branches d'assurance sociale.

Aussi, dans un avenir prochain, la Conférence aura-t-elle à fixer les garanties minima que les Etats-membres de l'Organisation internationale du travail devront accorder aux chômeurs, ainsi qu'aux invalides, aux vieillards et aux survivants.

* * *

Sur la méthode même de son intervention dans le domaine des assurances sociales, deux questions ont été parfois posées au Bureau international du travail: Quels sont les motifs qui ont incité l'O. I. T. à procéder par étapes, et quelles raisons justifient une décision concernant l'assurance-maladie à une époque où l'assurance-invalidité-vieillesse et décès est à l'ordre du jour dans divers Etats, et particulièrement en Suisse?

A la première question, nous devrons répondre que sous peine d'échec, l'Organisation internationale du travail a l'obligation de mesurer avec le plus grand soin l'effort de progrès social qu'elle demande aux différents Etats-membres. D'autre part, la nécessité d'étudier séparément les divers risques tient à ce qu'en dépit des progrès remarquables de l'action législative en matière d'assurances sociales, des différences trop profondes subsistent encore entre les divers systèmes nationaux; aussi bien au sujet de la *nature du risque couvert* que de *l'étendue du champ d'application* et de la *valeur des garanties* accordées par chaque législation nationale à ses ressortissants.

L'autre question est affaire de méthode. N'est-il pas raisonnable et profitable d'établir tout d'abord un niveau suffisant de protection contre les risques qui se réalisent le plus fréquemment, tels l'accident du travail — menace constante en dépit des mesures préventives — et la maladie, dont on sait qu'elle constitue un risque qui se réalise en moyenne une fois tous les deux ans pour chaque travailleur, et plusieurs fois par an pour l'ensemble des membres d'une même famille.

C'est donc la préoccupation de sauvegarder avant tout la santé de la population et la capacité de travail de l'ouvrier, éléments essentiels d'une saine économie nationale, qui a inspiré la politique que l'Organisation internationale du travail suit depuis 1923 en matière d'assurances sociales.

Affaire de méthode, avons-nous dit, affaire de bon sens pourrions-nous ajouter, qui consiste à construire en commençant par la base.

* * *

Le but de la réglementation internationale de l'assurance-maladie n'est pas de hausser le niveau des législations nationales à celui du meilleur système en vigueur, mais établir, après de solides

études comparatives, le minimum de protection qui doit être universellement adopté.

Dans le cas de l'assurance-maladie, les critères retenus par le Bureau international du travail en vue de la réalisation d'un tel but furent les suivants:

1o système d'assurance (obligatoire ou facultatif);
2o détermination des groupes de travailleurs auxquels la protection de l'assurance est nécessaire;
3o l'extension des soins médicaux à la famille ouvrière;
4o étendue des garanties assurées aux malades, en considérant:
a) la durée et la valeur des prestations en espèces,
b) la durée et la nature des soins prodigués aux malades par l'intermédiaire de l'institution d'assurance;
5o l'organisation suffisante des services médicaux de l'assurance;
6o le type d'institution d'assurance le plus apte à un bon fonctionnement;
7o les méthodes de gestion;
8o l'origine des ressources et la répartition des charges dans l'économie nationale;
9o la simplification et la gratuité de la procédure devant les tribunaux d'assurance, notamment en ce qui concerne les conflits relatifs aux prestations.

* * *

Ces divers critères sont-ils exacts, suffisants? Si oui, dans quelle mesure les textes élaborés par la Conférence répondent-ils sur chacun de ces points aux besoins essentiels ressentis par les travailleurs et aux possibilités pour la collectivité d'y satisfaire?

Voici la nature du débat qui s'ouvre sur l'œuvre de la Xme session de la Conférence internationale du travail.

* * *

Avant d'appuyer ou de réfuter les critiques que les décisions de la Conférence ont provoquées en Suisse, il est indispensable d'examiner point par point les textes de projet de convention et de recommandation.

1. Le système d'assurance.

La réglementation internationale de l'assurance-maladie sera fondée sur l'obligation.

Ainsi en a décidé la Conférence en se basant sur les expériences réalisées dans un grand nombre d'Etats et en tenant compte de l'orientation actuelle de l'action législative.

