

# FEUILLE FÉDÉRALE SUISSE

---

XLVIII<sup>me</sup> année. Vol. I.

N<sup>o</sup> 7.

Mercredi 12 février 1896

---

Abonnement par année (franco dans toute la Suisse): 5 francs.

Prix d'insertion 15 centimes la ligne ou son espace. Les insertions doivent être transmises franco à l'expédition. — Imprimerie et expédition de C.-J. Wyss, à Berne.

---

## Message

du

conseil fédéral à l'assemblée fédérale

concernant

deux projets de lois sur l'assurance contre les maladies  
et les accidents.

(Du 21 janvier 1896.)

---

Monsieur le Président et Messieurs,

Par son message du 28 novembre 1889 (F. féd. 1890, I. 309 à 324), le conseil fédéral proposait à l'assemblée fédérale de reviser la constitution en y insérant un article 34<sup>bis</sup> ainsi conçu :

« La Confédération a le droit d'introduire, par voie législative, l'assurance obligatoire contre les accidents.

« Elle a aussi le droit de légiférer en matière d'assurance contre les maladies et de rendre obligatoire pour tous les salariés l'entrée dans une caisse d'assurance de cette nature. »

Le *message* était accompagné entre autres d'un mémoire de M. le professeur Kinkelin, à Bâle, traitant en général la question de l'assurance contre les accidents et les maladies — et d'une étude de M. le conseiller national Forrer, à Winterthur, concernant spécialement l'assurance contre les accidents (F. féd. 1890, I., 326 à 336 et 339 à 440).

Ensuite d'une discussion approfondie de la question au sein des commissions du conseil national et du conseil des états (procès-verbaux de ces commissions annexés à la feuille fédérale 1890, III. 1 à 34) et ensuite d'importants débats au sein des chambres elles-mêmes, ces dernières décidèrent les 4 et 13 juin 1890 de *reviser la constitution* en y insérant l'article 34<sup>bis</sup> qui suit :

« La Confédération introduira, par voie législative, l'assurance en cas d'accidents et de maladies, en tenant compte des caisses de secours existantes.

« Elle peut déclarer la participation à ces assurances obligatoire en général ou pour certaines catégories déterminés de citoyens » (F. féd. 1890, III. 918 et 919).

Cette adjonction fut adoptée par le peuple, le 26 octobre 1891, par 283,228 voix contre 92,200 ; 18 cantons et 5 demi-cantons s'en déclarèrent partisans, tandis que Valais et le demi-canton d'Appenzell-Rh. int. la repoussaient (F. féd. 1890, V. 51 à 53.)

Déjà au cours de la discussion touchant la revision constitutionnelle, notre département de l'industrie et de l'agriculture avait chargé M. le conseiller aux états Göttscheim, à Bâle, de lui présenter un mémoire sur l'assurance contre les maladies. Ce travail, paru au commencement de 1891 (annexe à la feuille fédérale 1891, I. n° 8), contient entre autres un exposé très complet des tendances et de l'activité des cantons en ce qui a trait à l'assurance obligatoire contre les maladies ; il nous renseigne sur les caisses et les sociétés libres d'assurance contre les maladies, d'après l'ouvrage de M. Kinkelin, intitulé « *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse, en 1880* ».

Sitôt que le nouvel article 34<sup>bis</sup> de la constitution fut entré en vigueur, notre département de l'industrie et de l'agriculture entreprit des *travaux préparatoires* pour l'élaboration d'une loi.

En décembre 1890, le département s'attacha M. le Dr Moser, privat-docent à Berne, pour l'examen de questions techniques et pour des travaux statistiques en matière d'assurances et, en février 1891, M. R. Leubin fut adjoint à M. Moser. Nos rapports de gestion rendent compte de l'activité de ces deux fonctionnaires.

En 1891, nous avons envoyé en Allemagne et en Autriche M. le professeur Kinkelin, M. le Dr Moser et M. le Dr Kaufmann, secrétaire du département de l'industrie et de l'agriculture ; ces trois délégués ont étudié sur place les établissements institués par nos voisins pour l'assurance contre les maladies et les accidents.

A la fin de l'année 1891, M. Forrer fut chargé par notre département de l'industrie et de l'agriculture de rédiger un projet de loi mettant à exécution l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution. Un *avant-*

*projet* de M. Forrer, remanié en février 1893 après avoir été discuté du 16 au 25 janvier entre le département, l'auteur et M. Göttisheim, fut soumis par le département à une *commission d'experts*. Celle-ci comprenait :

MM. Abt, recteur de l'école d'agriculture du canton d'Argovie, à Bünzen.

le professeur D<sup>r</sup> Beck, à Fribourg.

le conseiller national Benziger, à Einsiedeln.

le conseiller national Comtesse, à Neuchâtel.

Cuénoud, syndic de Lausanne, président de la Société vaudoise de secours mutuels.

le conseiller national D<sup>r</sup> Decurtins, à Truns.

Droz, ancien conseiller fédéral, à Berne.

le pasteur D<sup>r</sup> Eberle, président du Verein schweizerischer Sozialpolitiker, à Flums.

J. Egloff, président central de la Caisse de secours du Grutli, à Niederrohrdorf.

le conseiller national Favon, à Genève.

Felber, forestier cantonal, membre du comité de la Société suisse d'agriculture, à Winterthur.

le conseiller national Forrer, à Winterthur.

le pasteur Forrer, président de la Fédération des sociétés de secours du canton de Thurgovie, à Langrickenbach.

Alfred Frey, 1<sup>er</sup> secrétaire de la Société suisse du commerce et de l'industrie, à Zurich.

le conseiller aux états D<sup>r</sup> Göttisheim, à Bâle.

Greulich, secrétaire ouvrier, à Zurich.

le major Hofer, agriculteur, à Bühlikofen.

Jenny-Kunz, fabricant, à Aarau.

le professeur D<sup>r</sup> Kinkelin, à Bâle.

H. Kleinpeter, mécanicien, président du Freizügigkeitsverband, à Oerlikon.

Krebs, secrétaire de l'Association industrielle suisse, à Zurich.

le conseiller d'état Lienhard, à Berne.

le D<sup>r</sup> Pedrotta, avocat, à Locarno.

H. Scherrer, avocat, à St-Gall.

le D<sup>r</sup> Sonderegger, à St-Gall.

le conseiller d'état de Steiger, à Berne.

Sulzer-Ziegler, de la maison Sulzer frères, à Winterthur.

Widmer, ancien directeur de la Schweizerische Rentenanstalt, à Zurich.

Wolfensberger-Ackermann, président de la Fédération des sociétés suisses de secours, à Bärentswil.

MM. Wüest, directeur de la compagnie de chemin de fer du Gothard, à Lucerne.

le professeur Dr Zeerleder, à Berne.

En raison de leurs fonctions, ont encore pris part aux délibérations de la commission, outre M. le conseiller fédéral Deucher, chef du département de l'industrie et de l'agriculture, et MM. Kaufmann, secrétaire de ce département, et Moser :

MM. le conseiller fédéral Hauser, chef du département des finances et des péages.

le Dr Léo Weber, secrétaire du département de justice et police.  
le procureur général Scherb.

le Dr Kummer, directeur du bureau fédéral des assurances.

le Dr Schärtlin, chef de division au bureau fédéral des assurances.

le Dr Schmid, directeur du bureau sanitaire fédéral.

le Dr Schuler, inspecteur des fabriques.

Campiche, inspecteur des fabriques.

Rauschenbach, inspecteur des fabriques.

Durrer, adjoint au bureau fédéral de statistique.

Au cours des débats, M. Kubli-Cham, député, à Glaris, et M. le Dr Kaufmann, médecin, à Zurich, furent en outre convoqués.

La commission d'experts examina les deux projets de lois élaborés par M. Forrer, touchant l'assurance contre les maladies et contre les accidents ; ses travaux se partagèrent en deux sessions, qui eurent lieu du 15 au 20 mai et du 2 au 14 octobre 1893. Nous avons fait prendre un compte-rendu sténographique des séances.

Notre département de l'industrie et de l'agriculture chargea alors le rédacteur des avant-projets de les remanier en tenant compte dans une juste mesure des vœux exprimés par la commission.

