

**FEUILLE FÉDÉRALE**99<sup>e</sup> année

Berne, le 10 juillet 1947

Volume II

Paraît, en règle générale, chaque semaine.

Prix: 28 francs par an; 15 francs pour six mois, plus la taxe postale d'abonnement ou de remboursement.

Avis: 50 centimes la ligne ou son espace; doivent être adressés franco à l'imprimerie des hoirs K.-J. Wyss, société anonyme, à Berne.

Ad 5484

**Message**

du

Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet de loi complétant celle du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose.

(Du 8 juillet 1947.)

Monsieur le Président et Messieurs,

Nous avons l'honneur de soumettre à votre approbation un projet de loi complétant celle du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose.

**I. INTRODUCTION**

Le 16 décembre 1943, M. le conseiller national *Bircher* a déposé au Conseil national la motion suivante:

Afin d'enrayer la tuberculose, le Conseil fédéral est invité à élargir les bases légales et financières de la lutte contre cette maladie en disposant que:

- 1° Toute la population suisse sera soumise à un examen radioscopique et qu'il sera établi un classement des radioscopies;
- 2° Qu'une attention plus soutenue sera vouée à la tuberculose animale.

Cette motion a été adoptée par le Conseil national le 22 mars 1944, tandis que le Conseil des Etats décidait, le 22 juin 1944, de ne se prononcer que lorsqu'il disposerait d'un rapport du Conseil fédéral sur la question.

Le 25 septembre 1944, M. le conseiller national *Siegrist-Aarau* présentait le postulat suivant:

L'article 8 de la loi du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose dispose que le Conseil fédéral arrête les mesures de prophylaxie qui doivent être appliquées chez les artisans, dans les exploitations industrielles et commerciales, les entreprises de transport et les locaux publics.

Le Conseil fédéral est invité à examiner si le moment n'est pas venu d'édicter des prescriptions d'exécution qui permettraient de déceler à temps les cas de tuberculose et d'intervenir ainsi assez tôt pour leur guérison.

Ce postulat fut accepté le 21 mars 1945.

Enfin, M. le conseiller national *Spühler* présenta, le 28 septembre 1944, un postulat dont voici la teneur:

Les nouvelles méthodes pour décèler la tuberculose ont considérablement augmenté le nombre connu des personnes atteintes de cette maladie. L'application de ces méthodes n'a de sens que si l'on assure les soins médicaux aux tuberculeux ou à ceux qui sont en danger de le devenir, ainsi que des moyens d'existence aux malades et à leurs familles.

Le Conseil fédéral est en conséquence invité à faire rapport sur les points suivants:

- 1° Comment créer avec l'aide de la Confédération des sanatorias en nombre suffisant ?
- 2° Comment contribuer financièrement au traitement des tuberculeux en garantissant les soins médicaux et le séjour dans un sanatorium ?
- 3° Comment assurer l'existence des familles des tuberculeux ?
- 4° Comment procurer du travail aux tuberculeux guéris (par exemple en venant en aide à ceux qui ne sont que partiellement aptes au travail, en créant des colonies pour tuberculeux) ?

Ce postulat fut également accepté le 21 mars 1945.

La motion et les deux postulats sont intimement liés par les fins qu'ils poursuivent. Ils tendent à améliorer le système de lutte contre la tuberculose par l'application de mesures de caractère social et médical et se complètent ainsi les uns les autres.

En ce qui concerne les mesures proposées sur le plan social, il faut aussi mentionner la motion *Seematter*, du 27 septembre 1943, que le Conseil fédéral a adoptée le 22 juin 1945 et le Conseil des Etats le 20 décembre 1945, et dont voici la teneur:

Le Conseil fédéral est invité à présenter le plus tôt possible à l'Assemblée fédérale un rapport et des propositions en vue d'introduire l'obligation partielle de l'assurance-maladie, notamment pour les classes à revenu modeste.

Par le présent projet de loi complétant celle du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose, nous cherchons à réaliser ces vœux, dans la mesure que nous le permettent les conditions actuelles.

## II. LA LÉGISLATION FÉDÉRALE SUR LA TUBERCULOSE

L'intervention de la Confédération dans la lutte contre la tuberculose est réglée par la loi du 13 juin 1928 (\*) sur la lutte contre la tuberculose. L'essentiel de cette loi réside dans l'allocation de subventions. Elle prévoit d'une part des mesures prophylactiques et d'autre part des mesures relevant de la thérapeutique et de l'assistance. De plus, la Confédération encourage l'assurance-tuberculose par l'allocation de subsides particuliers aux caisses-maladie reconnues.

1. En tant que la loi prescrit aux cantons des mesures bien définies, il s'agit de *mesures de protection* contre l'extension de la maladie, qui doivent être prises dans l'intérêt de la communauté et qui relèvent de la médecine collective. Cela ressort clairement entre autres de l'obligation de déclarer

(\*) RO 44, 785.

la tuberculose, comme le prescrit l'article 2, qui dispose que les médecins ne sont tenus que de notifier les cas où le caractère de la maladie et les conditions dans lesquelles vit le malade constituent un danger pour autrui. En outre, les cantons veillent, en conformité de l'article 3, à l'application de toutes les mesures nécessaires pour prévenir la propagation de la tuberculose par les personnes qui ont fait l'objet d'une déclaration au sens de l'article 2. Par les articles 4 et 5, les cantons pourvoient à ce que les excréments de toute personne tuberculeuse ou suspecte de l'être puissent être soumises à un examen bactériologique et que tous les locaux, utilisés régulièrement par les tuberculeux reconnus dangereux au sens de l'article 2, soient désinfectés et soigneusement nettoyés en cas de changement de domicile, de transfert dans un hôpital ou de décès du malade.

De plus, pour combattre la tuberculose, les cantons doivent édicter des prescriptions sur l'hygiène des habitations et veiller à ce que la population soit instruite de la nature, des dangers et de la prophylaxie de la tuberculose (art. 11 et 12). Il leur incombe en outre de pourvoir à ce que, dans les écoles et institutions similaires, les enfants et les élèves, de même que le personnel enseignant et le personnel de garde soient l'objet d'une surveillance médicale. Les personnes qui présentent un danger de contamination doivent être éloignées de l'école ou de l'établissement (art. 6).

Selon l'article 14, 1<sup>er</sup> alinéa, la Confédération alloue aux cantons, pour l'application de ces mesures, des subventions de 20 à 25 pour cent de leurs dépenses et même de 50 pour cent pour celles qui résultent de l'éloignement de l'école de membres du corps enseignant ou du personnel de garde.

2. Il est laissé en premier lieu à la libre appréciation des cantons de juger s'il est nécessaire de créer tel ou tel établissement pour le *traitement* ou l'*assistance* de personnes atteintes de tuberculose. C'est ainsi que l'article 10 prescrit que les cantons, suivant les besoins et dans la mesure où ils le jugent indiqué, veillent à la création de telles institutions. Les cantons peuvent confier l'exécution de diverses tâches, prévues par la loi, à des œuvres d'assistance privées et leur accorder les pouvoirs nécessaires à cette fin. La Confédération encourage aussi ces mesures par l'octroi de subventions (art. 14, 2<sup>e</sup> al.). C'est ainsi qu'elle accorde pour la construction, l'agrandissement et l'achat d'établissements antituberculeux des subsides de 20 à 25 pour cent, de même que pour leurs frais d'installation. Les frais d'exploitation de ces institutions bénéficient d'une subvention de 10 à 12 pour cent du coût net de la journée de maladie. Enfin, les dispensaires et les services de consultations, de même que les associations contre la tuberculose reçoivent, pour leur œuvre d'assistance, des subventions de 25 à 33 pour cent de leurs dépenses nettes.

3. L'article 15 de la loi dispose que la Confédération peut allouer des subsides spéciaux aux caisses-maladie reconnues qui, pour le traitement et les soins des sociétaires tuberculeux, assurent des prestations dépassant,

par leur nature et leur durée, celles qu'impose la loi d'assurance. L'ordonnance I sur l'assurance-tuberculose du 19 janvier 1944 règle les détails. Sont réputées tuberculose au sens de cette ordonnance toutes les formes de la tuberculose qui se manifestent chez les adultes et les enfants. Les enfants menacés ou suspects de tuberculose sont assimilés à des tuberculeux.

Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, les caisses pratiquant l'assurance-tuberculose doivent verser à leurs membres tuberculeux une contribution aux frais de cure d'au moins 2 francs par jour pour les enfants et 3 francs pour les adultes. Elles doivent verser une indemnité journalière d'au moins 2 francs dans l'assurance d'une indemnité en espèces. Lorsqu'un malade est assuré à la même caisse pour les soins médicaux et pharmaceutiques et pour une indemnité journalière, celle-ci peut ne pas dépasser 1 franc par jour. Les prestations doivent être accordées à partir du premier jour de cure en sanatorium pour au moins 540 jours dans une période de cinq années consécutives. Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, les assurés ont droit également à des prestations après leur sortie du sanatorium. Lorsque le médecin de l'établissement ordonne un contrôle médical ou un traitement complémentaire, les frais sont à la charge de l'assurance-tuberculose dans les limites des dispositions statutaires sur la durée des prestations. Ces frais se calculent conformément aux tarifs médicaux établis par les cantons. Ils sont imputés sur la durée des prestations selon un système déterminé. Les assurés n'ont pas droit à l'indemnité journalière après la sortie du sanatorium. D'autre part, les prestations versées à titre de contribution aux frais de cure ne sont, en principe, payées qu'en cas de cure dans un établissement reconnu par la Confédération.

En raison des charges qu'elle représente, l'assurance-tuberculose ne peut être pratiquée que par des caisses comptant au minimum 40 000 membres. Les caisses moins nombreuses doivent se grouper en fédération de réassurance comprenant également 40 000 membres au moins.

Les subsides fédéraux sont versés aux assureurs et non pas aux caisses réassurées. Ils se montent, dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, à la moitié de la contribution journalière aux frais de cure, mais au maximum à 1 fr. 50 par jour pour les enfants et à 2 francs pour les adultes et, dans l'assurance d'une indemnité journalière, à la moitié de l'indemnité versée mais à 2 francs au plus par journée de cure. Ils sont versés, pour les enfants, à partir du 91<sup>e</sup> jour, pour les adultes, à partir du 151<sup>e</sup> jour passé dans un établissement de cure et aussi longtemps que les assureurs fournissent les contributions aux frais de cure et les indemnités journalières minimums prévues par les prescriptions sur l'assurance-tuberculose. La plupart des assureurs et des caisses réassurées, se fondant sur cette disposition et tenant compte de la gradation des subsides fédéraux ont, dans leurs statuts, porté la durée des prestations, du minimum légal

de 540 jours, à 720 jours dans une période de cinq années consécutives et élevé les prestations journalières minimums versées au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques de 2 à 3 francs pour les enfants et de 3 à 4 francs pour les adultes.

L'ordonnance I a été partiellement modifiée et complétée par une ordonnance II sur l'assurance-tuberculose du 16 juin 1947. Toutefois, comme l'ordonnance I a encore effet à l'heure qu'il est, nous avons exposé, dans ce paragraphe relatif à la législation actuelle sur l'assurance-tuberculose, la réglementation en vigueur. Nous donnerons plus de détails sur les nouvelles dispositions de l'ordonnance II au chiffre 2, lettre h, du paragraphe VI concernant les modifications apportées aux prescriptions en vigueur jusqu'ici. Dès le 1<sup>er</sup> juillet 1947 déjà, les caisses ont la possibilité d'accorder des prestations d'assurance-tuberculose dont le minimum est plus élevé que celui que prévoyait l'ordonnance I; dès le 1<sup>er</sup> janvier 1948 seulement, elles y seront tenues. Les effets de l'ordonnance II ne se feront donc sentir que peu à peu.

### III. FRÉQUENCE DE LA TUBERCULOSE EN SUISSE

#### 1. Mortalité par tuberculose.

Le tableau ci-après renseigne sur la mortalité par tuberculose en Suisse de 1891 à 1945.

#### Décès dus en Suisse à la tuberculose. (1891 à 1945.)

Années	Tuberculose pulmonaire		Autres tuberculoses		Ensemble	
	décès	par 10 000 habitants	décès	par 10 000 habitants	décès	par 10 000 habitants
1891—1895	6 056	20,6	2 050	7,4	8 106	28,0
1896—1900	6 131	19,4	2 217	7,4	8 348	26,8
1901—1905	6 397	19,0	2 631	8,1	9 028	27,1
1906—1910	6 144	17,1	2 527	7,2	8 671	24,3
1911—1915	5 515	14,5	2 210	6,0	7 725	20,5
1916—1920	5 481	14,3	2 092	5,0	7 573	19,3
1921—1925	4 539	11,61	1 532	3,91	6 071	15,5
1926—1930	4 080	10,18	1 342	3,34	5 430	13,5
1931—1935	3 369	8,16	1 019	2,60	4 466	10,8
1936	3 052	7,30	889	2,20	3 941	9,5
1937	2 770	6,60	857	2,10	3 627	8,7
1938	2 616	6,22	834	1,97	3 450	8,2
1939	2 569	6,12	802	1,91	3 371	8,0
1940	2 455	5,83	848	2,01	3 303	7,8
1941	2 515	5,90	857	2,00	3 372	7,9
1942	2 652	6,20	882	2,03	3 534	8,3
1943	2 503	5,8	801	1,8	3 304	7,6
1944	2 709	6,2	834	1,9	3 543	8,1
1945	2 842	6,45	778	1,77	3 620	8,3

De 1891 à 1895, on a relevé environ, par an, 28 décès à la suite de tuberculose sur 10 000 habitants, alors qu'en 1943, année où la mortalité a atteint son chiffre le plus bas, elle est encore de 7,6 par 10 000 habitants. S'il y a là un progrès réjouissant, il ne faut pas néanmoins se méprendre sur le nombre des victimes qu'aujourd'hui encore la maladie fait dans notre pays. C'est encore toujours chaque année environ 3500 décès qu'il faut déplorer.