Est-ce à dire que la Conférence ait méconnu ou négligé les résultats obtenus dans divers Etats, notamment au Danemark et en Suisse par le système d'assurance-maladie libre subsidiée par l'Etat? Non point. Ce dont la Conférence s'est justement rendu compte, c'est qu'elle se trouvait devant deux systèmes très particuliers et qu'il ne convenait pas d'en tirer des conclusions générales.

Au Danemark, le succès du système d'assurance libre résulte en grande partie de l'application d'une série de mesures destinées à développer l'hygiène publique et reste dû aux fortes subventions accordées par l'Etat aux caisses-maladie (un tiers des dépenses).

En Suisse, le régime d'assurance populaire en cas de maladie n'est pas, à vrai dire, un système d'assurance libre. C'est plutôt un système mixte puisque si, par sa nature, la loi fédérale du 13 juin 1911 (première partie) est une loi de subvention à l'assurance-maladie, le législateur a cependant laissé aux cantons le droit de légiférer en matière d'assurance-maladie obligatoire.

Or, 19 cantons suisses sur 22 ont déjà usé de cette faculté, soit pour déclarer obligatoire l'assurance en cas de maladie pour certaines catégories de personnes, soit pour céder leur compétence aux communes. Actuellement, sur 1,160,716 personnes assurées contre la maladie, on peut estimer à 200,000 le nombre des assurés obligatoires. Vraisemblablement ce dernier chiffre s'élèvera à 350,000 lorsque les dernières lois cantonales votées en 1926 seront entrées en vigueur.

Aussi ne saurait-on interpréter les résultats obtenus en Suisse comme un succès entièrement dû au système de l'assurance-maladie libre.

Par ailleurs, le principe de l'assurance obligatoire est depuis longtemps adopté et pratiqué en Suisse. Il est inscrit à la base de la grande loi d'assurance en cas d'accidents (partie 2 de la loi fédérale du 13 juin 1911) et les pouvoirs publics l'ont retenu en vue de la rédaction définitive de la loi sur l'assurance en faveur des vieillards et des survivants. Ce n'est donc pas, ainsi que l'a fait remarquer M. le Dr Giorgio, délégué gouvernemental suisse, par opposition de principe que la délégation gouvernementale suisse n'a pu s'associer au vote en faveur de l'assurance obligatoire, mais uniquement en raison de l'existence de son système actuel d'assurance-maladie.

2. *Détermination des groupes de travailleurs auxquels la protection de l'assurance est nécessaire.*

Cette question que nous appellerons en terme technique « le cercle des assurés » constitue le centre de gravité de la réglementation internationale de l'assurance sociale en général et de l'assurance-maladie en particulier.

Appliquée d'abord aux travailleurs de certaines industries (mines, transports maritimes), puis à l'ensemble des travailleurs industriels, l'obligation vise maintenant les salariés de l'industrie et du commerce dans dix-huit Etats et les salariés de l'agriculture dans onze Etats. Les législations d'assurance-maladie obligatoire déterminent très généralement leur champ d'application en tenant compte principalement du contrat de travail; elles visent essentiellement la classe des salariés et n'imposent l'obligation d'assurance qu'exceptionnellement à des catégories restreintes de non-

salariés; elles abandonnent délibérément le système de l'énumération des branches d'activité économique ou des catégories professionnelles et déterminent le cercle des assurés au moyen d'une formule simple, imposant l'obligation d'assurance pour les salariés en général.

La Commission et la Conférence, d'accord avec les propositions du Bureau, ont adopté sans discussion ni opposition, le système moderne de délimitation du cercle des assurés par une formule générale. Les articles 2 des deux projets de convention stipulent que « l'assurance-maladie obligatoire s'applique aux ouvriers, employés et apprentis des entreprises agricoles, aux travailleurs à domicile et aux gens de maison ».

Cependant, le développement de l'assurance ouvrière est très inégal selon les pays, comme le montre le tableau suivant, dressé en utilisant les rapports les plus récents des services ou offices centraux d'assurance-maladie:

Pays		Relation entre le nombre total des assurés et		Relation entre le nombre des assurés obligatoires et la population salariée %
		la population totale %	la population active %	
Allemagne	1925	32	62,5	76,8
Autriche	1925	34,3	63,2	75
Bulgarie	1925	4,74	8,73	56,34
Grande-Bretagne	1925	35	77,8	77,6
Hongrie	1924	13,9	29,5	52,4
Pologne	1926	7	22,9	44,4
Tchécoslovaquie	1924	19,25	43,23	65,54

Ces différences considérables s'expliquent, non seulement par l'importance variable du salariat dans la population de chaque pays, mais aussi par l'effet des limites qui, dans les divers systèmes, viennent restreindre la portée de la formule générale de l'assurance-maladie obligatoire. Ces restrictions visent l'exclusion de certaines grandes branches d'activité économique (agriculture) ou de certains groupes de travailleurs: travailleurs à domicile, personnel domestique, travailleurs temporaires, travailleurs saisonniers, etc.