Mais un fait s'était produit, qui arrêta pour quelques temps nos travaux :

Au printemps 1893, après que les avant-projets eurent été publiés, un mécontentement se fit jour au sein des associations ouvrières ; celles-ci se montraient hostiles au principe admis pour l'organisation des caisses publiques, principe d'après lequel les employeurs — chargés de verser l'entier des primes et d'en supporter la moitié — devaient avoir leur mot à dire dans l'administration des caisses. C'est alors qu'on émit le projet de libérer les employeurs de toute participation aux primes dans l'assurance-maladies, et de mettre à la charge de l'état les contributions nécessaires. Cette idée revêtit la



forme suivante : les caisses-maladies seraient déchargées des *soins médicaux*, dont l'état seul supporterait les frais ; elles n'auraient dès lors plus à garantir que des *indemnités de chômage*, supportées par les ouvriers seuls qui seuls aussi dirigerait les caisses. D'autre part, comme il n'aurait pas été équitable de ne réserver qu'aux membres des caisses-maladies le bénéfice de dépenses imposées à l'état, les soins médicaux devaient être fournis gratuitement *au peuple tout entier*. Telle est l'origine du mouvement en faveur de la « gratuité des soins médicaux », dont l'intention s'était déjà manifestée à plusieurs reprises dans des cercles socialistes ou d'économie sociale, et en particulier au congrès d'Olten, en 1890.

C'est à l'occasion du congrès ouvrier tenu à Bienne du 2 au 4 avril 1893 que M. Greulich, secrétaire ouvrier à Zurich, donna le branle au mouvement en déposant entre autres les propositions suivantes (traduction du secrétariat ouvrier) :

« 1. Les cotisations à l'*assurance-maladie* (pour *indemnités* de maladie) sont à la charge exclusive des ouvriers assurés, auxquels incombe l'administration autonome des caisses de malades.

« 2. La gratuité des soins aux malades (assistance médicale, remèdes pharmaceutiques, traitement nécessaire à l'hôpital) est à la charge de la Confédération, avec la coopération des cantons et des communes. »

Dans sa séance du 3 avril 1893, le congrès — comprenant 271 délégués qui représentaient 92,687 membres de la fédération ouvrière suisse — adopta ces propositions à l'unanimité.

Le 17 mai 1893, devant la commission d'experts, M. Greulich formula et développa de nouveau sa manière de voir, résumée dans les propositions suivantes :

### **Assurance contre les maladies. Titre A : Soins médicaux.**

« Tous les habitants de la Suisse et toute personne juridique « travaillant en Suisse, pour autant qu'ils possèdent une fortune nette « de 1000 francs au moins ou un revenu net de plus de 600 francs, « doivent contribuer aux frais des soins médicaux gratuits. Cet « impôt, proportionnel, doit être fixé de telle sorte que 1000 francs « de fortune paient autant que 100 francs de revenu. »

M. Greulich ajoutait :

« Je prendrais les termes de « fortune nette » et de « revenu net » dans le même sens que la loi sur l'impôt militaire, abstraction faite naturellement de la fortune des parents, pour laquelle le contribuable ne peut devoir payer puisque nous avons affaire ici à

tout le monde et non plus seulement à des jeunes gens. Je dirais ensuite :

« Les cantons sont chargés d'établir les registres des contribuables et de percevoir le montant de l'impôt ; en dédommagement de ce travail, la Confédération leur paie le 2 % des sommes brutes perçues. »

« La Confédération veille à l'installation d'un nombre suffisant d'hôpitaux et d'asiles pour malades, dans les arrondissements d'assurance ; elle établit le nombre nécessaire de médecins dans les hôpitaux et partout ailleurs. L'assemblée fédérale détermine par une ordonnance le traitement et les obligations des médecins. »

« Le conseil fédéral peut créer des pharmacies publiques ou conclure des contrats avec telles pharmacies privées. »

« Tout habitant de la Suisse a droit gratuitement aux soins médicaux, aux médicaments et, dans la mesure du possible, au traitement dans un hôpital. Pour les personnes traitées à domicile et non-assurées contre les maladies, on payera une indemnité atteignant au maximum fr. 1. 50 par jour et qui sera graduée suivant l'âge et les circonstances de famille du malade. »

« Je me représente, continuait M. Greulich, que le conseil fédéral devrait être chargé de l'élection des médecins pour que ceux-ci présentent certaines garanties de capacité ; et, comme il est désirable qu'un médecin insuffisant puisse être destitué, j'ajouterais :

« Toute plainte concernant l'activité des médecins, des pharmaciens ou des directeurs d'hôpitaux doit être adressée à l'administrateur d'arrondissement ; il est statué sur cette plainte en première instance par l'autorité administrative d'arrondissement, et en dernier ressort par l'office des assurances. »

« Au cas où le dixième au moins des personnes ayant droit de vote dans un arrondissement demandent à l'administration d'arrondissement la destitution d'un médecin, la question est soumise à une votation et tranchée à la majorité absolue des votants. »

Ces propositions furent repoussées par la commission (bulletin sténographique, pages 105 et 139.)

La fédération ouvrière se réunit alors en un congrès extraordinaire, le 5 novembre 1893, au cercle catholique de Zurich ; 494 délégués, représentant 190,913 membres de la fédération, délibérèrent sur les propositions ci-dessous (traduction du secrétariat ouvrier) :

## I. Résolution concernant le traitement gratuit des malades.

« Le congrès ouvrier suisse extraordinaire du 5 novembre 1893 à Zurich, auquel . . . ouvriers suisses étaient représentés par . . . délégués de toutes les parties du pays,

*considérant :*

1. que les ouvriers suisses ont, jusqu'à présent, organisé et administré eux-mêmes leurs sociétés de secours mutuels et qu'ils sont fermement résolus à défendre, dans l'avenir aussi, ce droit qu'ils ont acquis ;

2. que la participation des patrons et entrepreneurs au paiement des cotisations à l'assurance-maladie aurait nécessairement pour conséquence l'ingérence tutélaire des patrons dans la direction des sociétés de secours mutuels ;

3. que les charges d'une assurance qui doit comprendre en même temps le traitement gratuit des malades et des indemnités suffisantes, durant l'incapacité de travail, sont trop écrasantes pour que les ouvriers les supportent à eux seuls ;

4. que l'obligation prévue dans le projet de loi abandonne encore, à elles-mêmes, un nombre considérable de personnes nécessiteuses qui, en cas de maladie, seraient absolument sans secours ;

5. que la communauté sociale a l'obligation de veiller à ce que chacun de ses membres ait la garantie du traitement nécessaire, en cas de maladie, et cela sans avoir à subir aucune humiliation ;

6. que l'accomplissement de ce devoir dépend de la coopération d'un nombre suffisant de médecins pour que toute la population travailleuse, non seulement celle des ouvriers qui jouissent du travail assuré, mais aussi les agriculteurs et, en général, tous les nécessiteux aient la garantie du traitement gratuit en cas de maladie. Cette réforme seule aussi est capable de placer le médecin dans une condition sociale supérieure, revêtant un caractère officiel, comme gardien d'une meilleure hygiène publique ;

*déclare :*

L'organisation, par l'état, de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents ne pourra être considérée comme une œuvre de réelle réforme sociale, qu'à la condition préalable du traitement gratuit des malades et de la gratuité du traitement des nécessiteux à l'hôpital. C'est la communauté sociale, représentée par l'état, qui doit assurer ce secours indispensable à tous ses membres en leur procurant, au moyen des ressources publiques, le traitement gratuit

en cas de maladie, de façon à ce que l'assurance-maladie n'ait plus à s'occuper que de la couverture du dommage causé par la perte du salaire durant la période d'incapacité de travail.

La population ouvrière suisse rejettera, dès lors, tout projet d'assurance-maladie et d'assurance-accidents qui ne reposera pas sur le principe du traitement gratuit des malades, afin que les ouvriers puissent eux-mêmes supporter les frais de leur assurance-maladie et puissent l'organiser et l'administrer sans être soumis à la tutelle des patrons et entrepreneurs. L'organisation autonome est une œuvre que la classe ouvrière considère comme supérieure aux avantages d'une contribution de 1 à 2 % de la part des patrons, surtout si celle-ci doit être subordonnée à une tutelle quelconque.

Les patrons et les entrepreneurs contribueront, pour leur part, à la réalisation des œuvres sociales, et cela dans une mesure qu'ils pourront très-bien supporter, s'ils prennent à leur charge les frais d'une assurance-accidents vraiment étendue. La population ouvrière se déclare prête à prendre, dans l'administration de ses sociétés de secours mutuels, une part telle qu'il ne puisse pas se produire d'abus dans l'assurance-accidents. »

## II. Résolution concernant le mouvement d'initiative.

« Le congrès ouvrier suisse extraordinaire du 5 novembre 1893 à Zurich, après avoir entendu l'exposé des motifs et les délibérations sur un projet d'initiative populaire,

*décide :*

Le comité directeur de la fédération ouvrière suisse est invité à provoquer immédiatement un mouvement d'initiative populaire en faveur du traitement gratuit des malades et des ressources nécessaires, par l'introduction du monopole des tabacs, en rassemblant, avec toute l'énergie possible, le plus grand nombre de signatures dans ce but.