Si l'on compare la mortalité par tuberculose à celle due à toutes les autres causes, on peut se rendre compte que son recul est plus fort. C'est ainsi, à titre d'exemple, que le chiffre de la mortalité par tuberculose des enfants au-dessous d'un an est, de 1940 à 1943, de 90 pour cent plus faible que celui établi au début du siècle, alors que leur mortalité provoquée par les autres causes a à peine diminué, dans le même temps, de 70 pour cent. Même pour les classes âgées, chez les personnes de plus de 70 ans, la mortalité a diminué, dans le même temps, de 36,5 pour cent, alors que la régression n'est que de 20 pour cent environ pour les autres causes de décès. Ces derniers temps, sept fois moins environ de nourrissons du sexe masculin et à peu près neuf fois moins de nourrissons du sexe féminin décédèrent de la tuberculose pulmonaire, comparativement au début du siècle. La même observation peut être faite pour les petits enfants de 1 à 4 ans chez lesquels cette amélioration est encore plus accentuée que chez les nourrissons puisqu'en effet les chiffres de la mortalité sont descendus à un neuvième pour les garçons et presque à un dixième pour les filles depuis 1901 et 1902. Ces heureux résultats sont encore surpassés par l'amélioration constatée en ce qui concerne la mortalité des nourrissons dues aux tuberculoses extra-pulmonaires, 10 fois moins d'enfants mourant de tuberculose d'autres organes que les poumons au cours de leur première année de vie, comparativement aux années 1901 et 1902.

La mortalité par tuberculose, considérée d'après les diverses classes d'âge, présente des changements frappants. De tout temps, la mortalité la plus forte a été constatée chez les hommes de 60 à 69 ans, au cours de ces dernières années, c'est la classe d'âge supérieure, au-dessus de 70 ans, qui présente très nettement le plus haut chiffre de mortalité. Il en est de même pour les femmes et l'on fait encore chez elles une autre importante constatation: Jusqu'en 1930 environ, il mourait par tuberculose plus de femmes de 20 à 29 ans que de femmes âgées; aujourd'hui c'est le contraire.

## 2. Morbidité par tuberculose.

Il est beaucoup plus difficile de se faire une idée quelque peu exacte de la *morbidité* par tuberculose. La loi sur la tuberculose du 13 juin 1928 n'oblige le médecin à déclarer un cas de tuberculose aux autorités compétentes que si « le caractère de la maladie et les conditions dans lesquelles vit le malade constituent un danger pour autrui ». Nous ne connaissons

de ce fait que fort approximativement le nombre des tuberculeux éliminant des bacilles. L'idée que l'on peut s'en faire est d'autant peu exacte que très souvent les malades qui n'excrètent pas de bacilles, donc atteints de « tuberculose fermée », sont déclarés par les médecins. Ces dernières années, le nombre des cas de tuberculose notifiés officiellement a été de :

Année	Cas notifiés	Année	Cas notifiés
1936. . .	3 726	1941. . .	3 477
1937. . .	3 176	1942. . .	3 782
1938. . .	2 857	1943. . .	4 374
1939. . .	2 777	1944. . .	4 304
1940. . .	3 127	1945. . .	4 827

Après un recul presque constant, qui fut de près de 1000 cas de 1936 à 1939, on note une augmentation en 1940 qui se poursuit en 1945, année où plus de 2000 cas par rapport à 1939 ont été notifiés. Cette hausse apparente appelle maintes réserves. C'est ainsi que pendant la guerre de nombreux malades, qui étaient soignés chez eux dans des conditions normales et qui donc n'auraient pas été déclarés, ont été hospitalisés — et donc notifiés — à la suite des difficultés de s'alimenter, de se chauffer et de se soigner qu'ils ont rencontrés. De plus, les examens radiophotographiques ont été introduits depuis 1943 et durant les années 1943 et 1944 toute l'armée a été radioscopée. Si l'on tient compte que seule la radioscopie de l'armée a permis de découvrir 395 cas de tuberculose ouverte, il va de soi que sur les 592 cas, qui ont été annoncés de plus en 1943 qu'en 1942, une grande partie doivent être attribués bien plus à un meilleur système de dépistage qu'à une augmentation effective de la maladie.

Les chiffres résultant de la déclaration obligatoire n'ont donc qu'une valeur comparative, très limitée. Ils peuvent, comme chiffres absolus, donner une idée de l'importance de la tuberculose, mais ils ne permettent aucune comparaison exacte.

Le tableau : « Aperçu de la fréquentation des établissements antituberculeux reconnus », ci-après, ne doit également servir qu'à compléter les données que nous avons sur la question. Il ne permet en effet de tirer aucune conclusion au sujet du chiffre effectif des malades, parce qu'il n'englobe pas les personnes soignées à domicile ou dans les établissements non subventionnés en conformité des dispositions de la loi, alors qu'en revanche il indique plusieurs fois des patients qui, durant la même année, ont été traités dans plusieurs établissements ou plusieurs fois dans le même.

## Aperçu de la fréquentation des établissements antituberculeux reconnus.

Année	Sanatoriums populaires pour adultes et enfants			Pavillons pour tuberculeux			Préventoriuns et colonies de travail pour adultes et enfants		
	N(*)	L	P	N	L	P	N	L	P
1935	30	3481	7 789	4	143	308	15	711	3367
1944	33	4268	10 815	3	112	301	15	env. 950	4389
	+3	+ 787	+3026	-1	-31	-7		+env. 239	+1022

Année	Sanatoriums pour enfants			Préventoriuns et stations de convalescence pour enfants			Etablissements ouverts seulement pendant le jour		Divisions pour tuberculeux des hôpitaux	
	N(*)	L	P	N	L	P	N	P	N	P
1935	7	735	1941	38	2188	6649	16	1741	88	6696
1944	9	849	2559	37	1450	7980	12	1181	86	6847
	+2	+114	+618	-1	-738	+1231	-4	-560	-2	+151

(\*) N = nombre.  
L = lits.  
P = patients traités.

Enfin, une étude très poussée, faite en 1945 dans le canton de Zurich, nous donne des indications sur la fréquence de la tuberculose; cette étude s'appuie sur nombre d'enquêtes fort exactes et donne une image complète des faits tels qu'ils se présentent au moins dans un canton. Ce fichier englobe:

- Tous les habitants du canton hospitalisés pour cause de tuberculose un jour donné (théorique) de l'année 1945;
- Toutes les personnes contrôlées en 1945 dans les dispensaires, atteintes d'une tuberculose primaire, secondaire ou extra-thoracique, qui a donné au cours des cinq années précédentes des signes d'activité, ou les personnes atteintes d'une tuberculose au 3<sup>e</sup> degré, qui a donné des signes d'activité au cours des dix années précédentes.

Le tableau est en ce sens incomplet qu'il n'englobe pas les malades en traitement chez leur médecin de famille, et qui sont inconnus des dispensaires. De plus, il ne comprend pas les personnes qui ont effectivement fait une tuberculose active au cours des dernières 5 à 10 années, mais qui furent guéries entre temps et n'étaient donc plus soumises au contrôle des dispensaires. L'enquête a établi qu'en 1945, 1474 habitants du canton de Zurich étaient en traitement dans des établissements et que 5096 étaient sous contrôle des dispensaires. De cette manière, 6750 habitants tuberculeux

de ce canton ont été recensés, dont  $\frac{2}{5}$  pour les hommes,  $\frac{2}{5}$  pour les femmes et  $\frac{1}{5}$  pour les enfants jusqu'à 15 ans. La classe d'âge la plus fortement atteinte est celle des personnes de 20 à 30 ans; elle représente 22,8 pour cent des malades. Les tuberculeux ainsi découverts représentent 9,43 pour mille de l'ensemble de la population. On estime que ce chiffre représente à peu près la moitié de tous les habitants tuberculeux du canton; en conséquence, il faut admettre que ce canton compte approximativement 12 000 personnes actuellement hospitalisées parce qu'atteintes de tuberculose ou qui, souffrant d'une tuberculose active, se trouvent sous contrôle médical.

Tout ce qui a été dit jusqu'ici ne concerne que les tuberculeux dont la maladie a été décelée par des symptômes et qui, en conséquence, se trouvaient sous contrôle médical. Les examens en série qui ont été exécutés ces dernières années en Suisse nous permettent de compléter l'idée que nous nous faisons jusqu'alors de la morbidité. En effet, le perfectionnement du diagnostic radiologique permet aujourd'hui d'examiner des groupes entiers de la population aux fins de découvrir les tuberculeux qui, du fait de faibles symptômes, ignorent eux-mêmes leur état, et de découvrir en conséquence le « malade parmi les hommes sains ». Seuls les résultats qu'ont donnés ces examens en série ont permis de se faire une idée exacte de la fréquence réelle de la tuberculose. Sur 3102 personnes occupées dans l'industrie métallurgique, examinées par *Schinz*, quatre (0,12%) tuberculoses ouvertes inconnues auparavant et 17 (0,55%) tuberculoses actives fermées, également inconnues, ont été décelées. *Schinz* et *Markoff* ont découvert, en examinant 1502 personnes de l'administration et des écoles secondaires d'un canton, 0,2 pour cent de tuberculoses ouvertes et 0,8 pour cent de tuberculoses actives fermées. *Ott* constata sur 11 000 personnes occupées dans diverses industries 0,27 pour cent de tuberculoses ouvertes, inconnues jusqu'alors, 0,37 pour cent de tuberculoses actives fermées et 0,55 pour cent de tuberculoses actives latentes. Le plus vaste examen en série qui ait été fait jusqu'ici en Suisse, la radioscopie de l'armée de 1943 et 1944, a permis de découvrir, sur 516 879 membres de l'armée, 395 (0,76 pour mille) tuberculoses ouvertes, 572 (1,11 pour mille) tuberculoses actives fermées et 1641 (3,17 pour mille) tuberculoses inactives. Il faut tenir compte que les personnes ainsi examinées étaient aptes au travail et qu'il s'agissait apparemment de personnes en santé, voire, dans l'armée, de gens qui, après avoir été soumis à bien des examens antérieurs (visite médicale lors du recrutement, contrôles médicaux à l'entrée et pendant le service) avaient été reconnus capables de satisfaire aux exigences du service militaire. Ils représentaient donc déjà comme tels une certaine sélection. D'emblée étaient exclus de ces examens les personnes incapables de travailler, les gens âgés, les invalides, les pensionnaires d'asiles et d'autres groupes de la population parmi lesquels précisément la tuberculose est fréquente. *Steiger*, qui a procédé à l'examen d'une population très composite, examen qui s'est étendu aux usines et aux écoles, ainsi qu'à tout un quartier, arrive

à des chiffres plus élevés et fixe en conséquence le degré d'infection tuberculeuse à 0,46 pour cent de tuberculoses ouvertes, à 0,62 pour cent de tuberculoses actives fermées pour l'ensemble de la population âgée de plus de 15 ans.

Les données de la statistique de la morbidité sont si incertaines qu'il est fort difficile de dire si la tuberculose a augmenté en Suisse pendant la deuxième guerre mondiale. L'hospitalisation accrue et notamment un dépistage bien meilleur peuvent donner l'impression d'une augmentation, qui ne serait pourtant qu'apparente. Si l'on additionne les radiophotographies prises seulement depuis 1943, tant parmi la population civile que dans l'armée, et les radioscopies de l'armée, on obtient déjà jusqu'au mois d'octobre 1946 un chiffre de plus de 900 000 examens radiologiques des poumons, auxquels il faut en ajouter des milliers faits par les médecins privés, les dispensaires et les médecins des écoles. Ce n'est que dans les deux dernières années de la guerre que la mortalité marque une légère recrudescence, alors qu'elle atteint son chiffre le plus bas en 1943. En tout et pour tout, elle n'a donc jamais été aussi faible que pendant la guerre. Les courbes de la mortalité et de la morbidité ne sont pas nécessairement parallèles. Une augmentation de la morbidité peut être suivie au bout de quelque temps d'une augmentation de la mortalité. Par le fait qu'on arrive à découvrir des malades au moment où les chances de guérison sont encore grandes, il peut aussi arriver que la mortalité n'augmente pas ou de peu seulement, malgré une morbidité en hausse.

Enfin il ne faut pas oublier qu'aujourd'hui les risques que la guerre avait aggravés ne sont pas absolument écartés. Si les facteurs favorables à l'extension de la tuberculose (alimentation à peine suffisante, surmenage physique, tension nerveuse, bouleversement des conditions de vie par les mobilisations) ont bien perdu de leur importance, le danger demeure de voir la tuberculose introduite chez nous sur une large échelle par des personnes venant de l'étranger, ce qu'il n'y avait aucun motif de redouter pendant la guerre. C'est là un risque qu'il ne faut pas sous-estimer. Ne signale-t-on pas une augmentation angoissante de la tuberculose dans tous les pays qui ont été touchés par la guerre ?

En résumé, on peut dire que le problème de la lutte contre la tuberculose revêt encore aujourd'hui une très grande importance pour la santé publique. Les succès acquis justifient les mesures prises jusqu'ici, mais ils imposent aussi l'obligation de tirer encore mieux tout le parti des moyens disponibles pour lutter contre cette maladie. Les progrès techniques accomplis ces dernières années ont ouvert la voie permettant de découvrir assez tôt la tuberculose et ainsi d'empêcher de nouvelles infections, et cette voie laisse entrevoir la possibilité d'améliorer encore les résultats des efforts faits pour combattre la tuberculose. Avant d'examiner plus à fond quelles sont ces possibilités, nous donnons, dans le chapitre suivant, afin de mettre

en valeur l'importance de la tuberculose sur le plan économique, un aperçu des conséquences financières qu'ont eues les mesures prises jusqu'ici.

#### IV. DÉPENSES OCCASIONNÉES JUSQU'ICI PAR LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

##### 1. Déclaration, examens bactériologiques, désinfections, contrôle des habitations, examens scolaires, surveillance médicale des enfants placés.

Dépenses	1944	Moyenne des années de 1940 à 1944
	fr.	fr.
Dépenses des cantons et des communes . . . . .	1 265 018	1 047 969
Subsides fédéraux correspondants . . . . .	111 487	83 843

##### 2. Indemnités versées aux membres tuberculeux du personnel enseignant.

Dépenses	1944	Moyenne des années de 1940 à 1944
	fr.	fr.
Dépenses . . . . .	85 628	68 104
Subsides fédéraux correspondants . . . . .	23 935	19 484

##### 3. Construction, achat, installation d'établissements.

Dépenses	1944	Moyenne des années de 1940 à 1944
	fr.	fr.
Dépenses . . . . .	env. 4 000 000	1 755 000
Subsides fédéraux correspondants . . . . .	517 412	251 694

##### 4. Frais d'exploitation des établissements.

Dépenses	1944	Moyenne des années de 1940 à 1944
	fr.	fr.
Dépenses . . . . .	18 972 708	15 203 062
Subsides fédéraux correspondants . . . . .	1 185 098	1 005 870

## 5. Organisations antituberculeuses.

Dépenses	1944	Moyenne des années de 1940 à 1944
	fr.	fr.
Dépenses . . . . .	3 831 240	3 439 261
Subsides fédéraux correspondants . . . . .	966 898	900 546

## 6. Autres subventions fédérales.

Dépenses	1944	Moyenne des années de 1940 à 1944
	fr.	fr.
Association suisse contre la tuberculose: Subside fédéral . . . . .	20 000	16 400
Institut suisse de recherches, Davos: Subside fédéral . . . . .	20 000	14 000

7. Au 31 décembre 1945, il existait 6 fédérations de réassurance groupant 426 caisses-maladie, et 9 caisses-maladie reconnues comme assureurs. Elles comprenaient ensemble 1 870 951 assurés sur les 2 524 599 membres affiliés aux 1150 caisses reconnues par la Confédération. Il ressort de ces chiffres que si le tiers seulement à peu près des caisses reconnues ont introduit l'assurance-tuberculose, environ les trois quarts des membres des caisses, en revanche, sont assurés contre cette maladie. Le nombre des assurés représentait 42,5 pour cent de la population à la date du 31 décembre 1945. Depuis lors, aussi bien le nombre des caisses réassurées que celui des assurés ont augmenté de façon considérable.