Aussi le Bureau, tenant compte de l'existence de ces dérogations et restrictions dans les législations nationales, et afin de ne pas rendre impossible pour de nombreux pays le vote et la ratification des projets de convention, avait jugé indispensable de laisser la liberté à chaque Etat de prévoir dans sa législation telles exceptions qu'il estimerait nécessaires en ce qui concerne:

« *a)* les emplois temporaires dont la durée n'atteint pas une limite que pourra fixer la législation nationale, les emplois irréguliers étrangers à la profession ou à l'entreprise de l'employeur, les emplois occasionnels et les emplois accessoires;

b) les travailleurs dont le salaire ou le revenu dépasse une limite qui peut être fixée par la législation nationale;

c) les travailleurs qui ne reçoivent pas de rémunération en espèces;

d) les travailleurs à domicile dont les conditions de travail ne peuvent être assimilées à celles des salariés;

e) les travailleurs qui n'ont pas atteint ou qui ont dépassé des limites d'âge que peut fixer la législation nationale;

f) les membres de la famille de l'employeur. »

Cette liste de dérogations a donné lieu à une douzaine d'amendements: amendements patronaux tendant à accroître le nombre et la limite des restrictions; amendements ouvriers tendant à les atténuer ou à les supprimer, et amendements gouvernementaux ayant surtout pour but d'insérer dans les projets de convention certaines formules des lois nationales non seulement dans leur esprit, mais dans leur lettre.

Après une discussion longue et parfois confuse et devant l'impossibilité d'aboutir à un accord sur des propositions si nombreuses et si opposées, tous les amendements furent retirés et le texte du Bureau adopté par 35 voix contre 2.

Cette liste de dérogations autorisées est longue, et on peut craindre qu'elle ne détruise la valeur de la formule générale d'assurance obligatoire des salariés. Il n'en est rien cependant, car, si les groupes professionnels énumérés sont nombreux, ils sont, dans la plupart des cas, peu importants. Et puis, progressivement, les restrictions et dérogations disparaissent des législations nationales, qui tendent à englober les travailleurs domestiques, dont les relations avec l'employeur perdent rapidement leur caractère familial, et les travailleurs à domicile, dont la situation juridique devient plus précise. Par ailleurs, les institutions d'assurance acquièrent rapidement une grande expérience pratique et ne reculent plus devant certaines difficultés soulevées par l'assurance des travailleurs qui changent fréquemment d'employeurs. Avec la généralisation et l'adaptation du précompte pour le payement des contributions, le bénéfice de l'assurance obligatoire est de plus en plus fréquemment accordé aux travailleurs temporaires et aux travailleurs saisonniers, avec une limite minimum de durée d'engagement plus courte.

La Conférence a formulé sa véritable opinion à ce sujet dans le chapitre premier de la Recommandation. Libérée des lourdes préoccupations de vote et de ratification qui l'obligent à limiter la portée des textes des conventions, elle a tracé de la manière suivante les règles fondamentales qui devraient présider à la délimitation du cercle des assurés:

« L'assurance-maladie devrait comprendre, sans distinction d'âge et de sexe, toute personne qui exécute des travaux à titre professionnel et en vertu d'un contrat de travail ou d'apprentissage. (Recommandation, § 1.)

Si, cependant, il est jugé opportun de fixer des limites d'âge, en raison de la protection légale ou de fait déjà accordée aux travailleurs qui se trouvent en deçà ou au delà de ces limites, ces limitations ne doivent exclure ni les jeunes gens qui ne peuvent normalement être considérés comme à la charge

de leurs familles, ni les travailleurs qui n'ont pas encore atteint l'âge de la pension de vieillesse;

Si, d'autre part, des exceptions sont prévues en ce qui concerne les travailleurs dont la rémunération ou le revenu dépasse une limite déterminée, elles ne devront viser que les travailleurs dont la rémunération ou le revenu atteint une limite au delà de laquelle les travailleurs peuvent raisonnablement être considérés comme capables de faire face par eux-mêmes au risque de maladie.» (Recommandation, § 2.)