Le congrès ouvrier suisse fait appel à tous les ouvriers suisses pour qu'ils signent en masse les formulaires d'initiative. Il fait également appel au concours de toutes les ouvrières; celles-ci, quoique privées des droits civiques, peuvent exercer une grande influence dans ce mouvement: leurs devoirs d'épouses ou de futures mères de famille leur commandent impérieusement de contribuer à assurer à leurs maris, frères et connaissances le traitement gratuit en cas de maladie, au moyen d'une institution sociale qui les mette à l'abri des humiliations de la mendicité et de l'assistance des pau-

vres par la commune ; qu'elles aussi soient donc d'ardentes messagères de l'initiative populaire.

Le congrès ouvrier suisse fait appel au concours énergique de tous les cercles de la population suisse ; tout spécialement nos populations agricoles, jusqu'ici les plus maltraitées quant à l'assistance médicale, nos petits artisans qui luttent si péniblement pour l'existence et, enfin, tous ceux qui ont conservé quelque étincelle de solidarité humaine sont sollicités à apporter leur concours énergique et patriotique à cette œuvre vraiment humaine, à cette réforme sociale depuis si longtemps désirée et devenue impérieusement nécessaire. »

### III. Initiative populaire pour le traitement gratuit des malades.

(*Projet Greulich.*)

« La constitution de la Confédération suisse sera révisée partiellement comme suit :

I. L'article 31 de la constitution fédérale reçoit l'adjonction suivante :

« *c*<sup>bis</sup>. La fabrication, l'importation et la vente des tabacs et tabacs manufacturés conformément à l'article 32<sup>ter</sup>. »

II. Après l'article 32<sup>bis</sup> de la constitution fédérale l'article suivant sera intercalé :

« Art. 32<sup>ter</sup>. La Confédération a la compétence d'entreprendre « exclusivement la fabrication, l'importation et la vente des tabacs et « tabacs manufacturés et de les exploiter en vue de la réalisation « d'un bénéfice ; ce dernier, après le décompte de la part annuelle « affectée, dans le sens de l'article 42, à la caisse de la Confédération, « doit être employé exclusivement selon les dispositions de l'article 34<sup>ter</sup>. »

« La part affectée à la caisse de la Confédération doit correspondre à la recette douanière moyenne sur les tabacs et tabacs « manufacturés de la période de cinq ans 1888—92. »

« Dans la législation à introduire, on prendra en considération « que les produits de moindre valeur doivent proportionnellement « procurer les bénéfices les plus minimes. »

« La Confédération a le droit d'édicter des prescriptions légales en ce qui concerne les succédanés de tabacs. »

III. Après l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution fédérale l'article suivant sera intercalé :

« Art. 34<sup>ter</sup>. La Confédération, conjointement avec les cantons, organise la gratuité des secours médicaux et des remèdes, dans les cas de maladie, pour tous les habitants de la Suisse. »

« Dans ce but la Confédération édicte, par la voie de la législation, des dispositions sur le nombre des médecins à engager pour le compte de la Confédération, sur leur nomination et révocation, leur traitement et règlement de service. »

« La Confédération a le droit d'installer et d'exploiter des pharmacies publiques et des établissements pour la production des remèdes ou à veiller à ce que les cantons se chargent de ces installations et exploitations. »

« La Confédération alloue des subsides aux cantons sur la base de leur population. Ces subsides doivent être employés exclusivement à procurer la gratuité des soins à l'hôpital aux malades indigents et à développer les établissements de guérison ; ils sont, en outre, liés à la condition que les prestations fournies à ce jour par les cantons ne soient pas diminuées dans ce domaine. »

#### IV. Initiative populaire pour le traitement gratuit des malades.

(*Projet Stüssi.*)

« Les citoyens actifs soussignés, en application de l'article 121 de la constitution fédérale, demandent que la proposition de révision suivante soit soumise à la votation du peuple et des cantons :

L'article 31a de la constitution fédérale sera conçu comme suit :

« La régle du sel, de la poudre, du tabac et les péages fédéraux. »

L'article actuel 32 sera remplacé par l'article suivant :

« Art. 32. L'importation, l'achat et la vente des tabacs, de tabacs manufacturés et la fabrication de ces derniers appartiennent exclusivement à la Confédération. Il est défendu aux cantons d'imposer cette branche de l'administration fédérale. »

« La différence entre le prix de revient et le prix de vente sera relativement moindre quant aux qualités inférieures. »

« Les cantons qui, depuis dix ans au moins, imposent spécialement la vente ou la fabrication du tabac, recevront pendant dix ans, à dater de l'adoption de la loi fédérale concernant la régle du tabac, une contribution annuelle, à prélever sur la recette nette de la régle fédérale, et équivalente à la recette

« moyenne nette que le canton a retiré de cet impôt pendant  
« les années 1888—1892. »

« La Confédération a le droit de décréter par voie législa-  
« tive des prescriptions générales sur les succédanés des tabacs. »

Les articles 31 a et 32 ci-dessus n'entreront en vigueur qu'à  
la condition que l'article 69 révisé ci-dessous soit adopté.

Cet alinéa sera supprimé si la proposition présente est soumise  
dans son ensemble à la votation.

L'article 53, alinéa 2, sera complété comme suit :

« Le droit de disposer des lieux de sépulture appartient à  
« l'autorité civile. Elle doit pourvoir à ce que toute personne décé-  
« dée puisse être enterrée décemment. Jusqu'en 1900, au plus tard,  
« tous les cantons pourvoiront à ce que l'enterrement de tous les  
« habitants décédés soit fait aux frais du canton ou des commu-  
« nes. »

L'article 69 sera conçu comme suit :

« La législation concernant la police sanitaire et les denrées  
« alimentaires est du domaine de la Confédération. »

« La loi pourvoira à l'installation d'un nombre suffisant de  
« fonctionnaires, possédant une éducation médicale, qui auront  
« l'obligation de soigner gratuitement les malades et de prêter  
« aide, assistance et conseils à chaque habitant qui en fera la  
« demande, et à ce que les remèdes nécessaires soient délivrés  
« gratuitement par l'intermédiaire des pharmacies officielles. Les  
« frais de ce service public sont à charge de la Confédération. »

« Le service du traitement à l'hôpital des indigents est gratuit ;  
« la Confédération accordera pour chaque jour d'entretien une con-  
« tribution équivalente au moins à la moitié des frais. »

« Les cantons ont droit à des subsides de la Confédération con-  
« cernant leurs dépenses pour la construction d'hôpitaux, l'enterre-  
« ment gratuit et leurs mesures tendant à prévenir l'apparition et  
« la propagation des épidémies, soit des êtres humains, soit des ani-  
« maux. »

Après une vive discussion, l'assemblée se prononça à l'unani-  
mité en faveur d'un mouvement d'initiative populaire tendant à la  
gratuité des soins médicaux et à l'introduction du monopole du  
tabac. Le comité directeur fut chargé d'arrêter définitivement le  
texte de l'initiative; ensuite de nombreux remaniements, il finit par  
adopter la rédaction suivante :

### Initiative populaire pour la gratuité du traitement des malades.

« Les citoyens suisses soussignés, ayant le droit de vote, demandent, conformément à l'article 121 de la constitution fédérale, que la proposition suivante de révision de la constitution fédérale soit soumise à l'adoption ou au rejet du peuple et des cantons :

L'article 34<sup>bis</sup> de la constitution fédérale reçoit l'adjonction suivante :

« La Confédération, avec le concours des cantons pour quant  
« à l'organisation et l'administration, et en employant dans ce but  
« le produit net du monopole des tabacs, procure gratuitement à  
« la population les conseils et l'assistance du médecin, ainsi que les  
« remèdes nécessaires. Elle accordera, en outre, aux cantons des  
« subventions pour le traitement gratuit des indigents à l'hôpital  
« et pour la création d'hôpitaux. »

« La Confédération introduit le monopole des tabacs qui con-  
« siste dans le droit exclusif de fabrication du tabac, d'importation  
« et de vente des tabacs et tabacs manufacturés ; elle peut, en outre,  
« édicter des dispositions législatives sur les succédanés de tabacs.  
« Le prix des tabacs et cigares de qualité inférieure ne doit pas  
« être augmenté par le monopole. »

« La législation fédérale favorise la culture du tabac et la fa-  
« brication à l'intérieur ; elle détermine dans quelle mesure les or-  
« ganes des cantons ont à coopérer à l'administration du monopole des  
« tabacs. »

« Les cantons qui, avant 1893, percevaient un impôt sur la  
« fabrication ou la vente du tabac, recevront une indemnité conve-  
« nable pour la suppression de cet impôt. »

L'article 31 *a* et *d* de la constitution fédérale reçoit la rédaction suivante :

« Art. 31. La liberté de commerce et d'industrie est ga-  
« rantie dans toute l'étendue de la Confédération. »

« Sont réservés :

« *a.* La régale du sel et de la poudre de guerre, le *monopole*  
« *des tabacs* et les péages fédéraux.