Pour 1945 et pour la moyenne des années 1940 à 1944, les prestations versées par les assureurs se sont élevées à :

Dépenses	1945	Moyenne des années de 1940 à 1944
	fr.	fr.
Prestations des caisses-maladie pour l'assurance-tuberculose . . . . .	6 268 201	3 702 591
Subsides fédéraux correspondants . . . . .	1 492 496	816 910

Les chiffres ci-dessus ne comprennent pas les prestations ordinaires versées par les caisses-maladie non réassurées à leurs membres tuberculeux et qui consistent en frais médicaux et pharmaceutiques et éventuellement

en indemnités en espèces. Il n'est pas possible d'établir le montant de ces prestations, car les caisses ne les font généralement pas figurer sur un compte séparé.

8. Le tableau ci-dessous indique les dépenses globales des cantons, des communes, des institutions de prévoyance et des caisses-maladie pour la tuberculose, de 1935 à 1944, ainsi que les subsides fédéraux correspondants :

en milliers de francs.

Année	Dépenses des cantons, des communes et des institutions de prévoyance	Caisses-maladie	Subsides fédéraux
1935. . . . .	17 382	1 356	2 371
1936. . . . .	17 168	1 713	2 386
1937. . . . .	17 285	1 736	2 337
1938. . . . .	17 794	1 692	2 331
1939. . . . .	17 642	2 113	2 385
1940. . . . .	16 160	2 637	2 494
1941. . . . .	18 997	2 974	2 621
1942. . . . .	21 458	3 510	2 941
1943. . . . .	22 805	4 216	3 375
1944. . . . .	27 154	5 173	4 037

En dix ans, les dépenses des cantons, des communes et des institutions de prévoyance ont augmenté de 9 772 000 francs, et celles des caisses-maladie de 3 816 000 francs; les subsides fédéraux se sont accrus de 1 666 000 francs. Les sommes affectées à la lutte contre la tuberculose sont en réalité beaucoup plus élevées, car les chiffres qui figurent plus haut ne comprennent pas les dépenses non subventionnées de la bienfaisance publique, comme, par exemple, celles de l'assistance publique en faveur des tuberculeux et de leurs familles.

## V. NOUVEAUX MOYENS DE DÉCELER LA TUBERCULOSE PULMONAIRE LE PLUS TÔT POSSIBLE

1. Les efforts qui tendaient à prévenir la tuberculose et à la combattre se limitaient autrefois avant tout aux mesures d'hygiène générale. Une meilleure hygiène générale et l'amélioration de l'état physique de la population devaient diminuer la prédisposition à contracter la tuberculose. Par la suite, le développement de la technique radiologique permit de découvrir les stades d'une tuberculose récente, bien avant qu'ils eussent pu être décelés par d'autres méthodes d'examen. Les rayons Röntgen ont également permis de procéder avec succès à *des examens de l'entourage* des tuberculeux. C'est ainsi que chaque fois qu'un malade atteint d'une tuberculose ouverte était découvert, on recherchait, dans son milieu, les per-

sonnes qu'il avait peut-être déjà infectées. Inversement, en présence d'un tuberculeux, on s'efforçait de trouver l'origine de son infection. Il ressort des résultats de cette méthode qu'il fallait de nouveau attribuer une importance plus grande au fait — connu — que la tuberculose est une *maladie contagieuse* et qu'elle doit être combattue comme telle. La méthode de Röntgen permit en outre de faire un pas de plus. Il consistait à ne pas seulement rechercher des tuberculeux là où, par la découverte d'un cas de tuberculose, on pouvait suspecter leur présence, mais encore à radioscopier systématiquement des groupes entiers de la population, même non soupçonnés de tuberculose. *Ces radioscopies en série ou de groupe* tendaient surtout à atteindre les classes d'âge plus particulièrement menacées. Les radioscopies des recrues et des étudiants en marquèrent le début; elles furent suivies par celles des écoles et des fabriques. L'examen s'étendit parfois à des villages entiers; la radioscopie de l'armée durant les années 1943 et 1944 représente la plus vaste mesure entreprise en ce sens.

Les radioscopies de groupe confirmèrent qu'on rencontre dans tous les cercles de la population des individus éliminant des bacilles, c'est-à-dire des personnes, atteintes d'une tuberculose pulmonaire ouverte, qui vivent dans une totale ignorance de leur maladie et du danger qu'elles présentent pour leur entourage. Le résultat le plus concluant est fourni par l'armée, dans laquelle près de 400 cas de tuberculose ouverte ont alors été découverts. La preuve que ces malades sont dangereux n'est pas seulement apportée par l'armée, où l'on a pu constater nombre de chaînes d'infection remontant à des individus répandant des bacilles. Cela ressort aussi des nombreuses recherches entreprises dans la population civile. Ces constatations obligèrent de conclure que, pour atteindre les meilleurs résultats dans la prévention de la tuberculose, il fallait examiner non seulement des groupes déterminés, mais encore la population toute entière, celle-ci étant menacée par des individus dont on ignore qu'ils excrètent des bacilles et qu'il importe donc de découvrir. Ainsi était indiquée l'extension à toute la population de l'examen en série.

2. Les moyens techniques dont on dispose permettent aujourd'hui l'examen de grandes masses de la population. La *radiophotographie* s'étant développée, une méthode d'examen a pu être mise au point ces dernières années; elle n'offre pas seulement la possibilité d'examiner en peu de temps un plus grand nombre de personnes que par la méthode radioscopique, mais elle est aussi financièrement supportable. La radioscopie se distingue le plus nettement de la radiophotographie sur les points suivants: Dans la *radioscopie*, les rayons X, après avoir traversé l'organe à examiner, en reportent l'image sur un écran lumineux. Le radioscopeur peut prendre des notes sur ses constatations ou les reproduire sous forme d'une esquisse. Abstraction faite du travail supplémentaire qui en résulte et qui est un sérieux inconvénient lors des examens en série tout spécialement, ces dessins ne sont pas des documents exacts et n'ont qu'une valeur toute

relative, notamment lorsqu'il s'agit de procéder à des comparaisons ultérieures. La radioscopie a encore un autre désavantage; elle doit être faite dans une chambre obscure, dans laquelle, en conséquence, l'acuité visuelle de l'observateur est diminuée. Malgré toutes les mesures de précaution, un certain danger subsiste pour le médecin, de par l'action des rayons, tout particulièrement lors de longues séances. Les examens étant très astreignants, leurs résultats peuvent s'en ressentir. Pour ces raisons, une disposition de service prescrivait qu'à l'armée un radioscopeur ne devait pas exécuter plus de 60 radioscopies dans une demi-journée. L'avantage de la radioscopie réside dans le fait qu'elle permet d'observer l'organe en mouvement et sous plusieurs angles.

Jusqu'à l'introduction de la radiophotographie, des raisons techniques et avant tout financières rendaient impossible, lors des examens de groupes importants, la radiographie de chaque personne; en effet, on ne connaissait exclusivement jusqu'alors que la radiographie tirée sur un film de grand format. On la réservera aussi, à l'avenir, pour poser le diagnostic lorsque les constatations radioscopiques et radiophotographiques dénotent un état morbide ou suspect.

La *radiophotographie* est en principe une radioscopie, avec cette différence que l'image paraissant sur l'écran lumineux ne fait pas l'objet de l'examen direct du médecin, mais est simplement photographiée en même temps que l'entête d'une carte individuelle, contenant des indications relatives à la personne examinée (âge, profession, domicile). Il n'est donc pas possible de confondre les clichés. Ce procédé permet de travailler en grand; 150 à 180 personnes peuvent être examinées par heure; lorsqu'il s'agit de militaires, l'organisation étant plus rigide, on dépasse même le chiffre de 200. Il n'est pas nécessaire qu'un médecin soit présent durant la prise des photographies. Les installations radiophotographiques ambulantes, dont il est déjà fait usage en Suisse, permettent d'examiner sur place, avec une perte de temps de travail minime, le personnel d'une fabrique et d'atteindre la population campagnarde et montagnarde, même des régions éloignées.

Les films développés sont examinés, c'est-à-dire que chaque image radiophotographique est appréciée sous une forme agrandie. Par rapport à la radioscopie, on rencontre à ce moment-là des avantages très nets. L'appréciation peut se faire à n'importe quel moment; la présence de la personne examinée n'est pas nécessaire; plusieurs médecins peuvent se prononcer en même temps; l'image peut être observée aussi longtemps qu'il le faut et plusieurs fois, ce qui n'est pas le cas dans la radioscopie. L'œil de l'observateur n'est pas influencé par l'obscurité, qui restreint fortement l'acuité visuelle. Ainsi donc il est possible que la radiophotographie montre plus que ce que le radioscopeur peut voir. Le cliché est un document toujours à disposition, ce qui est important non seulement

médicalement, mais aussi pour l'assurance. Pour que la radiophotographie atteigne pleinement son but, il importe que les films soient examinés par des médecins habitués à cette opération et spécialement préparés à cette fin.

Il faut toujours rappeler que le résultat de l'appréciation n'est pas un diagnostic définitif, l'examen des clichés ne devant servir qu'à découvrir les personnes malades ou soupçonnées de l'être et qui devront subir un examen complémentaire plus précis. Il s'agit donc, dans la radiophotographie, d'un *système de dépistage* typique ayant pour but d'éliminer les malades ou les personnes qu'il permet de soupçonner de l'être d'un grand nombre de gens en santé. Suivant le cas, l'examen complémentaire est fait par le médecin de famille, un spécialiste, un dispensaire ou un hôpital. Il importe que le médecin de famille soit consulté dans la mesure du possible, du moment qu'il connaît les antécédents du patient et de sa famille. Pour que l'application de la radiophotographie soit couronnée de succès, il faut donc qu'il y ait une étroite collaboration entre tous les intéressés. En tant que système de dépistage en grand, ce procédé exige en toute première ligne une organisation bien au point, qui incombe aux divers services, aux autorités, aux employeurs, aux dispensaires, etc. Il est indispensable que l'appréciation soit confiée à des spécialistes. En revanche, les examens complémentaires n'ont plus le caractère des examens en série, mais sont faits individuellement par le médecin qu'a choisi le malade. Le principe du libre choix du médecin doit donc être respecté. Il faut veiller en outre à ce que le secret médical soit gardé dans toute la mesure du possible. Les centres d'appréciation ne doivent communiquer leurs constatations qu'à l'intéressé ou au médecin qu'il indique.

Depuis novembre 1943, date à laquelle le premier appareil radiophotographique a été mis en activité jusqu'en octobre 1946, environ 350 000 radiophotographies ont été prises dans la population civile et environ 60 000 dans l'armée. On a surtout examiné le personnel de grandes entreprises et les écoliers. Plusieurs cantons possèdent déjà des installations radiophotographiques. L'*organisation des examens* diffère d'un canton à l'autre, suivant les conditions locales, l'organisation des services sanitaires et de la lutte contre la tuberculose.

À Genève, le centre de radiophotographie est rattaché à la polyclinique médicale de l'université et il est dirigé par ses médecins. Des équipes de médecins, tous spécialistes établis, interprètent les clichés. La polyclinique se charge également de l'examen complémentaire. Le diagnostic une fois posé, le malade est confié au médecin de son choix ou au dispensaire antituberculeux. Jusqu'ici, dans environ 30 000 cas, cette collaboration a fait pleinement ses preuves. Genève offre l'exemple d'une organisation très centralisée, qui n'est possible que dans un canton urbain, dont la population campagnarde est relativement minime et répartie sur un territoire restreint.

Un tout autre système a dû être prévu dans le canton du *Valais*, où les conditions locales ne permettent aucune centralisation. Ce canton dispose d'une installation radiophotographique ambulante, dont le personnel est engagé par le canton. Les radiophotographies sont prises de village en village. L'appareil circule continuellement. Les films sont examinés par les médecins du sanatorium cantonal et les examens complémentaires sont confiés aux médecins pratiquants du canton. Il a été pris jusqu'à ce jour environ 24 000 radiophotographies.

Le canton de *Zurich* avec sa nombreuse population tant citadine que campagnarde procède aux examens au moyen de deux organisations différentes. Pour la ville même, il y a un centre radiophotographique que dirige le médecin de la ville. Pour la campagne, le canton dispose d'une installation roulante avec vestiaire. Le nombre des radiophotographies faites jusqu'ici est d'environ 54 000. Il est envisagé de prendre, en 1947, encore 85 000 radiophotographies. Il faut encore mentionner enfin l'organisation radiophotographique du canton de *Lucerne*. Son activité s'étend également aux cantons voisins, qui ne possèdent pas leur propre appareil. Il a déjà été pris jusqu'ici environ 20 000 radiophotographies.

Ces exemples montrent les diverses possibilités d'adaptation de l'organisation radiophotographique aux conditions locales. D'autres centres existent dans les cantons d'*Argovie* (55 000 examens), *Bâle* (30 000), *Fribourg* (54 000), *Neuchâtel* (32 000), *St-Gall* (9000), *Soleure* (30 000) et *Vaud* (14 000) (octobre 1946).

La population, lorsqu'elle est bien éclairée sur le but de ces examens, s'y soumet de très bonne grâce; il ne fait pas de doute que la radioscopie de l'armée a contribué à la renseigner de telle sorte que fréquemment, autorités et particuliers demandent de leur propre chef l'application de ces examens.

La motion de M. le conseiller national Bircher demande l'examen aux rayons X de tout le peuple suisse. Vu ce qui précède, cette requête est fondée et aujourd'hui techniquement réalisable. Elle représente dans la lutte contre la tuberculose non pas seulement un grand pas du point de vue médical, mais elle soulève aussi d'importantes questions de principe sur le plan social.

## VI. LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE SELON LE PROJET DE LOI COMPLÉMENTAIRE

Le présent projet complète la réglementation actuelle en prévoyant l'application de nouvelles mesures médicales et sociales.