Ainsi, on peut dire que la formule générale de l'obligation d'assurance sans restrictions, ni conditions relatives aux branches d'activité économique, aux entreprises, au caractère et à la durée du travail, recueille l'adhésion générale et que l'assurance-maladie obligatoire visera nettement dans l'avenir à englober l'ensemble des salariés ou, tout au moins, l'ensemble des salariés économiquement faibles.

3. L'extension des soins médicaux à la famille ouvrière.

La protection contre la maladie doit aussi s'étendre à la famille de l'assuré. De nombreuses législations ont reconnu ce principe et l'ont appliqué. A son tour, la Conférence l'a fait sien en repoussant à une forte majorité un amendement présenté par le délégué patronal suisse comportant la suppression, dans les projets de convention, de toutes prescriptions relatives aux prestations médicales en faveur des membres de la famille de l'assuré.

La commission de l'assurance-maladie a examiné diverses modalités de réalisation, notamment celle présentée par le délégué gouvernemental français, M. Justin Godart, qui exprimait l'opinion que dans l'état actuel des institutions nationales, seule l'assurance-maladie est pratiquement capable d'organiser une assistance médicale efficace pour la famille ouvrière.

L'autre thèse, soutenue par le délégué gouvernemental britannique, estimait que la protection de la famille devait être obtenue par la constitution d'un service social nouveau étendant son action à toutes les classes de la population laborieuse et non seulement aux salariés. A l'appui de cette opinion, le délégué gouvernemental britannique exprimait l'espoir que dans un avenir prochain la Grande-Bretagne serait en mesure d'organiser ce service malgré les lourdes charges qu'il comportera. Ne croyant pouvoir se prononcer en faveur de l'un ou l'autre système, la Conférence a cependant tenu à marquer tout l'intérêt qu'elle attache à la solution de ce problème en insérant dans la recommandation la disposition suivante:

«En vue de maintenir l'assuré et sa famille dans de bonnes conditions d'hygiène, les membres de la famille de l'assuré vivant dans son ménage et à sa charge devraient bénéficier de l'assistance médicale chaque fois que cela est pratiquement possible.»

4. Etendue des prestations assurées aux malades.

Les garanties minima qui devront être accordées aux assurés malades, comprendront des prestations en espèces ainsi que les soins médicaux nécessaires.

a) Durée et valeur des prestations en espèces.

C'est l'objet de l'art. 3 des projets de convention ainsi rédigé:

« L'assuré incapable de travailler par suite de l'état anormal de sa santé physique ou mentale a droit à une indemnité en espèces au moins pendant les vingt-six premières semaines d'incapacité à compter du premier jour indemnisé.

L'attribution de l'indemnité peut être subordonnée à l'accomplissement par l'assuré d'un stage et à l'expiration d'un délai d'attente de trois jours au plus.

L'indemnité peut être suspendue:

a) lorsque l'assuré reçoit déjà, par ailleurs, en vertu de la loi, et pour la même maladie, une autre allocation; la suspension sera totale ou partielle selon que cette dernière allocation sera équivalente ou inférieure à l'indemnité prévue par le présent article:

b) aussi longtemps que l'assuré ne subit pas, du fait de son incapacité, de perte de revenu normal de travail ou qu'il est entretenu aux frais de l'assurance ou de fonds publics; toutefois, la suspension de l'indemnité ne sera que partielle lorsque l'assuré ainsi entretenu personnellement a des charges de famille;

c) aussi longtemps que l'assuré refuse d'observer, sans motif valable, les prescriptions médicales et les instructions relatives à la conduite des malades ou se soustrait sans autorisation et volontairement au contrôle de l'institution d'assurance.

L'indemnité peut être réduite ou supprimée en cas de maladie résultant d'une faute intentionnelle de l'assuré. »

On ne manquera pas d'observer que, si le texte fixe la durée de l'indemnité, il n'en fixe pas la valeur. Bien que ce soit par esprit de conciliation entre les conceptions continentales et insulaires du rôle de l'indemnité que la Conférence ait obtenu d'en déterminer la valeur, c'est là, il faut le reconnaître, un des points faibles de l'œuvre accomplie par la Conférence portant celle-ci à formuler son opinion dans la recommandation dans une forme bien explicite:

« En vue de hâter le rétablissement de la santé de l'assuré devenu incapable de gain, l'indemnité en espèces destinée à compenser le salaire perdu doit être suffisante.