« *d.* Les mesures de police sanitaire contre les épidémies et les  
« épizooties, ainsi que les *institutions du traitement gratuit*  
« *des malades.* »

Une agitation très vive fut organisée, durant le premier semestre de 1894 et plus particulièrement dans les centres industriels de la Suisse allemande, pour et contre cette demande d'initiative. Mais



39,746 signatures seulement ayant été réunies dans le délai légal — au lieu des 50,000 qui étaient nécessaires —, la campagne fut abandonnée.

Nous n'en n'avons pas moins tenu à vous rappeler dans ses diverses phases ce mouvement d'initiative, auquel nous attachons aujourd'hui encore une grande importance. Il a en effet influé sur les projets que nous vous présentons, dans ce sens que, tout en maintenant le principe de l'*assurance*, nous avons ouvert à la population suisse tout entière les portes de la garantie contre les maladies. L'initiative de la « gratuité des soins médicaux » a eu également pour résultat de retarder l'élaboration des projets que le présent message accompagne : personne en effet ne mettait en doute que les 50,000 signatures nécessaires ne dussent être réunies et que dès lors une votation populaire n'eût lieu ; dans ces circonstances, il n'y avait aucune utilité à vous soumettre des projets d'assurance que le vote du peuple et des cantons aurait pu réduire à néant par l'adoption du principe de la gratuité des soins médicaux.

Mais, sitôt la campagne d'initiative close — en juillet 1894 — l'*élaboration des projets fut reprise* pour être terminée au mois de novembre.

Les principales modifications que subirent les projets soumis à la commission d'experts sont : l'institution du subsidé de la Confédération à l'assurance-maladies, le développement de la part incombant à la Confédération dans les primes-accidents, la création de l'assurance restreinte maladies, l'amélioration de la situation faite aux caisses libres et la limitation de l'activité de l'établissement fédéral-accidents aux assurances obligées (articles 68, 30 et 176 à 184 maladies, et articles 8 et 19 accidents).

Entre temps, notre bureau statistique avait achevé le relevé et la mise au net de la *statistique suisse des accidents*, pour la période du 1<sup>er</sup> avril 1888 au 31 mars 1891 ; ce travail, qui a constitué la base principale des prévisions établies par nos calculateurs en matière d'assurance contre les accidents, fait l'objet de deux mémoires de grande valeur, savoir : 1<sup>o</sup> « Statistique de la Suisse », 95<sup>me</sup> livraison, publication du bureau fédéral de statistique, 10 mai 1894, et 2<sup>o</sup> « L'organisation et les résultats de la statistique suisse des accidents », par M. J. Durrer, adjoint au bureau fédéral de statistique, travail présenté au congrès international des accidents du travail, qui a siégé à Milan du 1<sup>er</sup> au 6 octobre 1894.

Le secrétariat ouvrier suisse a publié de son côté une « statistique des accidents, exposé des lésions corporelles et des morts

violentes de membres de caisses suisses de secours mutuels, pendant les exercices 1886, 1887 et 1888 », ainsi qu'un « rapport touchant l'enquête sur la position de la classe ouvrière à l'égard de la législation fédérale concernant l'assurance en cas de maladie et d'accident. »

Le premier de ces travaux, paru en 1891, a fourni des renseignements utiles, pour l'élaboration des projets; le second par contre est sorti de presse alors que la rédaction des présents projets était devenue définitive, et il n'a par conséquent pas pu être employé.

Le défaut d'une *statistique des salaires en Suisse* s'est fait vivement sentir à l'occasion de nos études préparatoires sur l'assurance. Au printemps 1881 déjà, notre département de l'industrie et de l'agriculture avait convoqué une commission d'experts pour s'occuper de la question; cette commission tint deux séances et décida de proposer l'organisation d'une statistique locale, intéressant la place de Winterthur. D'entente avec le secrétariat ouvrier, nous l'avons chargé de cette statistique, après avoir établi le formulaire à employer; le secrétariat se mit immédiatement à l'œuvre et réunit le matériel nécessaire, en distribuant et en retirant des cartes de recensement à Winterthur et dans les environs, et en se procurant par d'autres moyens des renseignements plus complets. Voici ce qu'on lit dans les rapports imprimés du secrétariat ouvrier, quant à la suite donnée à cette affaire (traduction du secrétariat):

*Rapport annuel pour 1890*: « Les résultats de l'essai partiel de statistique des salaires, que nous avons fait à Winterthur et environs et que nous publions en appendice, nous indiquent que nous devons retrancher de notre programme de travaux, cela du moins pour le moment et dans sa forme générale, une statistique des salaires de tous les groupes ouvriers en Suisse. De pareils relevés généraux ne produisent que des résultats douteux et sans portée pratique pour l'ensemble; il nous paraît préférable de procéder à des relevés partiels dans certaines branches professionnelles, que nous pourrions poursuivre avec plus d'intensité et dont le contrôle exact fournira des indications précises. Il y aurait lieu d'examiner aussi jusqu'à quel point les annonces d'accidents, dans les cas de responsabilité civile, pourraient servir dans la statistique des salaires; elles constituent des matériaux qui présentent une grande apparence d'exactitude. »

L'« appendice » auquel se référerait ce rapport n'a du reste jamais paru.

*Rapport annuel pour 1892* : « Nous rencontrons dans les travaux du programme une tâche déjà ancienne mais qui n'a pu encore être résolue, quoique ce travail nous ait été maintes fois réclamé, c'est le rassemblement des travaux d'un essai de *statistique des salaires* entrepris à Winterthur et dans les environs. Le matériel est depuis longtemps rassemblé en tabelles et celles-ci auraient pu, sans doute, être imprimées; mais il ne convient pas de livrer ces tabelles comme quelque chose de complet et d'exact; elles peuvent simplement être utilisées comme matériel d'essai pour une étude sur la statistique des salaires. Une pareille étude, pour présenter une réelle valeur, doit être un travail scientifiquement exécuté et pour lequel le secrétaire ouvrier a besoin de quatre à six semaines de travail ininterrompu; or, cette limite de temps lui a encore moins été accordée durant cette année de gestion que précédemment. Il sollicite donc qu'on veuille bien l'excuser si ce travail n'a pas encore pu être livré; pour tout autant il ne perd pas cette étude de vue et elle sera prise en mains sitôt que cela sera possible. »

L'inspection des fabriques du 1<sup>er</sup> arrondissement s'efforça de combler une aussi regrettable lacune : il établit un état des salaires gagnés par les ouvriers et ouvrières victimes d'accidents dans le 1<sup>er</sup> arrondissement. Ce travail particulièrement consciencieux a fourni à notre département de l'industrie et de l'agriculture des renseignements qui permettent de fixer le salaire moyen des personnes travaillant en Suisse pour le compte d'autrui; ces renseignements sont malheureusement les seuls qui aient un intérêt général, tout en étant dignes de confiance.

Ce n'est qu'au moment où nos projets de lois allaient être définitivement arrêtés que le secrétariat ouvrier a fait parvenir à notre département de l'industrie et de l'agriculture son « Essai d'une statistique des salaires à Winterthur et dans les environs », Zurich, librairie de la société du Grütli, 1894. Dans la préface de ce mémoire, paru comme manuscrit, on lit qu'un tiers ou un quart seulement des ouvriers auxquels l'enquête s'est étendue ont rempli le formulaire qui leur avait été remis. L'« essai », qui n'a ainsi porté que sur 2690 personnes, montre qu'en 1888 : 1<sup>o</sup> 2181 ouvriers, ayant travaillé en moyenne 274 jours, ont gagné 1046 francs chacun; 2<sup>o</sup> 509 ouvrières, ayant travaillé en moyenne 284 jours, ont gagné 461 francs chacune.

D'accord avec le secrétariat ouvrier, nous considérons comme manqué son essai de statistique des salaires; la principale cause de cet échec réside dans la répugnance qu'éprouvent nos ouvriers à déclarer leur salaire. Cette répugnance n'est — heureusement ou malheureusement — pas l'apanage des ouvriers suisses.

Qu'il nous suffise d'avoir complété par les renseignements qui précèdent les indications, touchant nos travaux préparatoires, contenues dans notre message du 28 novembre 1889, sur « la compétence législative à accorder à la Confédération en matière d'assurance contre les accidents et les maladies ».

Aujourd'hui, nous sommes en mesure de soumettre à vos délibérations *deux projets de lois* que nous avons adoptés conformément aux propositions de leur rédacteur et sur un préavis favorable de notre département de l'industrie et de l'agriculture. L'un de ces projets a trait à l'assurance contre les maladies, et l'autre à l'assurance contre les accidents.

Nous joignons au présent message *les publications officielles et les travaux de source privée* qui nous sont parvenus imprimés ou en manuscrits, touchant la question qui nous occupe. Ce serait trop s'étendre que de reproduire ici le contenu de ces documents, ou même d'en donner ne fût-ce qu'un résumé; nous y renonçons donc, à une seule exception près.