### 1. Mesures médicales.

En tête du projet figurent les dispositions relatives à l'institution d'examen périodiques (art. 1<sup>er</sup> à 3). Jusqu'ici, la population civile se soumettait

à ces examens de plein gré, si l'on excepte les écoles. Depuis l'introduction de la radiophotographie, beaucoup de personnes se sont prêtées ainsi librement à l'examen. On ne peut toutefois pas avoir la certitude qu'à l'avenir cet intérêt sera toujours aussi soutenu. Avec le système du libre consentement, il y a de toute évidence toujours des lacunes. Mais ces contrôles de l'état de santé n'ont un sens que s'ils sont répétés. Ils ne peuvent donc pas uniquement dépendre à la longue du plus ou moins grand intérêt qu'à telle ou telle période ils rencontrent dans la population.

Une importante condition du succès de la lutte contre les maladies transmissibles réside dans le fait que le Conseil fédéral doit être en premier lieu autorisé à désigner les cercles de la population devant être examinés. Ce succès dépend en grande partie de l'application uniforme sur tout le territoire de la Confédération de certaines des mesures arrêtées à cette fin. C'est pourquoi la constitution fédérale confère à la Confédération le droit de légiférer en matière de lutte contre les maladies transmissibles, bien que d'une manière générale, il est de la compétence des cantons de traiter des questions d'hygiène. Il s'agira tout d'abord d'introduire, par ordonnance du Conseil fédéral, l'examen des milieux de la population les plus exposés à la contamination. Appartient à cette catégorie, d'abord la jeunesse, de la sortie de l'école à la fin de la croissance. Pendant les années d'école, une surveillance est exercée, en exécution de l'article 6 de la loi sur la lutte contre la tuberculose, qui prescrit le contrôle médical scolaire. L'expérience montre qu'aujourd'hui on constate davantage de primo-infections à l'époque de l'adolescence, alors qu'autrefois, elles se produisaient surtout pendant la jeunesse. Actuellement, une surveillance régulière de ces classes d'âge est donc tout aussi indiquée. Selon l'article 8 de la loi, le Conseil fédéral arrête les mesures qui doivent être appliquées chez les artisans, dans les exploitations industrielles et commerciales, les entreprises de transport et les locaux publics. Le postulat Siegrist propose de prendre un arrêté d'exécution dudit article 8, afin de découvrir dans ces entreprises les tuberculeux aussi vite que possible et de les soumettre à temps à un traitement. Effectivement, ce personnel offre très souvent plus de prise à la contagion, par des malades éliminant des bacilles, du fait que, par son activité, il doit mener une continuelle et très étroite vie en commun ou qu'il est en rapports constants avec le grand public. D'autre part, les employés de ces entreprises, qui sont atteints de tuberculose ouverte, sont de leur côté un péril pour un grand nombre de personnes (clientèle) qui entrent journellement en contact avec eux. En donnant la possibilité d'ordonner sur tout le territoire du pays l'examen de ces milieux particulièrement exposés, le projet répond au vœu que formule le postulat Siegrist.

L'examen de grandes parties de la population, voire de toute la population, ne pourra, cela va de soi, se faire que progressivement. Il en sera ainsi non seulement pour des raisons de technique ou d'organisation, mais pour des raisons de nature psychologique. La variété des conditions géo-

graphiques, les différences que l'on observe dans la structure de nos populations et dans les possibilités de s'assurer le concours du personnel médical exigent une organisation adaptée à chaque milieu, ce dont le projet tient compte en disposant que le Conseil fédéral a la faculté de limiter les effets de ses décisions à des groupes déterminés de la population. De plus, les cantons peuvent aller plus loin encore que le Conseil fédéral, par la voie de leurs ordonnances.

La fréquence des examens sera fixée par ordonnance et doit varier selon le plus ou moins grand risque de contamination auquel est exposé tel ou tel groupe professionnel. En général, on s'en tiendra pour en décider aux observations et avis des médecins, sans perdre de vue que pratiquement, des obstacles avant tout de nature financière s'opposent, en l'occurrence, à ce que les examens soient répétés par trop souvent. Mais on devra également tenir compte qu'en cas de trop grands écarts dans la reprise des examens, les fonds consacrés à une telle entreprise ne rendraient plus ce qu'on peut normalement en attendre. On admet aujourd'hui qu'il doit être possible de renouveler ces examens tous les deux à trois ans.

Le projet ne fixe aucune méthode d'examen déterminée. En l'état actuel de la technique, ne peut entrer en considération pour les grands groupes de la population que le procédé radiophotographique. Mais il n'est pas exclu que cette méthode soit, au cours des années, remplacée par un procédé plus perfectionné. En ce cas, pour l'appliquer, on ne sera pas obligé de modifier la législation. Les cantons pourvoient à l'organisation des examens. Mais du fait que le Conseil fédéral a la compétence d'assurer leur uniformité, il a en conséquence aussi la faculté d'imposer telle ou telle méthode, comme par exemple la radiophotographie qu'indique la motion Bircher. En vertu de cette disposition, il peut aussi prendre les décisions nécessaires pour l'élaboration du fichier que réclame également cette motion.

Vu les dispositions relatives auxdits examens, il est nécessaire de compléter divers articles de la loi sur la lutte contre la tuberculose. Il faut arriver à ce que tout l'effort entrepris ne s'achève pas simplement dans l'établissement d'un fichier, mais que si des sources d'infection ont été découvertes, il y ait possibilité de protéger le malade et ceux qui l'entourent. Il s'agit donc de compléter les dispositions concernant la déclaration des tuberculeux présentant un danger de contamination (art. 2 de la loi) et les mesures nécessaires pour prévenir la propagation de la tuberculose (art. 3 de la loi). Ces dispositions font l'objet de l'article 7 de la loi complémentaire et seront encore examinées de plus près, dans les commentaires consacrés à chaque article de cette loi.

Par ces dispositions, il a été tenu compte de la première partie de la motion Bircher. Le motionnaire a demandé en outre au Conseil fédéral d'élargir les bases légales et financières de la lutte contre la tuberculose pour qu'il soit possible d'accorder une attention plus soutenue à la seconde

source d'infection de l'homme: la tuberculose du bétail. Jusqu'ici, il n'a été fait que très peu de recherches en Suisse sur l'importance que revêt le bacille de la tuberculose bovine, le *typus bovinus*, dans la tuberculose de l'homme. Il nous manque notamment des données sur la fréquence de l'infection bovine chez l'homme, par rapport à toutes les infections tuberculeuses, sur ses modes de propagation de l'animal à l'homme et inversement, de même que sur sa transmission de l'homme à l'homme. Il est indispensable d'élucider tout d'abord ces questions fondamentales avant de pouvoir engager dans cette voie la lutte contre la tuberculose de l'homme. Ainsi, depuis quelque temps déjà, des recherches sont en cours dans une région délimitée du pays. Des renseignements scientifiques faisant encore défaut, il n'est pas possible à cette heure d'arrêter des dispositions légales sur la matière. Nous nous réservons de revenir dès que possible sur la question de la lutte contre l'infection de l'homme par le bacille bovin et de vous soumettre, le moment venu, des propositions à cette fin.

## 2. Les mesures d'ordre social.

a. Sous le régime actuel, les mesures d'aide matérielle en faveur des tuberculeux reposent, d'une part, sur l'assurance, d'autre part, sur l'assistance publique ou privée. Indépendamment du fait que l'assurance n'englobe qu'une partie de la population, n'étant pas obligatoire sur le terrain fédéral, il faut relever que les prestations d'assurances fournies jusqu'à maintenant n'offrent pas toujours une protection matérielle suffisante aux assurés et à leur famille. Une partie des malades nécessiteux en sont réduits à solliciter l'aide des institutions d'assistance privées ou des pouvoirs publics. Les 430 dispensaires et autres œuvres instituées par les ligues, groupés sous le nom d'« Association suisse contre la tuberculose », se sont occupés de 94 500 personnes en 1944. Leurs dépenses ont, de ce fait, atteint la somme de 7 605 000 francs, dont 3 798 943 francs ont été remboursés par les caisses-maladie, les parents des malades, les autorités etc. La Confédération, de son côté, ayant pris à sa charge une somme de 966 898 francs, les dépenses effectives des institutions d'aide aux tuberculeux se sont élevées à 2 800 000 francs en 1944. Le plus clair de l'activité des œuvres d'assistance consiste actuellement à recueillir les fonds nécessaires à payer les cures et à soutenir les familles des malades. Bien que ces œuvres s'efforcent d'épargner aux tuberculeux le recours à l'assistance publique, il n'y a souvent pas moyen d'éviter l'intervention de celle-ci, notamment en cas de maladie de longue durée. On constate, au contraire, que le nombre des patients qui peuvent subvenir à leurs besoins diminue de plus en plus alors que celui des malades assistés par les pouvoirs publics s'accroît constamment. Les tâches d'ordre financier accaparent les efforts des dispensaires et empêchent ceux-ci de se consacrer dans la mesure voulue à ce qui devrait être leur activité normale (dépistage de la tuberculose dans l'entourage des tuberculeux, aide aux familles des malades et aux patients licenciés

du sanatorium). Les examens en série pratiqués jusqu'à maintenant ont occasionné un surcroît de travail et de nouvelles charges aux œuvres anti-tuberculeuses. Malgré les subsides fédéraux, cantonaux et communaux et l'aide privée, bien des dispensaires sont aux prises avec des difficultés financières, difficultés qui, pour beaucoup, risquent de devenir insurmontables dès que les dépenses résultant de l'accroissement du nombre des tuberculeux dépistés augmenteront.

Les conséquences juridiques du recours à l'assistance publique sont particulièrement ressenties. C'est pourquoi l'association d'anciens malades « Das Band », dans son exposé relatif à la révision de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, exprime l'avis que la loi révisée devrait, par le moyen de l'assurance, garantir à tout malade tuberculeux le droit au traitement médical et à une aide matérielle en faveur de sa famille.

Il n'est pas douteux que des mesures pour dépister à temps la tuberculose, comme celles que le projet prévoit, ne peuvent avoir un bon succès qu'autant que les malades appartenant aux classes peu aisées de la population *seront assurés d'être soignés* et que *leur famille ne sera pas dans le besoin*.

b. En principe, il y a deux manières d'atteindre ce but : par l'introduction d'une *assistance* officielle qui n'exigerait donc pas de contribution des bénéficiaires, ou par l'institution d'une *obligation à l'assurance contre la maladie*, et notamment à l'*assurance-tuberculose*, c'est-à-dire d'un système reposant sur le versement de primes.

Nous estimons, quant à nous, qu'il convient de préférer délibérément l'*assurance* à l'assistance. Il nous paraîtrait anormal, en effet, d'adopter en cas de tuberculose, contrairement à ce qui se fait pour les autres maladies, la voie de l'aide exclusive de l'Etat plutôt que celle de l'aide (soutenue par l'Etat) de l'individu par lui-même. Selon nous, il appartient en première ligne aux intéressés de se prémunir contre les risques de la tuberculose dans les limites de leurs moyens, l'appui de l'Etat étant réservé à ceux qui ne seraient pas en mesure de s'assurer une protection suffisante. En outre, dans le système de l'assurance, du fait du paiement des primes, les assurés de même que leur famille ont un droit absolu aux prestations d'assurance ; en matière d'assistance, en revanche, l'aide de l'Etat s'étend aux seuls bénéficiaires et ne peut faire l'objet d'un droit sans réserves, car il ne serait pas possible, pour des raisons financières, d'étendre le cercle des assistés ou de verser des secours en faisant abstraction du besoin. Le but à atteindre devrait être de garantir, en cas de tuberculose, une aide matérielle non seulement aux personnes dans le besoin, c'est-à-dire aux personnes qui, en cas de maladie, ne peuvent se passer d'une aide, mais également *aux personnes à ressources modestes*, soit aux personnes qui, même en cas de maladie, disposent de certaines ressources (revenu ou économies par ex.) mais qui, si la maladie est de longue durée et notamment en cas de tuber-

culose, ne sont plus en mesure de se suffire à elles-mêmes. Il convient d'ajouter enfin, que la Confédération, aussi bien pour des motifs de droit public que pour des raisons pratiques, ne pourrait se charger de mesures d'assistance, individuelles par essence, qui sont avant tout du ressort des communes ou, le cas échéant, des cantons. L'Etat fédéral doit, dans la mesure du possible, se borner à appliquer une politique sociale fondée sur l'*assurance*, système qui peut s'inspirer de principes généraux et s'organiser plus facilement de façon uniforme. Relevons en dernier lieu que la Suisse possède une assurance-maladie et accidents bien organisée et qui est en mesure d'assumer les nouvelles tâches définies par le projet.

Celui-ci prévoit donc, en cas que les examens périodiques soient institués, l'introduction de l'*assurance obligatoire contre la maladie et la tuberculose* pour les *personnes à ressources modestes* soumises à ces examens. La motion Seematter, adoptée par les deux chambres, se trouve ainsi, dans une large mesure, réalisée.

c. Aux termes de l'article 34bis de la constitution, la Confédération a le droit d'introduire l'*assurance-maladie* et de déclarer cette assurance *obligatoire* en général ou pour certaines catégories de personnes seulement. En vertu de l'article 2 de la loi du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, la Confédération, renonçant à faire usage de ce droit, l'a cédé aux *cantons* qui peuvent, à leur tour, l'abandonner aux communes.

La solution adoptée par la loi a eu pour conséquence que l'assurance-maladie, et en particulier l'assurance obligatoire, se sont développées de façon assez inégale selon les régions. Il en est de même pour l'assurance-tuberculeuse, prévue par l'article 15 de la loi du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose, dont les prestations ne sont pas obligatoires pour les caisses-maladie. Si l'on examine la situation actuelle de l'assurance-maladie et de l'assurance-tuberculose, on constate toutefois qu'il serait relativement facile de remédier aux insuffisances de ces assurances quant à l'étendue du cercle des assurés et au montant des prestations et que les institutions d'assurance existantes pourraient être élargies et parachevées dans la mesure voulue sans trop de difficultés.