A cet effet, l'indemnité légale devrait être, en général, fixée en fonction du salaire habituel dont l'assurance tient compte et comporter une fraction substantielle de ce salaire, eu égard aux charges de famille. Cependant, dans les pays où les travailleurs ont la faculté et l'habitude de se procurer par ailleurs un complément d'indemnité, il peut être opportun de fixer l'indemnité légale indépendamment du salaire.

L'indemnité légale devrait être accordée au moins pendant les vingt-six premières semaines d'incapacité à compter du premier jour indemnisé; toutefois, la durée de l'indemnité devrait être portée jusqu'à une année en cas de maladies graves et persistantes, ainsi que dans le cas où les assurés ne bénéficient pas de prestations de l'assurance-invalidité à l'expiration du droit à l'indemnité de maladie.

L'institution d'assurance qui justifie d'une bonne gestion financière devrait être autorisée:

a) à majorer, dans des limites déterminées, l'indemnité légale, soit pour tous les assurés, soit pour certains groupes d'entre eux, notamment pour les assurés ayant charge de famille;

b) à prolonger la période légale pendant laquelle l'indemnité est due.

Dans les pays où les frais de funérailles ne sont pas couverts, habituellement ou en vertu de la loi, par une autre assurance, l'institution d'assurance-maladie devrait allouer, en cas de décès de l'assuré, une indemnité pour frais de funérailles convenables; elle devrait d'ailleurs pouvoir allouer une telle indemnité pour frais de funérailles des membres de la famille de l'assuré. »

b) Durée et nature des soins prodigués aux malades par l'intermédiaire des institutions d'assurances.

L'évolution de l'assurance-maladie est marquée par son action préventive croissante due au développement des prestations en nature ainsi que le montrent les chiffres suivants:

Pays	Années	Rapport entre le montant des prestations en nature et le montant des prestations
Allemagne	1913	53,6
	1924	58,1
Autriche	1919	35,3
	1925	47,6
Bulgarie	1925	77,97
Norvège	1917	55
	1924	58
Pologne	1924	67,78
Suisse	1925	50
Yougoslavie	1923	48,50
	1925	56,60

Sur ce point capital, la Conférence a pris d'importantes décisions. L'art. 4 fixe de la manière suivante la durée et la nature des prestations des soins médicaux:

« L'assuré a droit gratuitement, à partir du début de la maladie et au moins jusqu'à l'expiration de la période prévue pour l'attribution de l'indemnité de maladie, au traitement par un médecin dûment qualifié, ainsi qu'à la fourniture de médicaments et de moyens thérapeutiques de qualité et quantité suffisantes.

Toutefois, une participation aux frais de l'assistance peut être demandée à l'assuré dans les conditions fixées par la législation nationale.

L'assistance médicale peut être suspendue aussi longtemps que l'assuré refuse, sans motif valable, de se conformer aux prescriptions médicales et aux instructions relatives à la conduite des malades, ou néglige d'utiliser l'assistance mise à sa disposition par l'institution d'assurance. »

Ces garanties minima, la Conférence a estimé qu'elles devaient, dans la pratique, être élargies dans le sens suivant:

« Le traitement par un médecin dûment qualifié, ainsi que la fourniture de médicaments et de moyens thérapeutiques de qualité et quantité suffisantes devraient être accordés depuis le début de la maladie et aussi longtemps que l'exige l'état du malade; l'assuré devrait avoir droit gratuitement à ces prestations à partir du début de la maladie et au moins jusqu'à l'expiration de la période prévue pour l'attribution de l'indemnité de maladie.

En plus du traitement par un médecin dûment qualifié et de médicaments et moyens thérapeutiques de qualité et quantité suffisantes, l'assuré devrait pouvoir disposer, lorsque les conditions locales et financières le permettent, de services de spécialistes, ainsi que du traitement dentaire, et avoir droit à l'hospitalisation lorsque sa situation de famille le nécessite ou que son état exige un mode de traitement qui ne peut être fourni qu'à l'hôpital.

Lorsque l'assuré est hospitalisé, l'institution d'assurance devrait verser aux personnes à sa charge tout ou partie de l'indemnité de maladie qui serait payable à l'intéressé s'il n'était pas hospitalisé. » *(A suivre.)*