#### A. Publications officielles.

N<sup>os</sup>

- 1 et 2. Projets de lois fédérales sur l'assurance contre les maladies et contre les accidents, soumis à la commission d'experts.
3. Bulletin sténographique des débats de la commission d'experts, 2 volumes, 1893.
4. Vergleichende Zusammenstellung der frühern und der gegenwärtigen Entwürfe, betreffend die Kranken- und die Unfallversicherung.
- 5 et 6. Die deutschen und die österreichischen Gesetze betreffend Kranken- und diejenigen betreffend Unfallversicherung neben den schweizerischen Entwürfen, 2<sup>me</sup> édition, publié par le bureau statistique fédéral.
7. Mémoire sur la charge financière des caisses contre les maladies, à instituer d'après le projet de loi fédérale sur l'assurance contre les maladies, 2<sup>me</sup> édition, 1895, par M. Moser.
8. Recherches techniques sur l'assurance mutuelle contre les accidents, à instituer en Suisse d'après le projet de loi fédérale, 1895, par M. Moser.
9. Materialien zu den Gesetzentwürfen betreffend Kranken- und Unfallversicherung, 1893, par M. Moser.

Nos

10. Voranschlag der jährlichen Kosten der staatlichen Krankenpflege in der Schweiz, 1893, par M. Schmid, directeur du bureau sanitaire fédéral, et M. Moser.
  11. Differenz in der Belastung der Arbeitgeber nach den Versicherungsprojekten Forrer und Greulich, 1893, par M. Moser.
  12. Schätzung des jährlichen Reinertragnisses des Tabakmonopols für die Schweiz, 1893.
  13. Résultats de la statistique suisse des accidents, du 1<sup>er</sup> avril 1888 jusque et y compris le 31 mars 1891, 95<sup>me</sup> livraison de la Statistique de la Suisse, 1894, publié par le bureau fédéral de statistique (voir page 139 ci-dessus).
  14. La population de la Suisse, d'après les professions, 97<sup>me</sup> livraison de la Statistique de la Suisse, 1894, publié par le bureau fédéral de statistique.
  15. Einteilung der Krankheitsformen für die Zwecke einer Krankheitsstatistik, 1894, par le bureau sanitaire fédéral (manuscrit).
  16. Zur Frage der Doppelversicherung im Gebiete der staatlichen Krankenversicherung, 1892, par M. Rölli, ancien chef de division au bureau fédéral des assurances, actuellement professeur au Polytechnicum.
  17. Über die Entlastung der Ortsarmenpflege durch die eidgenössische Unfall- und Krankenversicherung, 1893, par M. S. Scherz, caissier de la Bourse des pauvres, à Berne.
  18. L'assurance obligatoire contre les maladies et les accidents en Suisse; portée économique des projets de loi, 1894, par M. Moser.
  19. L'organisation et les résultats de la statistique suisse des accidents, 1894, par M. Durrer (voir page 139 ci-dessus).
- Les nos 18 et 19 sont des mémoires présentés au congrès international des accidents du travail, tenu à Milan du 1<sup>er</sup> au 6 octobre 1894.
20. Die Arbeitslöhne in den industriellen Betrieben des ersten schweizerischen Fabrikinspektionskreises, par M. l'inspecteur des fabriques Schuler et son adjoint M. Wegmann, 1<sup>er</sup> fascicule du Journal de statistique suisse, 31<sup>me</sup> année, 1895.
  21. Montants des indemnités de chômage et des rentes, d'après les projets de lois du conseil fédéral touchant les assurances contre les maladies et les accidents, 1896, par M. Moser.

## B. Mémoires et communications.

### a. de sociétés.

N<sup>os</sup>

1. Statistique des accidents ; exposé des lésions corporelles et des morts violentes de membres de caisses suisses de secours mutuels, pendant les exercices 1886, 1887 et 1888 (voir page 139 du présent message).
2. Rapport touchant l'enquête sur la position de la classe ouvrière à l'égard de la législation fédérale concernant l'assurance en cas de maladie et d'accident, 1894 (voir page 140 du présent message).
3. Versuch einer Lohnstatistik in Winterthur und Umgebung, imprimé comme manuscrit, 1894 (voir page 140 du présent message).

Ces trois mémoires sont dus au secrétariat ouvrier, à Zurich.

4. Délibérations et résolutions du congrès ouvrier extraordinaire tenu à Zurich le 5 novembre 1893, communiquées par le secrétariat ouvrier.
5. Gutachten über die Kranken- und Unfallversicherung, par le Vorort de la Société suisse du commerce et de l'industrie, à Zurich ; partie générale, du 30 décembre 1889 ; partie spéciale, du 22 septembre 1893.
6. Bericht über die Stellungnahme des Gewerbestandes zur Einführung der schweizerischen Kranken- und Unfallversicherung, par M. W. Krebs, secrétaire de l'Association industrielle suisse, à Zurich ; deux rapports différents, 1891 et 1892.
7. Vorschläge des schweizerischen Gewerbevereins für sich und namens einer Delegiertenversammlung gewerblicher Berufsverbände, du 21 septembre 1893.
8. Pétition de la Fédération des sociétés d'agriculture de la Suisse romande, avec un rapport de M. de Chastonay, à Sion, reçu le 18 mars 1892.
9. Pétition de la Gesellschaft schweizerischer Landwirte, avec le compte-rendu d'une conférence de M. le professeur E. Landolt, à Zurich, reçu le 18 mars 1892.
10. Pétition du Centralcomitee des schweizerischen kaufmännischen Vereins, mai 1892.
11. Pétition de l'Association des médecins du canton de Genève, du 16 septembre 1893.

Nos

12. Décisions de l'Association des médecins du canton de Genève, reçues le 4 août 1894.
13. Rapport de la commission de la Société vaudoise de médecine, contenu dans le rapport du conseil d'état au grand conseil du canton de Vaud, sur les affaires fédérales dès le 1<sup>er</sup> novembre 1893 au 1<sup>er</sup> mai 1894.
14. Pétition du schweizerisches Apothekerverein, betreffend Beschaffung der Arzneimittel und Verbandstoffe für die Kranken- und Unfallversicherungsanstalten, du 1<sup>er</sup> mars 1894.
15. Pétition du Centralvorstand des schweizerischen Samariterbundes, du 12 octobre 1891.
16. Pétition du Vorstand des Verband für Freizügigkeit schweizerischer Krankenvereine, du 1<sup>er</sup> décembre 1892.
17. Pétition du comité central de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, du 16 juillet 1893.
18. Mémoire au conseil fédéral par la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, reçu le 13 juillet 1894.
19. Propositions du Centralvorstand der Kranken- und Unterstützungsvereine der Sticker, du 3 septembre 1893.
20. Propositions de la Krankenkasse des Eisenwerkes Emmenweid bei Luzern, du 25 février 1894.
21. Pétition du Hülf- und Arbeiterverein Meggen, du 16 mars 1894.
22. Résolutions d'une assemblée populaire tenue à Wollerau le 18 juin 1893.
23. Pétition de la Centralcommission der schweizerischen gemeinnützige Gesellschaft, du 1<sup>er</sup> janvier 1895.
24. Propositions de la Metallarbeitergewerkschaft des Bezirks Zurich, de fin février 1895.
25. Pétition de la schweizerische Aerztescommission, du 27 avril 1895.

**b. de particuliers.**

26. Vorschläge zur Einführung der Kranken- und Unfallversicherung im Sinne des Obligatoriums für sämtliche Volkskreise, de M. Fr. Jakober, régent à Glaris, 1891.
27. Mémoire de la pyrotechnische Fabrik K. Hamberger & Cie. in Oberried, du 11 janvier 1892.

N<sup>os</sup>

28. Mémoire de M. Kunz, à Dietikon, du 25 novembre 1894.

29 et 30. Mémoires de M. J. Hürlimann à Wädensweil, du 17 janvier et du 6 mai 1895.

Comme nous l'avons déjà dit, la pétition et le mémoire sous nos 17 et 18 émanent de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande.

Cette association a été fondée le 25 juin 1893 « en vue de l'étude en commun des questions, importantes pour les sociétés de secours mutuels, que soulève l'élaboration de la loi fédérale sur l'assurance contre la maladie et les accidents, prévue par l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution fédérale ». La fédération groupe actuellement 100 sociétés, soit 27,503 membres appartenant aux cantons de Vaud, Valais, Genève, Neuchâtel, Fribourg et Berne; elle publie un journal périodique, le *Bulletin de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande*, qui déploie une grande activité pour la défense des intérêts des caisses libres de secours contre les maladies, et qui préconise une assurance obligatoire pour toute la population de la Suisse.

Il convient de retracer ici la marche suivie dès ses débuts par la fédération.