Les cantons de Bâle-Ville, St-Gall et Thurgovie ont rendu l'assurance obligatoire pour les classes de la population dont le revenu ne dépasse pas une certaine limite auxquelles St-Gall a ajouté les personnes au bénéfice d'un permis de séjour. Celles-ci sont également soumises à l'assurance obligatoire dans le canton d'Appenzell Rh.-Ext. De plus, tous ces cantons (à l'exception du canton urbain de Bâle) ont donné à leurs communes le droit d'étendre, pour leur territoire, les limites dans lesquelles la loi cantonale a décrété l'obligation à l'assurance. Les cantons de Fribourg, Soleure, Vaud et Genève ont une assurance infantile ou scolaire déclarée obligatoire par le canton. Le canton de Soleure a en outre délégué à ses communes

le droit de décréter l'assurance-maladie obligatoire en général ou pour certaines classes de la population. Une délégation aux communes de la compétence d'instituer l'assurance-maladie obligatoire existe dans les cantons de Zurich, Lucerne, Uri, Schwyz, Schaffhouse, Grisons, Tessin, Berne et Valais. Dans 197 des 221 communes du canton des Grisons, l'assurance-maladie est obligatoire; à Coire, Arosa et Davos, elle est partiellement obligatoire. 214 des 257 communes du Tessin ont introduit l'assurance obligatoire en général, cependant qu'à Lugano, l'assurance n'est obligatoire que pour une partie de la population. 6 communes du canton de Zurich (dont les villes de Zurich et de Winterthur), 4 communes du canton de Lucerne (dont la ville de Lucerne), une commune de chacun des cantons d'Uri et de Schwyz, 10 communes du canton de Soleure (dont les villes d'Olten et de Soleure) et 3 communes du canton de Schaffhouse ont fait usage du droit d'instituer l'assurance obligatoire (limitée d'après le revenu). Dans le canton de Berne, où les communes sont également autorisées à déclarer l'assurance obligatoire pour les enfants et les adultes, 7 communes seulement jusqu'ici ont fait usage de cette compétence en instituant l'assurance obligatoire pour les enfants ou les écoliers. Dans le canton du Valais, les communes n'ont que le droit de déclarer l'assurance obligatoire pour les écoliers, ce qu'ont fait jusqu'à maintenant 38 communes sur 170. Les cantons d'Appenzell Rh.-Int. et de Zoug ont bien adopté des décrets relatifs à une assurance-maladie obligatoire cantonale, mais ils ne les ont pas encore mis en vigueur.

Les prestations de l'assurance-maladie obligatoire consistent le plus souvent dans le paiement des *soins médico-pharmaceutiques*. Il est parfois possible de remplacer cette assurance par une assurance d'une *indemnité journalière*. Dans les cantons de St-Gall et d'Appenzell Rh.-Ext., ainsi que dans quelques autres communes, est obligatoire, en sus de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, l'assurance d'une certaine indemnité journalière.

Les prestations de l'*assurance-tuberculose* doivent être accordées, aux termes de la loi, aux assurés obligatoires dans le canton de St-Gall, dans la plupart des districts et des communes du canton des Grisons qui ont institué l'assurance-maladie obligatoire, de même que dans la ville de Zurich, à Winterthur, à Küsnacht et à Horgen. Dans les autres endroits (par ex. à Bâle), une grande partie des assurés obligatoires ont droit à la prolongation de la durée des prestations en cas de traitement de la tuberculose dans un établissement reconnu, s'ils sont affiliés à une caisse qui prévoit dans ses statuts ces prestations supplémentaires.

d. Ailleurs, l'assurance-maladie et l'assurance-tuberculose sont *libres*. L'assurance-maladie est assez répandue même dans les régions où elle n'est pas obligatoire. Mais les assurés libres ne sont assurés contre la tuberculose que s'ils sont affiliés à une caisse qui a introduit dans ses statuts l'assurance-tuberculose.

e. Le tableau ci-dessous donne des indications sur l'ampleur de l'assurance (y compris l'assurance obligatoire), dans les divers cantons, au 31 décembre 1945. Les assurés qui sont affiliés à deux caisses ont été comptés deux fois; leur nombre, qui ne peut être évalué avec certitude, ne dépasse cependant en tout cas pas 10 pour cent du nombre total des assurés. En outre, il n'a pas été possible de distinguer, par canton, les assurés contre la tuberculose des autres assurés parce que les caisses ne sont pas priées de fournir des renseignements à ce sujet.

**Assurés ayant droit aux prestations par canton de domicile,  
au 31 décembre 1945.**

Canton de domicile des assurés	Assurés ayant droit				
	Hommes	Femmes	Enfants	Total	
				nombre absolu	pour 100 habitants <sup>(1)</sup>
Zurich . . . . .	222 399	233 100	99 764	555 263	79,3
Berne . . . . .	139 754	114 542	33 015	287 311	38,1
Lucerne . . . . .	38 694	41 807	20 582	101 083	47,1
Uri . . . . .	6 612	4 888	2 469	13 969	48,3
Schwyz . . . . .	11 687	11 862	5 179	28 728	41,6
Unterwald-le-Haut . . . . .	2 666	3 147	1 047	6 860	32,7
Unterwald-le-Bas . . . . .	3 633	3 012	1 904	8 549	46,5
Glaris . . . . .	10 043	11 011	5 751	26 805	75,7
Zoug . . . . .	8 081	9 848	4 766	22 695	59,1
Fribourg . . . . .	15 160	10 658	22 875	48 693	31,0
Soleure . . . . .	50 864	45 499	34 076	130 439	81,5
Bâle-Ville . . . . .	67 498	73 885	26 989	168 372	96,2
Bâle-Campagne . . . . .	24 408	27 110	12 603	64 121	66,4
Schaffhouse . . . . .	19 097	16 972	9 779	45 848	83,8
Appenzell Rh.-Ext. . . . .	11 372	12 228	3 191	26 791	60,6
Appenzell Rh.-Int. . . . .	1 284	1 501	414	3 199	24,2
St-Gall . . . . .	78 324	83 262	28 463	190 049	65,4
Grisons . . . . .	43 551	45 260	30 863	119 674	91,0
Argovie . . . . .	61 933	58 612	27 618	148 163	53,1
Thurgovie . . . . .	40 958	40 008	14 798	95 764	67,8
Tessin . . . . .	43 660	47 810	20 807	112 277	68,4
Vaud . . . . .	34 859	26 863	41 158	102 880	29,1
Valais . . . . .	41 363	34 186	29 812	105 361	68,3
Neuchâtel . . . . .	20 894	15 988	3 067	39 949	32,7
Genève . . . . .	28 286	22 294	17 609	68 189	36,8
Etranger . . . . .	1 475	1 385	707	3 567	—
<b>Total</b>	<b>1 028 555</b>	<b>996 738</b>	<b>499 306</b>	<b>2 524 599</b>	<b>57,3 <sup>(2)</sup></b>

(1) Population de résidence moyenne estimée.

(2) Assurés ayant leur domicile en Suisse pour 100 habitants (population de résidence moyenne estimée).

Les chiffres ci-dessus montrent que le développement de l'assurance n'est pas le même dans tous les cantons mais que l'assurance-maladie est cependant, déjà à l'heure actuelle, assez répandue dans tout le pays pour pouvoir, sans plus, servir de base à la protection matérielle des tuberculeux. Ce tableau fait également ressortir que, pour de vastes classes de la population, la situation ne sera nullement modifiée si l'assurance *obligatoire* remplace l'assurance *libre*.

f. Dans les milieux qui s'occupent de la prévention contre la tuberculose, on s'est demandé si l'*assurance-tuberculose* ne devrait pas, indépendamment de l'assurance-maladie, être déclarée obligatoire d'une manière générale pour toute la population. Un canton nous a également recommandé que l'assurance-tuberculose fût, si possible, étendue à toute la population. En outre, cette considération, juste en soi, a de l'importance: les conséquences matérielles de la tuberculose, au contraire de celles de beaucoup d'autres maladies, sont si graves qu'il y a beaucoup plus de gens pour qui l'assurance contre le risque de tuberculose est nécessaire que de personnes devant s'assurer contre le risque de maladie en général. Nous avons étudié, dans les détails, la question d'une *assurance-tuberculose indépendante, obligatoire pour toute la population*, mais nous sommes arrivés à la conclusion qu'en tout cas la Confédération devait renoncer à un tel système. Chez les tuberculeux, précisément, des mesures de prévoyance suffisantes ont une importance considérable, non seulement en ce qui concerne la tuberculose elle-même, mais aussi du point de vue des maladies intercurrentes, c'est-à-dire de celles qui ne sont pas causées par la tuberculose; toutefois l'état de santé du malade peut être aggravé par de telles maladies ou bien il peut y avoir rechute. Il est donc absolument indispensable, pour les classes les plus modestes, que l'assurance les protège non seulement contre les conséquences de la tuberculose proprement dite mais également contre celles des maladies intercurrentes. Si l'on faisait de l'assurance-tuberculose une assurance indépendante, celle-ci devrait garantir aussi à toute personne atteinte de tuberculose des prestations en cas de maladie intercurrente. On n'en arriverait qu'à créer une nouvelle assurance-maladie limitée à certaines personnes et qui ferait fâcheusement double emploi avec l'assurance-maladie. On pourrait éventuellement songer à laisser subsister, à côté de l'assurance-tuberculose indépendante, une assurance-maladie générale, obligatoire, distincte, mais cela provoquerait, sans aucun doute, des contestations, peu agréables pour les assurés, au sujet des prestations auxquelles sont tenus les différents assureurs. Cependant, en joignant, comme cela a été le cas jusqu'ici, l'assurance-tuberculose à l'assurance-maladie générale de façon que des prestations spéciales soient versées en cas de tuberculose, mais qu'en cas de maladie intercurrente l'assurance-maladie intervienne, empêchant toute solution de continuité, on parvient à obtenir, d'une part, la protection nécessaire et, d'autre part, l'unité désirable dans l'administration de l'assurance. Il ne faut pas oublier non plus que les cas de tuber-

culose, dans l'assurance-maladie, ne représentent que 5 pour mille. Nous craignons que, précisément dans les classes modestes de la population, on ne comprenne pas pourquoi il faudrait payer, pour une assurance couvrant un risque peu important en soi, des primes spéciales qui, pour n'être pas très élevées, n'en sont pas moins une charge pour un ménage modeste. En revanche, en joignant l'assurance-tuberculose et l'assurance-maladie, on réunira aussi les cotisations de ces deux assurances, ce qui fera sans aucun doute accepter plus facilement les cotisations destinées à couvrir le risque de tuberculose moins important.

Nous avons cru cependant devoir tenir compte des vœux exprimés par ceux qui désiraient que l'on créât une assurance-tuberculose indépendante en laissant aux *cantons* la possibilité de rendre obligatoire une telle assurance. Les cantons devront décider si, étant données les conditions régionales, il est utile d'instituer, en sus de l'assurance-maladie et tuberculose obligatoire pour les personnes de condition modeste, une *assurance-tuberculose obligatoire indépendante* pour d'autres classes de la population. Lorsque la loi que nous vous présentons aura été adoptée, le Conseil fédéral devra, en exécution de l'article 15 de la loi du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose, fixer les conditions auxquelles les subsides fédéraux de l'assurance-tuberculose pourront aussi être accordés pour ces assurés.

Bien que l'assurance ait une importance prédominante, il est indispensable de prévoir encore d'autres mesures d'ordre social. Il s'agit de certaines *prestations d'assistance supplémentaires pour les indigents*. Il faut veiller d'abord à ce que les personnes qui ne sont pas habilitées à s'assurer et les assurés qui ont épuisé leur droit aux prestations de l'assurance soient aussi protégés matériellement. D'autre part, il faut s'occuper également des personnes non soumises aux examens périodiques, donc non soumises à l'assurance obligatoire, et qui ne sont pas assurées ou ne le sont qu'insuffisamment. On ne comprendrait pas pourquoi ces gens dont la maladie, en particulier la tuberculose, a été décelée non grâce aux examens faits en série mais d'une autre manière, ne sont au bénéfice d'aucune protection alors qu'ils se sont fait examiner, de leur plein gré, il est vrai, mais dans l'intérêt général. Pour ceux-là aussi, il est nécessaire de prévoir des mesures d'assistance complétant l'assurance.

Pour des raisons de principe, pour des motifs juridiques ou pratiques, la Confédération doit — nous le répétons — limiter son action, avant tout, au développement de l'*assurance*, cependant que l'*assistance*, par sa nature même, doit rester l'affaire des *cantons* ou des *communes*. Il incombe donc aux cantons d'organiser l'assistance. Toutefois les articles 5 et 6 du projet prévoient que la Confédération leur versera des subsides pour les secours qu'ils auront accordés.

Les cantons ont cependant la possibilité, conformément à l'article 2 de la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie et accidents, de

fixer pour l'assurance-maladie obligatoire des limites plus vastes que celles que prévoit le projet de loi et de réduire ainsi les prestations d'assistance. L'assistance ne doit avoir et n'aura qu'un caractère provisoire.

h. Ce sera la tâche des autorités fédérales ou cantonales qui décréteront l'obligation à l'assurance de fixer — en se fondant sur les prestations minimums de l'assurance-maladie et de l'assurance-tuberculose — les *prestations de l'assurance* obligatoire d'après les besoins régionaux. Cela vaut en particulier pour l'*indemnité journalière* (cf. les explications données, au paragraphe VIII du présent message, à propos de l'art. 4). On peut dire que les *prestations versées par l'assurance des soins médico-pharmaceutiques conformément à la loi sur l'assurance-maladie* sont en général suffisantes.

Les prestations de l'*assurance-tuberculose* étaient jusqu'ici — ainsi que nous l'avons déjà noté — assez modestes. Mais le Conseil fédéral a, en date du 16 juin 1947, pris une ordonnance II qui modifie et complète l'ordonnance I du 19 janvier 1944 en élevant le montant des prestations minimums. Voici quelles sont les améliorations apportées, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1948, aux prestations minimums: augmentation de la contribution journalière aux frais de cure qui passe, pour les enfants, de 2 à 3 francs et, pour les adultes, de 3 à 4 francs; paiement d'une contribution aux frais d'interventions chirurgicales importantes jusqu'à 100 francs au maximum par intervention; versement de l'indemnité journalière encore après la fin de la cure pendant une durée de 3 mois au maximum, ce qui doit faciliter la réintégration dans la production; augmentation des subsides fédéraux pour contributions aux frais de cure qui passent, pour les enfants, de 1 fr. 50 à 3 francs et, pour les adultes, de 2 à 4 francs, ainsi que des subsides pour indemnités journalières, autrefois de 2 francs, actuellement de 6 francs; octroi des subsides fédéraux plus tôt soit, pour les enfants, à partir du 61<sup>e</sup> jour de cure au lieu du 91<sup>e</sup> et, pour les adultes, à partir du 121<sup>e</sup> jour de cure au lieu du 151<sup>e</sup>. Les assureurs peuvent donc accorder des contributions aux frais de cure allant jusqu'à 6 francs pour les enfants et 8 francs pour les adultes de même que des indemnités journalières atteignant jusqu'à 12 francs, et avoir droit à une subvention fédérale de 50 pour cent dès l'expiration des délais susmentionnés. En outre, la durée des prestations est portée de 540 à 720 jours et même dans des cas particuliers à 1080 jours dans une période de cinq années consécutives.

i. Par l'introduction de l'assurance obligatoire complétée par des mesures d'assistance, il est satisfait aux points 2 et 3 du postulat Spühler.

En ce qui concerne la *construction d'un nombre suffisant de sanatoriums* que demande ce postulat, le projet n'apporte aucune modification à la réglementation actuelle. De 1944 à fin 1946, il a été accordé des subsides fédéraux pour un montant de 1 925 221 francs pour l'achat, la construction et l'agrandissement de sanatoriums qui ont occasionné des dépenses

atteignant 9 345 232 francs. Ainsi le nombre des lits des établissements, destinés au traitement de la tuberculose, reconnus par la Confédération comme ayant droit au subside, a augmenté de 1212. Des autres demandes de subventions sont en ce moment à l'étude. Elles prévoient encore une augmentation de 571 lits de malade. On se rend compte par là des grands efforts faits par les cantons pour parer au manque de lits. En outre, quelques cantons sont arrivés à améliorer les possibilités d'hospitalisation en procédant à une meilleure organisation de l'utilisation des lits. Il est résulté d'une question soumise aux cantons, à l'époque, que quelques-uns d'entre eux estiment aujourd'hui déjà être prêts à faire face à l'augmentation des lits que nécessitera l'hospitalisation des cas que décèleront les examens radiophotographiques de la population. En tout état de cause, il ne faut pas abandonner le système appliqué jusqu'ici, selon lequel la participation de la Confédération, lors de l'acquisition de lits, se borne à l'octroi de subsides.

*k.* En ce qui concerne l'assistance postsanatoriale, problème très important, que reprend aussi le postulat Spühler, et dont ne s'occupaient auparavant que les dispensaires des ligues antituberculeuses, il faut dire qu'elle est en ce moment en plein développement. Alors que les ligues voient leur principale tâche dans l'assistance postsanatoriale médicale, d'autres organisations, comme « Das Band » voient leur principal but dans l'assistance postsanatoriale sociale. « Das Band » s'efforce d'y parvenir par deux voies, en créant d'une part des possibilités de travail par l'installation d'ateliers et d'autre part en fonctionnant comme office de placement pour les particuliers. Suivant la capacité de travail de l'intéressé, on cherche soit à ce qu'il soit de nouveau occupé dans sa profession antérieure, soit à lui procurer une autre activité, par réadaptation, compte tenu de ses capacités de travail réduites, ou soit à lui trouver la possibilité de travailler à domicile. Il est essentiel que l'assistance postsanatoriale commence déjà au sanatorium, que l'on tente déjà là de tirer parti du temps de cure en vue de l'avenir et que l'on y maintienne vivante, chez le malade, la volonté de ne dépendre que de soi-même. En Suisse romande, « Le Lien » et au Tessin « La Solidarietà » poursuivent les mêmes fins que « Das Band ». Il ne fait pas de doute que par une collaboration bien comprise entre les organes de l'« Association suisse contre la tuberculose » et les autres institutions, comme « Das Band », de très précieux résultats peuvent être atteints, tant au point de vue médical que social en matière d'assistance postsanatoriale. Vu le caractère de l'assistance postsanatoriale, qui doit s'occuper de cas individuels et rentre, en conséquence, dans l'activité des organisations privées, il est indiqué que la Confédération y apporte son aide sous forme de subventions. C'est pourquoi d'ailleurs « Das Band » a déjà été reconnu comme institution ayant droit à la subvention.

Les colonies pour tuberculeux, dont parle aussi le postulat Spühler, doivent être destinées à l'hospitalisation de malades chroniquement contagieux, qui ne peuvent plus être soumis à un traitement efficace et elles doivent leur offrir la possibilité de redonner à leur vie un sens, malgré leur handicap, par l'exercice d'une activité appropriée à leur état. Le traitement de la tuberculose s'efforce avec de plus en plus de succès de réduire toujours davantage le nombre de ces malades. Il tend à ce que les tuberculeux retrouvent de nouveau, dans la mesure du possible, une vie *normale*. Le dépistage précoce de tuberculeux par les examens faits en grand, comme le prévoit le projet, contribuera certainement à atteindre ce but à l'avenir pour un nombre de malades encore plus grand. La colonie est donc le dernier moyen auquel il faut avoir recours. Elle doit aussi permettre de réserver les lits des sanatoriums pour les malades qui offrent de sérieuses chances de guérison ou d'amélioration. Selon l'article 10 de la loi, l'installation de foyers familiaux est l'affaire des cantons. La Confédération en subventionne la construction et l'exploitation. Il se révèle aujourd'hui moins que jamais indiqué d'abandonner cette pratique.

## VII. LES DÉPENSES DÉCOULANT DE LA LOI COMPLÉMENTAIRE

### 1. Les mesures médicales.

a. Les examens radiophotographiques ont pu être subventionnés jusqu'ici du fait qu'on a assimilé les organisations créées par les cantons aux « services de consultations destinés à dépister les tuberculeux », au sens de l'article 10 de la loi. En conformité de l'article 14 de la loi, la Confédération accorde à de telles institutions des subventions de 25 à 33 pour cent de leurs dépenses nettes. L'article 6 du projet a abandonné, pour le subventionnement des examens radiophotographiques, l'octroi d'une contribution fixée en pour-cent calculée sur la base des frais effectifs; il prévoit en effet le versement aux cantons d'un montant fixe pour chaque examen, montant qui sera arrêté par voie d'ordonnance. Ce subside peut être plus élevé pour les contrées dans lesquelles les examens entraînent de plus grands frais, par exemple dans les montagnes.

Ce système présente divers avantages. C'est ainsi que pour la Confédération il est utile que la charge financière *maximum* probable qu'elle aura à supporter puisse être fixée assez exactement, ce qui pourra se faire, si elle octroie un subside déterminé pour chaque examen, en prenant comme base le chiffre de toute la population à examiner. Il est impossible, en revanche, d'établir avec quelque précision dans quelle marge les dépenses effectives seront inférieures au montant *maximum* ainsi fixé.

Pour les cantons également, l'octroi d'une contribution fédérale fixe, pour chaque personne radiophotographiée, offre l'avantage qu'en se fondant sur cette donnée précise ils peuvent calculer plus exactement quelles

sont les taxes qui devront être perçues pour couvrir leurs dépenses et, le cas échéant, décider s'ils n'en veulent pas prélever du tout.

Dans l'intérêt de la lutte contre la tuberculose, il faut que le plus grand nombre de sujets soient examinés d'une manière assurant le meilleur emploi possible du personnel et des appareils. Et pour cela, le système de subventionnement prévu est aussi favorable.

Aujourd'hui pour l'examen de la population n'entre en considération que la radiophotographie. Si un meilleur procédé technique devait être trouvé par la suite, les nouvelles dispositions financières qui s'imposeraient, le cas échéant, pourraient être introduites par voie d'ordonnance. Une adaptation de telles dispositions serait également beaucoup plus possible avec le système de subventionnement que nous proposons, si l'expérience qui sera faite avec l'application de la radiophotographie en démontrait la nécessité.

Pour toutes ces raisons, il paraît bien nécessaire de donner ici la préférence au système de subventionnement prévu et de s'écarter, en conséquence, pour les examens en série, du système adopté d'une manière générale dans la lutte contre la tuberculose et qui consiste à accorder un subside égal à tel ou tel pour-cent des dépenses non couvertes.

Ainsi la charge qui en résultera pour la Confédération peut être calculée, si l'on admet qu'au maximum 3 millions de personnes seront examinées dans l'espace de trois ans. Supposé que le subside fédéral soit de 50 centimes à 1 franc pour chaque examen, la dépense annuelle de la Confédération serait de 500 000 à 1 million de francs.

b. A côté des nouvelles dépenses provoquées directement par l'application des dispositions concernant les examens périodiques de la population, la loi complémentaire entraînera indirectement, dans un proche avenir, une hausse d'autres dépenses occasionnées par la lutte contre la tuberculose.

aa. Un meilleur dépistage des malades et la nouvelle teneur de l'article 2 de la loi (art. 7 du projet) concernant la notification obligatoire, auront pour effet que les cantons devront faire face à un surcroît de dépenses pour *l'indemnité qu'ils versent pour les déclarations médicales*. La Confédération a alloué ces dernières années, pour les frais occasionnés jusqu'ici aux cantons par ces déclarations, en moyenne 6800 francs de subvention. Les nouvelles dispositions n'auront pas pour effet d'augmenter ce montant dans de fortes proportions, disons de 10 à 20 pour cent approximativement.

bb. Il faut aussi s'attendre à une hausse des *frais découlant des examens bactériologiques* (art. 4 de la loi), car cette mesure sera en maints cas partie intégrante des examens complémentaires. Si les taux des subsides n'avaient pas été réduits, la Confédération aurait versé

à ce titre, en 1944, 21 246 francs. Ce montant s'élèvera de la moitié, environ, plutôt moins.

cc. Il en sera de même, mais dans une moindre mesure, des *frais de désinfection* (art. 5 de la loi). Les examens en série devraient permettre de découvrir de plus en plus la tuberculose à son stade fermé, c'est-à-dire quand le malade n'est pas encore contagieux et qu'en conséquence la désinfection des locaux ne s'impose pas. En 1944, avec des taux non réduits, la Confédération aurait versé aux cantons et aux communes, pour les désinfections, 11 705 francs. En admettant, par approximation, une augmentation de 10 à 15 pour cent de ce montant, on tient largement compte de la hausse à laquelle il faut s'attendre.

dd. Du fait de l'augmentation du nombre des personnes devant être hospitalisées, ce nouveau système de dépistage des malades aura aussi pour effet d'augmenter les *frais d'exploitation des établissements reconnus comme ayant droit à la subvention*, destinés à prévenir l'apparition de la tuberculose et à fortifier l'organisme des individus menacés, que vise l'article 10, lettre a, de la loi sur la lutte contre la tuberculose. Il en sera de même pour les établissements et institutions que mentionne ce même article sous lettre c, destinés à recueillir et traiter les tuberculeux et à les réadapter au travail. Si l'on peut admettre, en se fondant sur les résultats des examens exécutés jusqu'ici, que parmi les personnes radiophotographiées 4 à 5 pour mille ont besoin de suivre une cure, cela ne signifie pourtant pas que sur 1 million de sujets examinés 4 à 5000 de plus que précédemment devront être hospitalisés par an. Dans la plupart des cas, les examens en série ne feront simplement que déplacer le moment où, la maladie découverte, le traitement commence (dépistage précoce). De plus, il faut tenir compte que les examens en série se développeront progressivement jusqu'à ce que soient atteints les chiffres maximums de radiophotographies, de sorte qu'il n'y a guère lieu de s'attendre à une brusque augmentation du nombre des hospitalisations. Enfin, il faut ajouter qu'une partie considérable de la population a déjà été soumise à des examens en série. En effet, de 1943 à 1946, seuls les examens radioscopiques dans l'armée et les radiophotographies se sont élevés à plus de 900 000. L'augmentation, à la suite de ces examens, des journées de maladie pouvant être subventionnées, doit être calculée au moyen d'éléments qui, d'une part, peuvent être fondés sur les données de la statistique de la lutte menée jusqu'ici contre la tuberculose et, d'autre part, dans une large mesure, seulement sur des estimations. Le nombre des journées de maladie subventionnées atteint en 1944 le chiffre de 2 852 348 qui bénéficièrent de subsides fédéraux

d'un montant de 1 170 000 francs. Si le nombre de ces journées augmentait d'un tiers, il en résulterait pour le subside fédéral une hausse d'environ 390 000 francs.

- ee. Ce que sera pour la Confédération la charge financière découlant de la *construction, de l'acquisition ou de l'agrandissement d'établissements antituberculeux* dépend en première ligne des décisions des cantons, des communes, des caisses-maladie et des organisations antituberculeuses. Elle ne peut pas en conséquence être déterminée à l'avance.
- ff. Il faut aussi s'attendre que les *institutions d'assistance* que vise la lettre b de l'article 10 de la loi ressentiront les effets de l'application de la loi complémentaire. Par l'obligation qu'auront les milieux de la population à revenus modestes de s'assurer, les dépenses de ces organisations d'un côté diminueront et, de l'autre, subiront une hausse, là où les cantons confient aux ligues cantonales le soin de prendre les mesures d'assistance prévues à l'article 5 du projet. Ici aussi, il n'est pas possible de citer un chiffre.

## 2. Les mesures d'ordre social.

a. La nouvelle loi influera tout d'abord sur les subsides fédéraux à l'*assurance-maladie ordinaire*. L'introduction d'une assurance obligatoire aura certainement pour effet d'élargir le cercle des assurés. Toutefois, à en juger par l'effectif des personnes affiliées à des caisses-maladie au 31 décembre 1945 (2 524 599 personnes étaient alors assurées contre la maladie, dont 1 870 951 contre la tuberculose), il ne semble pas que le nombre des assurés doive augmenter beaucoup. Le cercle des assurés a d'ailleurs continué à s'élargir depuis 1945, grâce aux contrats collectifs de travail, conclus en grand nombre en 1946 et prévoyant presque tous l'assurance-maladie des salariés, et grâce aussi aux nouveaux assurés volontaires.

En outre, comme nous l'avons dit plus haut, l'assurance obligatoire a déjà été introduite dans un certain nombre de cantons et de communes. Pour cette raison encore, la nouvelle loi, qui n'intéresse guère que les personnes de condition modeste, n'aura pas une grande influence sur l'extension de l'assurance obligatoire. Il faut d'ailleurs remarquer que les examens en série et, avec eux, l'assurance obligatoire ne seront introduits que progressivement.

L'augmentation du nombre des assurés et les perfectionnements apportés au dépistage de la tuberculose se traduiront, dans l'*assurance-tuberculose*, par l'accroissement du nombre des cas donnant droit aux subsides fédéraux. D'où un surcroît de frais pour la Confédération. En revanche, les dépenses pour le développement de l'assurance-tuberculose ne doivent pas être considérées comme les conséquences financières de la nouvelle loi; car les

subsidés fédéraux octroyés à cette fin se justifient par l'article 15 de la loi sur la lutte contre la tuberculose.