Le 25 juin 1893, date de fondation, M. Latour, inspecteur scolaire à Corcelles, prononça un discours dont le *Bulletin* nous donne le compte-rendu suivant :

« M. Latour défend le principe de l'assurance obligatoire pour tous et combat de toutes ses forces le système proposé, qui consiste à parquer les citoyens suisses en catégories, système qui créera des castes dans notre peuple si uni jusqu'à présent, et qui, loin d'apaiser les revendications sociales, contribuera à exciter les pauvres contre les riches, la classe ouvrière contre la classe bourgeoise. »

« L'orateur combat le système du projet qui crée une inégalité choquante de droits et de devoirs parmi les assurés, d'après leurs ressources. La maladie atteint également le pauvre et le riche; de même que nous sommes égaux dans la mort, nous sommes, hélas, égaux dans la maladie; donc les misères doivent être également combattues et soulagées. »

« Il se prononce énergiquement pour le maintien de nos sociétés mutuelles actuelles, qui sont complètement sacrifiées par le projet fédéral. Plus de recrutement possible, plus de vie propre. Tous ces foyers féconds de bonne et saine mutualité détruits; plus d'intérêt local, plus de fraternité. Le grand niveau officiel passe; que de-



viendra l'éducation morale de notre peuple avec de semblables procédés ? »

« M. Latour constate que le projet de loi est très onéreux à l'ouvrier et que les charges qui lui seront imposées seront plus lourdes que la plupart de celles qu'il supporte actuellement dans nos sociétés. Donc, on leurre l'ouvrier ; loin d'améliorer sa situation, on la complique, on l'aggrave. Le projet, en faisant disparaître nos sociétés, fait une œuvre antidémocratique et antipatriotique. »

« M. Latour demande que nos sociétés actuelles, qui connaissent la pratique de la mutualité et tout le rouage de l'administration de l'assurance contre la maladie, soient chargées de la mise en pratique de cette loi, quitte à la Confédération à venir en aide par des subsides aux sociétés qui admettront tous ceux qui viendront frapper à leur porte et solliciter leur admission, sans leur imposer de conditions d'âge ou de santé. »

« Partisan convaincu de l'assurance obligatoire pour tous, il pense que le moment est venu, pour ceux qui sont favorisés de la fortune, de déposer sur l'autel de la patrie et de l'humanité *leur superflu* en faveur des déshérités de ce monde, qui eux, de leur côté, seront appelés à faire leur devoir en versant leur quote-part de *leur nécessaire* dans la caisse sociale. »

L'assemblée prit alors la résolution suivante, communiquée aux autorités fédérales :

« L'assemblée des délégués estime que les sociétés existantes ou à créer devraient être chargées de l'administration de l'assurance contre la maladie, et dans ce but :

- « a. qu'elles doivent être soumises à la surveillance de l'autorité fédérale ;
- « b. qu'une plus grande uniformité devrait être apportée dans l'organisation des sociétés actuelles, tout en leur laissant la plus grande liberté possible ;
- « c. qu'elles devront recevoir indistinctement toutes les personnes qui solliciteront leur admission.

« L'assemblée émet enfin le vœu qu'ensuite de l'adoption de la loi fédérale, les avantages qu'en retireront les membres des sociétés de secours mutuels soient supérieurs à ce qui est généralement le cas aujourd'hui, et qu'ainsi l'application de l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution fédérale constitue un progrès sur ce qui est actuellement. »

En date du 16 septembre 1893, le comité central (présidé par M. G. Correvon, juge cantonal, à Lausanne) adopta, en vue d'une loi à édicter sur l'assurance contre les maladies, les vœux suivants conformes, en principe, à une remarquable étude de M. Ch.-A. Favre, préfet de Neuveville, sur « l'assurance obligatoire en cas d'accident et de maladie et l'avenir des sociétés de secours mutuels ». Neuveville, A. Godet, 1893 :

« I. La loi devrait prescrire expressément que les sociétés actuelles soient autorisées à continuer d'exister librement comme associations privées.

II. *L'assurance en cas de maladie devrait être rendue obligatoire pour tous dès l'âge de 18 ans.*

III. La loi devrait adopter le principe des minima de secours, en laissant aux sociétés la faculté de les augmenter lorsque les circonstances le leur permettent.

IV. Ces minima devraient être :

- a. le paiement des honoraires de médecins et des médicaments, soit de tous les frais médicaux quelconques ;
- b. le paiement d'une indemnité de chômage pendant la maladie, correspondant aux  $\frac{2}{3}$  du salaire.

V. Les secours devraient être accordés pendant une année au maximum pour la même maladie, sauf aux sociétés dont l'état financier le permettrait, à accorder des secours extraordinaires après ce laps de temps.

VI. Les minima de secours fixés ci-dessus ne devraient être augmentés que si l'on arrive à obtenir de la Confédération et des cantons des subsides d'une certaine importance, ou dans le cas où les patrons paieraient une partie de la prime.

VII. La Confédération ou les cantons (de préférence ces derniers) devraient être spécialement chargés du contrôle et de la surveillance des fonds des caisses de secours.

VIII. Les communes devraient être tenues de payer aux caisses de secours les contributions irrécouvrables, quitte à faire punir les débiteurs négligents.

IX. *Les caisses officielles ne devraient être établies que là où il n'existe pas de sociétés libres, ou lorsque ces sociétés seraient insuffisantes pour la contrée.*

X. La loi devrait réserver aux caisses officielles, organisées dans le sens proposé, une certaine autonomie, tout en veillant à assurer l'exécution uniforme de ses prescriptions essentielles. »

Sur la base de ces vœux, le comité central élaborera et fit adopter par l'assemblée de délégués du 27 mai 1894 l'exposé suivant des « principes admis en vue de l'élaboration d'une loi fédérale sur l'assurance obligatoire contre la maladie » :

*A. De l'obligation de s'assurer.*

1. Il est institué dans la Confédération une assurance contre la maladie.

2. Sont obligatoirement assurées contre la maladie toutes les personnes de nationalité suisse domiciliées sur le territoire de la Confédération et ayant atteint l'âge de 18 ans révolus.

L'assurance est facultative pour les étrangers à la Suisse.

3. Les femmes mariées vivant avec leurs maris sont dispensées de l'assurance obligatoire complète, mais elles sont tenues de s'assurer en vue de recevoir le traitement médical (art. 14, § a), moyennant le paiement de la prime restreinte prévue à l'article 17.

Les femmes mariées sont cependant libres de s'assurer au même titre que toute autre personne assurée obligatoirement.

4. Il est facultatif aux caisses officielles et aux sociétés d'assurance d'étendre l'assurance restreinte, moyennant paiement d'une prime spéciale, aux enfants âgés de moins de 18 ans.

5. Sont dispensés de l'assurance obligatoire les invalides qui, par suite d'âge, d'infirmités, etc, sont incapables d'un travail rémunérateur et qui sont internés gratuitement dans les asiles, hospices, refuges de l'état, des communes et des corporations reconnues.

6. Ceux qui sont incapables de tout travail et qui ne se trouvent pas dans l'un des cas prévus à l'article précédent, doivent être assurés, afin de recevoir les soins médicaux, mais ils n'ont aucun droit à l'indemnité de chômage causé par la maladie.

7. Ne pourront prendre part avec voix délibérative, ni faire partie d'aucun comité dans l'administration de l'assurance, ceux qui sont sous le coup d'une condamnation infamante ou qui sont privés de leurs droits civiques.

8. La loi édictera les dispositions nécessaires pour contraindre les personnes qui, tenues de s'assurer, ne remplissent pas cette obligation.

## B. Organisation de l'assurance.

9. L'assurance contre la maladie est administrée :

- a. par des caisses officielles constituées par la loi;
- b. par des sociétés libres légalement reconnues et contrôlées par l'état.

Ces sociétés nomment leurs comités et s'administrent elles-mêmes, conformément aux prescriptions de la loi.

10. Il est créé dans chaque canton une autorité de surveillance des caisses et des sociétés d'assurance contre la maladie, autorité dont l'organisation et les attributions sont réglées par la loi cantonale.

11. Les comptes annuels des caisses officielles et des sociétés d'assurance sont soumis à l'approbation de l'autorité cantonale de surveillance. Il en est de même des statuts de ces dernières.

Lorsque l'expérience prouve que les statuts d'une société d'assurance reposent sur des bases telles qu'ils aboutissent à des déficits importants répétés, l'autorité cantonale de surveillance peut obliger cette société à modifier ses statuts.

12. Il est constitué dans chaque caisse et société d'assurance un fonds de réserve, au moyen des excédents des recettes des comptes annuels. Ces versements se font jusqu'au moment où le fonds de réserve égalera le montant annuel des dépenses; ils ne peuvent être inférieurs au 10 % des dites dépenses.