Selon toute présomption, les *charges supplémentaires occasionnées à la Confédération* par l'accroissement du nombre des personnes assurées contre la maladie et des cas d'assurance-tuberculose s'élèveront annuellement à un demi-million de francs au maximum. Une remarque s'impose ici: du fait de l'introduction d'une assurance obligatoire en vertu de la nouvelle loi, la revision de la loi sur l'assurance-maladie se trouvera en partie chose faite. Par le moyen de cette revision, on se propose en effet d'introduire, sur le plan fédéral, une assurance obligatoire pour les personnes à revenu modeste. Les dépenses supplémentaires faites conformément à la nouvelle loi, en vue d'élargir le cercle des assurés, ne devront donc pas être prises en considération pour la revision de la loi sur l'assurance-maladie.

b. Des indications précises sur le *nombre des indigents* qui bénéficieront des secours prévus à l'article 5 font défaut. Ce nombre dépendra de la conjoncture économique et sera donc soumis à de fortes fluctuations. Il faut remarquer cependant que beaucoup de nécessiteux sont déjà assurés. En outre, si l'on introduit l'assurance obligatoire conformément à l'article 4 de la nouvelle loi, quantité d'autres indigents seront assujettis à l'assurance. Les dépenses totales de la Confédération, pour les secours en question, ne semblent pas devoir dépasser 250 000 francs; il est presque certain qu'elles seront même inférieures à ce montant.

### 3. Résumé.

Si l'on considère l'accroissement des dépenses, par suite du renforcement de la lutte contre la tuberculose, il ne faut jamais oublier que si, aujourd'hui, de grandes sommes sont affectées à la lutte contre la tuberculose, demain, le nombre des cas de tuberculose diminuera et avec lui les charges financières. Employées de façon rationnelle, les sommes ainsi affectées permettront de limiter les gros dommages causés aujourd'hui encore à la santé du peuple et à l'économie nationale.

Conformément aux chiffres 1 et 2 ci-dessus, le montant présumé des dépenses moyennes annuelles de la Confédération doit être calculé de la manière suivante:

	Fr.
a. Coût des examens en série (art. 1 <sup>er</sup> et art. 6, 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> al.)	750 000
b. Charges supplémentaires indirectes . . . . .	400 000
c. Assurance-maladie et assurance-tuberculose . . . . .	500 000
d. Secours (art. 5 et art. 6, 3 <sup>e</sup> al.) . . . . .	200 000
Frais pour la Confédération: total	<u>1 850 000</u>

## VIII. COMMENTAIRE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI

*Article premier.*

Le premier alinéa dispose que le Conseil fédéral peut instituer des examens périodiques et obligatoires de la population ou de certains groupes de la population. Si le Conseil fédéral ne fait pas usage de ce droit, il se transfère aux cantons (3<sup>e</sup> al.).

*Art. 2.*

Les cantons pourvoient à l'organisation des examens (art. 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> al.), cependant le Conseil fédéral en assure l'uniformité par voie d'ordonnance. Il a donc ainsi la possibilité d'imposer un procédé d'examen déterminé, tel que celui que propose la motion Bircher: la radiophotographie. En s'appuyant sur cette disposition, il pourra aussi arrêter les mesures nécessaires pour l'établissement d'un fichier. Même en tenant compte le plus largement des différences que l'on observe dans les conditions locales de notre pays, on ne peut renoncer en l'occurrence à fixer des principes techniques uniformes. Dans cette idée, le département fédéral de l'intérieur avait déjà adressé aux cantons au mois de mars 1946 des « Instructions pour l'application de la radiophotographie dans la lutte contre la tuberculose », instructions selon lesquelles les examens déjà en cours doivent être faits d'après une méthode uniforme qui, par la suite, prévoyait-il, pourrait être fixée par les dispositions légales sur la matière. Ces instructions, qui pratiquement ont fait leurs preuves, concernent l'organisation des examens, la teneur et la classification de la fiche individuelle, l'enregistrement, l'organisation et l'exécution des interprétations, l'indication des constatations d'après une grille uniforme, l'exécution des examens complémentaires, la protection du secret médical, la collaboration avec les dispensaires et la notification.

*Art. 3.*

Les cantons sont autorisés à percevoir des taxes pour couvrir les frais des simples examens faits en série. Par le terme de « simple examen en série », il faut entendre l'examen, appliqué aux masses uniquement, à savoir, en ce qui concerne la radiophotographie, la prise du cliché et son appréciation. L'examen plus approfondi des cas de tuberculose ou des cas suspects n'entre plus, en revanche, dans le cadre du simple examen.

Une partie des cantons ont prélevé jusqu'ici, pour les examens radiophotographiques, une taxe allant pour les enfants de 50 centimes à 1 fr. 50 et pour les adultes de 1 à 3 fr. 50. Quelques cantons n'ont perçu aucune taxe. Jusqu'ici, lors d'examens d'entreprises, les employeurs ont en général couvert les frais bénévolement. Dans la majeure partie des cas, les communes ont assumé les frais qu'occasionnaient les examens des écoliers. D'après le projet de loi, les cantons doivent également décider s'ils veulent percevoir une taxe. On ne peut pas d'emblée admettre qu'à l'avenir les

employeurs continueront toujours à prendre à leur charge les frais en question. Ils y seront en tout cas certainement bien moins disposés en périodes de crise qu'en temps de prospérité. De plus, jusqu'ici l'examen a porté sur les employés d'importantes entreprises, disposant des moyens financiers nécessaires et dont les chefs firent preuve d'une large compréhension, entreprises auprès desquelles on pouvait s'attendre d'avance à une telle attitude de la part des directions et du personnel. Il sera certainement plus difficile de rencontrer suivant les circonstances le même esprit dans les petites exploitations, financièrement moins bien situées, en particulier dans la petite industrie.

Les mineurs et les indigents sont exemptés du paiement des taxes. Pour les écoliers, les examens sont déjà gratuits en maints endroits. Cet allègement se justifie pleinement pour toute la classe d'âge des mineurs, car ils sont tout particulièrement menacés et il faut tout mettre en œuvre pour qu'ils soient examinés avec le moins de difficultés. Il est de la compétence des cantons de préciser les catégories d'indigents qui ne doivent pas payer de taxes. Une ordonnance du Conseil fédéral fixera les limites maximums des taxes. Elles dépendront dans chaque cas du procédé d'examen et de l'ampleur du travail qu'il nécessite suivant les conditions locales.

#### Art. 4.

Suivant cette disposition, le Conseil fédéral ou les cantons doivent, tout en instituant les examens périodiques, rendre l'assurance obligatoire pour les catégories de personnes soumises à ces examens — en tant qu'il s'agit de personnes à revenus modestes. La question a été réglée de telle sorte que les cantons puissent être appelés à délimiter le cercle des assurés même si c'est le Conseil fédéral qui a déclaré l'assurance obligatoire. Il sera ainsi possible de faire cette délimitation en tenant compte chaque fois des circonstances régionales. Le Conseil fédéral peut en outre charger les cantons de mettre en pratique l'assurance déclarée par lui obligatoire; dans ce cas également, il sera possible de tenir compte des circonstances régionales.

Le Conseil fédéral et les cantons doivent fixer les prestations d'assurance conformément à la disposition du second alinéa. Cette disposition prescrit, comme prestations minimums, *les soins médicaux et les médicaments prévus par la loi sur l'assurance-maladie*; car l'assurance-tuberculose repose sur l'assurance-maladie. A ces prestations s'ajoutent *les soins médicaux et pharmaceutiques minimums de l'assurance-tuberculose*, ainsi qu'une *indemnité journalière* pour les adultes. Pour que le montant des cotisations puisse demeurer aussi bas que possible, on a prévu que l'indemnité journalière pourra être versée, en cas de tuberculose, même aux personnes qui ne sont pas assurées pour cette indemnité, dans l'assurance-maladie ordinaire. Conformément à l'article 2 de la loi sur l'assurance-maladie, les cantons

peuvent néanmoins déclarer obligatoire l'assurance ordinaire d'une indemnité journalière. On leur a laissé cette faculté parce que dans plusieurs d'entre eux, notamment dans les cantons ruraux, l'introduction de cette assurance ne semble pas absolument nécessaire.

C'est à dessein que l'on ne mentionne, au second alinéa, que les prestations minimums de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques en cas de maladie et de l'assurance-tuberculose; le *montant de l'indemnité journalière*, en particulier, n'est pas fixé. Mais les prescriptions d'exécution des lois sur l'assurance-maladie et l'assurance-tuberculose obligatoires, de même que les contrats collectifs de travail, pourront régler en détail la question des indemnités journalières. Il n'est pas possible de fixer d'une façon uniforme les prestations d'assurance pour l'ensemble du pays, car les conditions économiques varient d'une région à l'autre et dans les différentes professions. C'est pourquoi il faut que les prestations puissent être fixées dans les divers cas, lors de l'institution de l'assurance obligatoire, conformément aux besoins des différentes classes de la population.

Le 3<sup>e</sup> alinéa de l'article 4 autorise les cantons à déclarer l'assurance-tuberculose obligatoire indépendamment de l'assurance-maladie, pour les classes de la population qui ne sont pas obligatoirement assurées en vertu du premier alinéa, c'est-à-dire pour les personnes qui ont un revenu plus élevé ou pour celles qui ne sont pas soumises à l'examen en série. Il ne semble pas indiqué que les cantons délèguent cette compétence aux communes, la tuberculose étant une maladie transmissible contre laquelle la protection de l'assurance doit être aussi générale que possible. Suivant l'article 2 de la loi sur l'assurance-maladie, les cantons peuvent déclarer obligatoire l'assurance générale en cas de maladie, pour toute la population ou pour certaines catégories de personnes. On ne pourrait guère faire dériver de cette disposition le droit des cantons de déclarer l'assurance obligatoire pour certaines maladies seulement, comme par exemple pour la tuberculose. C'est pourquoi nous estimons nécessaire d'adopter dans la nouvelle loi une disposition conférant aux cantons le droit d'introduire une assurance-tuberculose obligatoire.

L'article 4 de la nouvelle loi modifie sur deux points la situation juridique créée par la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents. D'abord, la Confédération fait usage du droit que lui confère l'article 34*bis* de la constitution, d'introduire l'assurance obligatoire pour toute la population ou pour certaines catégories de personnes, toutefois, tel qu'il est prévu à l'article 4 de la nouvelle loi, l'exercice de ce droit est subordonné à la condition que des examens périodiques soient institués. Enfin, les cantons obtiennent l'autorisation de déclarer l'assurance-tuberculose obligatoire indépendamment de l'assurance-maladie.

*Art. 5.*

Les secours ne sont versés qu'aux ressortissants suisses *indigents*. Sont réputées tels les personnes qui ne peuvent subvenir par leurs propres moyens, ou avec l'aide de tierces personnes (parents, etc.) ou de l'assurance, à l'entretien de leur famille et aux frais de maladie. Conformément à l'article 6, 4<sup>e</sup> alinéa, c'est aux cantons qu'il appartient de décider si les secours doivent être versés aux étrangers.

Ne sont pas habilitées à s'assurer, en vertu du premier alinéa, lettre *a*, en particulier les personnes qui, lors de l'introduction de l'assurance obligatoire, étaient déjà malades et ne faisaient pas encore partie d'une caisse-maladie. L'inclusion de ces personnes dans l'assurance constituerait une charge trop lourde pour cette dernière et, par suite, pour les membres tenus de verser des cotisations. Toutefois, le Conseil fédéral et les cantons peuvent prescrire que l'admission dans l'assurance aura lieu sans égard à l'état de santé, à la condition qu'il n'en résulte pas de trop lourdes charges pour l'assurance. En revanche, ce serait aller trop loin que d'insérer dans la loi une disposition à ce sujet.

Règle générale, l'entrée dans l'assurance obligatoire est également subordonnée à une limite d'âge maximum. Une certaine latitude devant aussi être laissée dans la fixation de cette limite, il peut arriver que des personnes ne puissent plus, vu leur âge, être admises dans l'assurance. En cas de tuberculose, ces personnes devront alors être secourues par d'autres moyens.

Dans l'assurance obligatoire aussi, le droit aux prestations est subordonné à l'écoulement d'un certain laps de temps après l'acquisition de la qualité de membre (*stage*). En outre, l'obligation d'assurance commence généralement à l'expiration d'un délai de résidence. C'est pourquoi il y a lieu de prévoir l'octroi de secours notamment pour le cas où l'assuré change de domicile et passe d'un canton à assurance obligatoire dans un autre canton où l'assurance est également obligatoire.

Enfin, une personne qui, à raison de sa situation économique, n'était pas soumise à l'assurance des personnes à revenu modeste, peut tomber dans la gêne et contracter une maladie avant d'être assujettie.

Les prestations d'assurance prévues à l'article 4 et les secours dont il est question à l'article 5 sont accordés aux tuberculeux dont l'état nécessite un traitement. Cela découle de la nature des prestations d'assurance, comme aussi du texte de l'article 5, premier alinéa. On rencontre cependant des tuberculeux dont l'état ne nécessite aucun traitement, mais qui, pour ne pas contaminer leurs collègues, doivent être déplacés de leur lieu de travail. Par analogie avec l'article 6, 3<sup>e</sup> alinéa, de la loi sur la lutte contre la tuberculose, disposition applicable seulement aux membres du personnel enseignant et du personnel de garde, on a prévu à l'article 5, 2<sup>e</sup> alinéa, de

la nouvelle loi que les personnes ainsi déplacées de leur lieu de travail recevront un secours équitable du canton de domicile.

La disposition du 3<sup>e</sup> alinéa, suivant laquelle les secours des cantons ne doivent pas être considérés comme des prestations d'assistance publique, a été insérée à la demande de groupes de tuberculeux. Elle se justifie par le fait qu'il s'agit généralement de personnes tombées dans le besoin sans faute de leur part; il serait choquant, en effet, que l'état de gêne entraînant des conséquences de droit public préjudiciables à ces personnes.

Le 4<sup>e</sup> alinéa prévoit que le canton de domicile du malade a le droit de se faire rembourser par le canton d'origine les secours versés; le montant de ces secours dépend de la durée de résidence. D'aucuns ont proposé que cette question fût réglée par la voie d'un concordat intercantonal. Outre que la conclusion d'une telle convention exigerait beaucoup de temps, cette solution ne serait satisfaisante que si réellement tous les cantons adhéraient au concordat.

#### *Art. 6.*

La justification du premier alinéa a déjà été faite. Etant donné que, jusqu'à ce jour, les examens ont été subventionnés conformément à l'article 14 de la loi sur la lutte contre la tuberculose, il est nécessaire d'empêcher de doubles subventions (2<sup>e</sup> al.).