Dans le cas où les excédents ne se monteraient pas à la somme fixée par l'alinéa précédent, la différence serait fournie par la partie des contributions prévue à l'article 22.

13. Il est créé pour la Confédération une autorité supérieure de surveillance des caisses officielles et des sociétés d'assurance contre la maladie, dont l'organisation et les attributions sont déterminées par la loi.

14. Toutes discussions politiques et religieuses sont rigoureusement interdites au sein des caisses et des sociétés d'assurance.

## C. Droits des assurés.

15. Tout membre d'une caisse officielle et d'une société d'assurance atteint par la maladie a droit, pendant toute la durée de celle-ci :

- a. à la gratuité du traitement médical (soins du médecin et remèdes);

b. à une indemnité minimum d'un franc par jour de maladie, lorsque l'incapacité de travail est complète.

16. Lorsque la maladie est la conséquence d'un accident à la charge de la caisse d'assurance contre les accidents établie par la loi fédérale du \_\_\_\_\_, les caisses et les sociétés d'assurance contre la maladie sont déchargées de toutes prestations envers leurs assurés pour cette maladie.

Toutefois, les caisses et les sociétés d'assurance contre la maladie peuvent être chargées, ensuite de demandes de la caisse contre les accidents, de la surveillance de leurs assurés malades ensuite d'accidents et de faire rapport à la caisse d'assurance contre les accidents en vue du paiement des indemnités dues par cette dernière.

#### D. Obligations des assurés envers les sociétés d'assurance.

17. Pour couvrir les dépenses des caisses officielles et des sociétés d'assurance, chaque assuré est tenu de payer une prime mensuelle de 1 fr. 50 cent., soit 18 francs par an.

Les sociétés libres peuvent réclamer de leurs membres une prime d'assurance supérieure à 18 francs, à charge de donner une indemnité journalière de chômage excédant 1 franc par jour.

18. La prime est de la moitié de la prime normale pour les femmes mariées et les assurés incapables de tout travail. (Art. 6.)

19. Les assurés, à compter de l'âge de 60 ans révolus, pourront être, sur leur demande et si leur position justifie cette mesure, libérés du paiement de toute prime. Ils jouiront néanmoins jusqu'à leur décès de tous les avantages de l'assurance.

20. Le canton d'origine est tenu de payer les primes d'assurance de ceux de ses ressortissants qui n'ont ni fortune, ni ressources (malades, incurables, infirmes, vieillards, etc.)

Il est également tenu de payer, sous réserve de recours contre le débiteur, les primes en retard de ses ressortissants.

Le canton peut réclamer le remboursement de ces valeurs aux communes dont les assurés sont bourgeois.

#### E. Prestations du canton et de la Confédération.

21. Les déficits des caisses officielles et des sociétés d'assurance sont couverts, partie par les cantons, partie par la Confédération, aux conditions déterminées par la loi.

22. Une partie des contributions de la Confédération et des cantons devra servir à créer des fonds de réserve des caisses officielles et des sociétés d'assurance.

23. Les difficultés auxquelles l'application de la loi organisant les caisses officielles et des statuts des sociétés d'assurance contre la maladie peuvent donner lieu, sont tranchées par l'autorité cantonale de surveillance.

Il y a recours contre ses décisions à l'autorité fédérale de surveillance. »

De même que pour le projet d'une initiative populaire tendant à la gratuité des soins médicaux, il nous a paru indiqué de retracer ici, d'après les documents que nous possédons et dans ses différents phases, le mouvement provoqué par la fédération romande. Il est en effet particulièrement intéressant d'observer les modifications successives qu'ont subies les opinions des pétitionnaires; dans la suite du présent message et à l'occasion de l'exposé des motifs qui nous ont fait adopter les projets de lois actuels, nous discuterons les principes émis par la fédération; qu'il suffise pour le moment de nous féliciter du fait que cette association prouve une fois de plus le puissant intérêt avec lequel le public suisse a suivi dès le début nos travaux législatifs ayant trait à l'assurance.

Nous n'avons pas encore admis de solution quant à la question de savoir par quels moyens la Confédération pourvoira aux dépenses nouvelles que nos projets lui imposent; cette question fera l'objet d'un message spécial, que nous adresserons prochainement à l'assemblée fédérale.

Sur deux points cependant, le conseil fédéral est complètement fixé:

Comme il s'agit pour la Confédération d'une nouvelle dépense annuelle de 7 à 8 millions de francs (voir le dernier chapitre du présent message), on ne saurait mettre en vigueur les deux lois d'assurance qu'après avoir pourvu à ce que la Confédération ait les ressources nécessaires; toute autre manière de procéder aurait la très fâcheuse conséquence de détruire l'équilibre péniblement rétabli de nos finances, et nous mettrait dans une situation intenable. Le conseil fédéral a d'autre part la conviction qu'une nouvelle dépense de 7 à 8 millions par an ne saurait être compensée par la réduction de telles de nos dépenses actuelles, ni par une plus-value de recettes résultant du développement des affaires.

Les recherches faites ensuite du dépôt d'un postulat tendant au rétablissement de l'équilibre financier ont montré qu'à moins d'événements imprévus la période des déficits pouvait être considérée

comme close; si les recettes des douanes se maintiennent à leur montant actuel, il est même probable que les prochains exercices solderont légèrement en boni. Mais ces excédents futurs de recettes — loin d'atteindre d'ailleurs une somme aussi importante que celle dont la Confédération aurait besoin pour les assurances — sont dès maintenant destinés à compenser des plus-values de dépenses qui doivent nécessairement résulter, pour différentes branches d'administration, de l'exécution de notre législation actuelle.

Nous croyons donc que pour pouvoir accorder aux assurances-maladies et accidents des subsides tels que les prévoient nos projets, la Confédération doit se créer une source nouvelle et très-importante de revenus.

Dans cet ordre d'idées, nous avons pensé dès l'abord à l'introduction du monopole du tabac; dans l'organisation de ce monopole, dont le produit serait exclusivement appliqué à la couverture des dépenses imposées à la Confédération par les assurances-maladies et accidents, on aurait égard aux intérêts de la culture indigène et l'on admettrait en principe que les tabacs manufacturés de consommation courante ne sauraient être imposés ni dépréciés en qualité. Depuis un an déjà, le conseil fédéral a en mains une étude détaillée de la question; il résulte de ce travail que, déduction faite de 1 1/2 millions pour intérêt et amortissement des indemnités à payer aux fabricants actuels, un monopole appliquant les principes dont nous parlions tout à l'heure produirait probablement 6 1/2 millions par an.

Aujourd'hui encore, il nous paraît que l'introduction du monopole du tabac serait pour la Confédération le moyen le meilleur et le plus simple de se procurer les ressources dont elle a besoin pour les assurances populaires; mais, en prévision de l'opposition à laquelle cette idée paraît devoir se heurter de divers côtés, nous croyons bien faire en soumettant à un examen approfondi les autres solutions proposées. Parmi celles-ci, il faut citer la création d'un droit d'entrée sur les céréales, ou celle d'un impôt sur le tabac ou sur le sucre. Bornons-nous pour le moment à mentionner ces différentes idées, en nous réservant de discuter dans un message spécial leurs avantages et leurs inconvénients, de même que les difficultés constitutionnelles ou commerciales que ces idées soulèvent. Le message en question n'intéressant qu'indirectement nos projets de lois, rien n'empêche d'étudier et de discuter dès aujourd'hui ces projets.

## A. Partie générale.

### I. Bases des projets de lois.

1. L'article 34<sup>bis</sup> de la constitution accorde à la Confédération la compétence législative en matière d'assurance contre les accidents et les maladies; bien plus, il impose à l'autorité fédérale le devoir de faire usage de cette compétence. Nous nous acquittons de notre tâche en vous soumettant aujourd'hui deux projets de lois touchant l'organisation par l'état de l'assurance *civile* contre les maladies et contre les accidents.

Les caisses mutuelles dont nous vous proposons la création ne sauraient être chargées des risques d'accidents et de maladies *résultant du service militaire*. L'équité fait en effet un devoir à l'état de se charger lui-même de l'assurance de ses soldats, indépendamment de toute assurance contre les risques d'accidents ou de maladies qui se réalisent durant la vie civile. Aujourd'hui déjà, la Confédération satisfait en partie à ce devoir par le moyen d'une loi du 13 novembre 1874 sur « les pensions militaires et les indemnités »; pour le cas de mort ou d'invalidité ayant pour cause une maladie contractée sous les drapeaux, cette loi prévoit des indemnités beaucoup plus importantes que celles de l'assurance civile instituée par nos projets. Bien loin de réduire les prestations établies par la loi du 13 novembre 1874, il conviendra de les conserver sous le régime de la responsabilité imposée à la Confédération vis-à-vis de ses soldats; ce régime lui-même devra s'adapter aux institutions militaires qui seront créées par la loi organique actuellement en chantier. D'autre part, il n'y a pas identité absolue entre les personnes qu'intéressera l'assurance militaire et celles qui sont visées en première ligne par nos projets d'assurances civiles; les ressortissants étrangers, par exemple, ne bénéficieront que de ces dernières.