Le 3<sup>e</sup> alinéa règle la participation financière de la Confédération aux secours versés par les cantons en vertu de l'article 5. Les conditions mises à l'octroi des subsides fédéraux sont que le canton ait institué une assurance obligatoire, conformément à l'article 4 de la nouvelle loi ou à l'article 2 de la loi sur l'assurance-maladie, et que le Conseil fédéral ait approuvé les prescriptions cantonales relatives aux secours. La seconde de ces conditions doit permettre au Conseil fédéral de maintenir dans des limites raisonnables la participation de la Confédération aux secours, et de coordonner ces derniers et les prestations d'assurance.

Au sujet du 4<sup>e</sup> alinéa, il faut remarquer que la réglementation par voie de conventions internationales est réservée.

#### *Art. 7.*

Cet article modifie deux articles de la loi sur la lutte contre la tuberculose.

L'article 2, 1<sup>er</sup> alinéa, de cette loi est maintenant rédigé de façon que les médecins sont tenus de déclarer tous les cas de tuberculose dont ils ont connaissance et qui présentent un danger pour autrui. La disposition en vigueur jusqu'ici d'après laquelle le « médecin a l'obligation de déclarer la tuberculose dans tous les cas où le caractère de la maladie et les conditions dans lesquelles vit le malade constituent un danger pour autrui »

n'a jamais donné pleinement satisfaction. Etant donné que l'appréciation des conditions personnelles de vie relève du sentiment subjectif du médecin, il n'y avait aucune uniformité dans la déclaration des cas infectieux de tuberculose. De nombreux médecins notifiaient de leur propre chef tous cas de tuberculose bacillaire. En outre, il est arrivé fréquemment que des cas de tuberculose fermée étaient annoncés dans l'idée, juste d'ailleurs, que de tels cas pouvaient devenir bacillaires d'un jour à l'autre et être un danger pour l'entourage du malade. La nouvelle teneur du premier alinéa de l'article 2 évite pour cette raison l'expression « ouvert » ou « bacillaire » et ne parle plus que de tuberculoses qui « constituent un danger pour autrui ». Il n'y a plus lieu de tenir compte des « conditions personnelles », changeantes d'ailleurs, et la tuberculose est ainsi assimilée aux autres maladies transmissibles qui, selon la législation actuellement en vigueur, doivent être également déclarées indépendamment des conditions de vie du malade.

Le 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 2 de la loi en vigueur astreint au secret les personnes qui reçoivent la déclaration, en conformité du premier alinéa, ou qui ont la charge d'appliquer les mesures nécessaires qu'elle prévoit. Bien que l'article 321 du code pénal dispose que non seulement les médecins, mais aussi leurs auxiliaires sont tenus d'observer le secret à eux confié en vertu de leur profession et que, dans les examens en série, les aides, techniciens ou autres, doivent aussi être considérés comme des auxiliaires des médecins, il paraît indiqué d'étendre expressément les effets de l'actuel alinéa 2 à toutes les personnes qui, prenant part aux examens en série, peuvent avoir connaissance des constatations du médecin.

Si les examens en série doivent atteindre pleinement leur but, c'est-à-dire s'ils doivent contribuer avec succès, selon les propres termes de la motion Bircher, à « enrayer la tuberculose », il faut aussi que les autorités compétentes aient légalement la possibilité d'appliquer certaines mesures s'imposant dans l'intérêt de la communauté. L'actuel article 3 de la loi oblige les cantons à prendre les mesures nécessaires pour prévenir la propagation de la tuberculose, sans préciser davantage lesquelles de ces mesures elles peuvent arrêter, en se fondant sur cette disposition. Le 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 3, par sa nouvelle rédaction, autorise les autorités cantonales compétentes à déplacer de son lieu de travail un tuberculeux qui, dans l'exercice de sa profession, constitue un danger pour son entourage. Dans la plupart des cas, le traitement auquel devra se soumettre le malade l'incitera à cesser de travailler. Mais la possibilité de protéger l'entourage sain doit aussi exister lorsque le malade ne se rend pas compte qu'il doit suivre un traitement ou n'en a pas besoin, comme cela peut arriver dans les cas à évolution très chronique.

Les examens en série précisément et surtout dans l'armée ont montré que des personnes atteintes de tuberculose ouverte qu'elles ignorent, se

sentant en santé et parfaitement aptes au travail, et qui vivent en conséquence normalement en étroit contact avec les autres gens, sans prendre aucune précaution, peuvent ainsi contaminer des groupes entiers de personnes. La loi actuelle déjà prévoit l'éloignement du travail pour certaines catégories de professions, à savoir du personnel enseignant et du personnel de garde des écoles et institutions similaires, dès qu'une tuberculose menaçant de se propager est découverte.

A maintes reprises, la question a été soulevée de savoir si un *tuberculeux asocial*, c'est-à-dire un malade atteint de tuberculose ouverte qui, par sa conduite et son genre de vie, constitue, parfois même intentionnellement dans certains cas, une source dangereuse d'infection, peut être contraint à se faire hospitaliser dans un établissement approprié. Il lui a été répondu différemment. D'un côté, on estimait que l'hospitalisation forcée ne peut pas découler de l'article 3 actuel, mais que la loi sur la lutte contre la tuberculose ne réglant pas complètement tout le problème de la lutte contre la tuberculose, les cantons peuvent, en s'appuyant sur leur législation générale de police sanitaire, arrêter des prescriptions relatives au traitement des tuberculeux sociaux. D'un autre côté, on exprimait l'avis que l'hospitalisation forcée peut être appliquée dans le cadre que constitue l'article 3 de la loi et qu'en conséquence les cantons peuvent, en exécution de cette prescription fédérale, décider de l'hospitalisation de certains tuberculeux.

Le Conseil fédéral fit sienne cette manière de voir, en approuvant des prescriptions cantonales sur la matière. Mais les cantons n'ont fait que peu usage de cette compétence. L'expérience montre que de telles dispositions, du seul fait qu'elles existent, ont déjà un effet des plus utiles. *Le 3<sup>e</sup> alinéa de l'article 3 (nouvelle teneur)* n'introduit donc qu'une disposition que les cantons déjà maintenant sont autorisés à arrêter en exécution de l'article 3 de la loi de 1928.

Les personnes touchées par l'application de l'article 3 sont protégées contre les suites matérielles auxquelles les exposent leur maladie, voire leur éloignement du travail ou leur hospitalisation, soit par l'article 4 (assurance obligatoire) ou par l'article 5 (mesures d'assistance) de la loi complémentaire.

#### Art. 8.

Pour le droit de recours, il est indiqué d'appliquer la réglementation qui est prévue par la loi sur la lutte contre la tuberculose.

#### Art. 9.

Cet article contient les dispositions pénales. L'article 17 de la loi ne peut pas être appliqué tel quel à la loi complémentaire, son alinéa 1<sup>er</sup> ayant une portée trop restreinte. Il ne contient en effet qu'une menace de sanctions en cas de contraventions aux prescriptions générales sur la matière. C'est pourquoi l'article 9 de la loi complémentaire prévoit en outre une sanction

lorsqu'il est porté atteinte aux dispositions légales particulières, dans lesquelles sont ainsi englobées également les prescriptions concernant l'assurance obligatoire.

Nous fondant sur les considérations qui précèdent, nous avons l'honneur de vous soumettre le projet de loi complémentaire ci-joint et de vous en recommander l'adoption.

Veillez agréer, Monsieur le Président et Messieurs, les assurances de notre haute considération.

Berne, le 8 juillet 1947.

Au nom du Conseil fédéral suisse:

*Le président de la Confédération,*  
ETTER.

6517

*Le vice-chancelier,*  
Ch. OSER.

(Projet.)

## **Loi fédérale**

### **complétant celle du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose.**

L'ASSEMBLÉE FÉDÉRALE DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE,

vu les articles 34 *bis* et 69 de la constitution;  
vu le message du Conseil fédéral du 8 juillet 1947,

*arrête :*

Article premier.

<sup>1</sup> Pour que les personnes atteintes de tuberculose puissent être décelées et assistées à temps, le Conseil fédéral peut instituer des examens périodiques et obligatoires de la population ou de certains groupes de la population.

<sup>2</sup> Les cantons pourvoient à l'organisation de ces examens.

<sup>3</sup> Si le Conseil fédéral ne fait pas usage du droit que lui confère le premier alinéa, ce droit se transfère aux cantons.

## Art. 2.

Le Conseil fédéral assure, par voie d'ordonnance, l'uniformité des examens.

## Art. 3.

<sup>1</sup> Les cantons sont autorisés à percevoir des taxes pour couvrir les frais des simples examens faits en série. Le Conseil fédéral fixe le montant maximum de ces taxes.

<sup>2</sup> Les employeurs peuvent être contraints de payer tout ou partie des taxes dues par leurs salariés. Les mineurs et les indigents sont exemptés du paiement des taxes.

## Art. 4.

<sup>1</sup> En instituant des examens périodiques conformément à l'article premier, le Conseil fédéral ou les cantons obligeront les groupes de la population à revenu modeste, soumis auxdits examens, à s'assurer contre les suites matérielles de la maladie et en particulier de la tuberculose.

<sup>2</sup> L'assurance doit garantir au moins:

- a. Les soins médicaux et les médicaments, conformément à la loi du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents;
- b. Les prestations médicales et pharmaceutiques et une indemnité journalière pour les adultes conformément à l'ordonnance prise par le Conseil fédéral pour assurer l'exécution de l'article 15 de la loi du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose.

<sup>3</sup> Les cantons sont autorisés à déclarer l'assurance-tuberculose obligatoire indépendamment de l'assurance-maladie pour les groupes de la population qui ne sont pas obligatoirement assurés en vertu de l'alinéa premier.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral peut charger les cantons de mettre en pratique l'assurance déclarée obligatoire par lui, conformément au premier alinéa, et en particulier de délimiter la catégorie des personnes à revenu modeste.

<sup>5</sup> Les dispositions cantonales sur l'assurance obligatoire doivent être soumises à l'approbation du Conseil fédéral.

## Art. 5.

<sup>1</sup> Les cantons, par des mesures d'assistance, pourvoient au traitement des ressortissants suisses indigents, tuberculeux, et aux besoins de leur famille:

- a. Lorsqu'ils sont soumis à l'assurance obligatoire en vertu de l'article 4 de la présente loi, mais que, suivant les principes généraux de l'assurance, ils ne sont pas habilités à s'assurer, ou n'ont pas encore droit aux prestations, ou ont besoin d'une protection matérielle excédant celle que leur procure l'assurance, ou encore ont épuisé leur droit aux prestations;

b. Lorsque, non soumis à l'assurance obligatoire, ils ne sont pas assurés ou ne le sont qu'insuffisamment.

<sup>2</sup> Les cantons peuvent accorder un secours équitable aux ressortissants suisses tuberculeux qui n'ont pas besoin de traitement et qui sont déplacés de leur lieu de travail, conformément à l'article 3, 2<sup>e</sup> alinéa de la loi du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose, s'ils tombent dans le besoin, ainsi que leur famille, sans faute de leur part.

<sup>3</sup> Les secours versés par les cantons ne doivent pas être considérés comme des prestations de l'assistance publique.

<sup>4</sup> Les cantons de domicile ont le droit de se faire rembourser par le canton d'origine la totalité des secours versés à ses ressortissants domiciliés sur leur territoire depuis deux ans ou moins, et la moitié des secours si ces personnes sont domiciliées depuis deux à cinq ans. Lorsque le domicile a duré plus de cinq ans, le canton de domicile doit seul supporter les frais d'assistance.

#### Art. 6.

<sup>1</sup> Pour les simples examens faits en série conformément à l'article premier, la Confédération verse aux cantons, pour chaque examen, un subside dont le montant est fixé par le Conseil fédéral et qui peut être proportionné aux frais des examens dans les différentes régions du pays. Ce subside est aussi accordé pour les examens subis volontairement.

<sup>2</sup> En revanche, la Confédération n'accorde pas, pour les frais d'examens, les subsides prévus à l'article 14 de la loi du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose.

<sup>3</sup> En ce qui concerne les secours versés par les cantons en vertu de l'article 5 de la présente loi, la Confédération peut en rembourser, suivant la situation financière du canton, jusqu'au quart au maximum, à la condition que le canton ait déclaré l'assurance obligatoire, conformément à l'article 4, et que les prescriptions cantonales relatives aux secours aient été approuvées par le Conseil fédéral.

<sup>4</sup> Si les cantons mettent les étrangers au bénéfice de l'assistance prévue à l'article 5, la Confédération accorde également des subsides conformément au troisième alinéa.

#### Art. 7.

Les articles 2 et 3 de la loi du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes:

*Art. 2:* <sup>1</sup> Les médecins ont l'obligation de déclarer tout cas de tuberculose dont ils ont eu connaissance et qui constitue un danger pour autrui.

<sup>2</sup> Celui qui prend une part active aux examens périodiques, celui qui reçoit les déclarations prévues au premier alinéa ou a charge d'appliquer les mesures nécessaires est astreint au secret.

*Art. 3 :* <sup>1</sup> Les cantons prennent les mesures nécessaires pour empêcher la propagation de la tuberculose par les malades constituant un danger pour autrui.

<sup>2</sup> L'autorité cantonale compétente peut déplacer de son lieu de travail un tuberculeux qui, dans l'exercice de sa profession, constitue un danger pour son entourage.

<sup>3</sup> L'autorité cantonale compétente peut ordonner que les malades réfractaires à une décision prise en vertu du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>e</sup> alinéa soient hospitalisés dans un établissement approprié.

#### Art. 8.

Les dispositions de l'article 16 de la loi du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose valent pour l'application de la présente loi.

#### Art. 9.

<sup>1</sup> Celui qui, intentionnellement ou par négligence, contrevient aux prescriptions de la présente loi et aux dispositions fédérales ou cantonales d'exécution, ainsi qu'aux décisions prises en vertu de ces dispositions, sera puni de l'amende jusqu'à mille francs.

<sup>2</sup> Celui qui, par des indications mensongères ou par la dissimulation de certaines circonstances, fait accorder ou tente de faire accorder à lui-même ou à autrui un secours ou des soins gratuits, sera puni de l'amende jusqu'à deux mille francs, à moins qu'il ne tombe sous le coup de dispositions pénales plus sévères.

<sup>3</sup> La poursuite pénale et le jugement incombent aux cantons.

<sup>4</sup> Le produit des amendes est attribué aux cantons.

#### Art. 10.

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution de la présente loi. Il fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

<sup>2</sup> Sont abrogées à la même date les dispositions des lois et ordonnances fédérales et cantonales contraires à la présente loi.

**Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet de loi complétant celle du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose. (Du 8 juillet 1947.)**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1947
Année	
Anno	
Band	2
Volume	
Volume	
Heft	27
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	5484
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	10.07.1947
Date	
Data	
Seite	481-524
Page	
Pagina	
Ref. No	10 090 831

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.