Tels sont les motifs qui nous engagent à traiter d'une manière distincte l'assurance militaire et l'assurance civile, tout en maintenant le contact entre ces deux branches. Très prochainement, nous vous présenterons un projet de loi concernant spécialement l'assurance militaire; nous nous réservons du reste de souder ce projet à ceux que le présent message accompagne et de former ainsi, de l'assurance accidents et maladies dans son ensemble, *une seule loi*



ou un *code* soumis en bloc à votre adoption et, le cas échéant, à celle du peuple.

2. La question de la nécessité qu'il y a d'introduire une assurance militaire correspondant à l'assurance civile contre les maladies et les accidents, nous amène à parler d'un vœu souvent émis dans notre public : on demande que la Confédération élargisse dès le début sa sphère d'action en matière d'assurances, et institue des établissements qui — non contents d'assurer contre les *maladies et les accidents* — englobent tous les risques constituant dans leur ensemble l'*incapacité de travail*.

Nous savons qu'un des premiers devoirs de la communauté est de favoriser le bien-être et le progrès de ses membres en les protégeant contre *tous* les dangers qui les menacent; nous reconnaissons que l'assurance est l'un des moyens les plus efficaces d'atteindre ce but, et que la communauté est loin encore d'avoir accompli tout son devoir en n'assurant ses membres que contre les risques d'accidents et de maladies. Du reste, la limitation de l'assurance à certains risques déterminés, et la distinction souvent artificielle qu'on est dès lors amené à établir entre ces risques, entraînent des inégalités fâcheuses dans le traitement des sinistres relevant pour ainsi dire des zones intermédiaires; il suffit de rappeler les rapports intimes qui existent entre l'état de maladie et l'invalidité, les difficultés pratiques qui entravent la distinction de ces deux risques et la limite évidemment arbitraire que l'on est forcé d'adopter en prenant pour critère la *durée* de l'incapacité de travail. La cessation des secours au malade, après qu'un certain temps s'est écoulé depuis le début de l'incapacité de travail, marque évidemment une lacune dans l'assurance-maladies.

Cette lacune afflige tous les hommes de cœur, mais elle est imposée par notre constitution elle-même : la compétence de la Confédération est expressément limitée par l'article 34<sup>bis</sup> à deux branches, les « maladies » et les « accidents ». Nous pouvons interpréter ces deux notions d'une manière plus ou moins large; mais il ne saurait être question d'englober sous le nom de « maladies et accidents » des risques étrangers à ces branches, tant au sens technique qu'au sens vulgaire des mots. Pour nous garder d'une extension littérale abusive, il suffit de rappeler que l'article 34<sup>bis</sup> a été intentionnellement rédigé comme il l'est, contrairement à certaines propositions de rédactions plus générales n'excluant pas l'assurance-invalidité. Cette dernière a donc été formellement laissée de côté.

Si le texte même de la constitution était seul à nous imposer la limitation des risques assurés et si l'on persistait dans le désir d'assurer l'incapacité de travail sous toutes ses formes, il suffirait d'une revision constitutionnelle. Mais des circonstances *d'ordre pratique* nous obligent à une solution conforme au texte actuel :

Il ne faut pas oublier que nous abordons aujourd'hui un terrain nouveau pour la Suisse, l'activité proprement dite de la Confédération étant à ses débuts en matière d'assurances. A elle seule, la création de caisses publiques d'assurance contre les maladies et contre les accidents donnera lieu à des difficultés; jusqu'au jour où ces rouages nouveaux de notre vie publique et économique fonctionneront sans grincer, nous devons prendre patience et l'opinion publique, espérons-le, nous en donnera l'exemple.

C'est du reste une erreur de croire que, plus une assurance est étendue au point de vue des risques qu'elle couvre, plus son administration se simplifie. Qu'on se représente un établissement assurant contre tous les risques quelconques auxquels l'homme se trouve exposé: quelles difficultés ne présenteraient pas la fixation de la prime de chacun, la détermination du dommage et des indemnités, sans parler de l'administration elle-même!

On pourrait sans doute étendre l'organisation légale de l'assurance à un grand nombre de branches, à la condition de tenir chacune d'elles distinctes; mais il faudrait alors déterminer leurs limites et leurs rapports réciproques, ce qui présente déjà des difficultés considérables pour les deux seules branches dont nous nous occupons.

Vous vous convaincrez d'ailleurs, en lisant plus bas un exposé détaillé de la portée financière de nos projets, qu'il faut prévoir pour toute assurance organisée ou administrée par l'état de très importantes prestations pécuniaires de la Confédération. Or, étant donné que les subsides à l'assurance contre les maladies et les accidents obligeront déjà la Confédération à créer une source nouvelle — et à peine suffisante — de revenus, il est évident qu'à chaque extension des risques assurés correspondrait la nécessité de réaliser des recettes encore plus considérables, au milieu de difficultés toujours croissantes. Cette considération doit clore toute discussion sur la limitation des risques; elle convaincra les philanthropes et les mettra d'accord avec ceux que déterminaient déjà les motifs précédemment invoqués.

De ce qui précède il résulte que l'état doit, pour le moment, borner son intervention en matière d'assurances à une législation concernant les maladies et les accidents. Le mieux est l'ennemi du bien. Au reste le temps presse et voilà longtemps qu'on discute; la démocratie est lente à s'assimiler des idées nouvelles: il faut bien des jours pour qu'une notion s'implante dans le cerveau de sept cent mille électeurs, mais au moins la conviction du citoyen défie-t-elle toute réaction. L'opinion publique en Suisse est maintenant familiarisée avec le principe de l'assurance contre les maladies et les accidents; elle en souhaite vivement la réalisation. Mettons par conséquent la main à l'œuvre; et lorsque plus tard le peuple entier — ainsi que nous en avons l'espérance — reconnaîtra qu'il a utilement consacré son argent à l'assurance, il consentira volontiers — si l'on croit devoir le lui demander — à de plus grands sacrifices et à de nouveaux impôts directs ou indirects.

Le plus heureux des perfectionnements que l'on pourrait introduire au régime créé par nos projets serait l'organisation de l'assurance contre l'invalidité en général. Les projets que nous soumettons à vos délibérations souffrent en effet d'une lacune qui frappe dès la première lecture: tandis que l'invalidité résultant d'un accident donne lieu à indemnités, l'assurance ferme ses caisses à l'invalidité causée par une maladie simple (articles 51 maladies et 28 accidents). L'assurance contre l'invalidité en général remédierait à cette inégalité regrettable, mais elle entraînerait des dépenses très considérables.

3. Devons-nous remettre l'assurance contre les maladies et les accidents à un ou plusieurs établissements qui se chargeraient chacun des deux branches d'assurance — en fondant ensemble ces deux branches ou en les tenant distinctes, — ou bien vaut-il mieux recourir à une ou plusieurs caisses pour les accidents et à une ou plusieurs autres pour les maladies; en d'autres termes, *convient-il qu'un même assureur s'occupe simultanément des deux risques?*

A première vue, il semble qu'on doive se déterminer pour la réunion des risques et pour leur fusion. Les deux risques maladies et accidents ont plusieurs points communs; pour l'un et pour l'autre on prévoit que les personnes ou les entreprises assurées supporteront la plus grande part des charges, et que la Confédération apportera l'encouragement de ses subsides.

Mais un examen plus attentif ne tarde pas à convaincre de la nécessité qu'il y a de séparer les deux risques et d'en charger des assureurs distincts. Si l'on considère tout d'abord le point de vue technique, on remarque que dans l'assurance-maladies la diversité

des chances d'avènement du risque joue un rôle moins important que dans l'assurance-accidents, où le danger inhérent à chaque profession est un élément essentiel de la fixation de la prime. A elle seule toutefois cette considération ne suffirait pas à motiver la séparation des risques : elle rendrait difficile, mais non point impossible, l'établissement d'une prime totale, résultant de l'addition des primes maladies et accidents calculées chacune d'après des facteurs différents. Mais d'autres motifs nous déterminent absolument :

Le *système de la couverture des capitaux* (dit « système des réserves techniques ») doit être préféré pour l'assurance-accidents, tandis que l'assurance-maladies trouve de plus grands avantages au *système dit de répartition*. En outre, le *danger de simulations* de sinistres est beaucoup plus grand dans une des assurances que dans l'autre : tandis que l'immense majorité des suites possibles d'un accident ne peuvent pas être simulées, il en est autrement des suites d'une maladie simple, soit d'une maladie ne résultant pas d'accident ; pour la plupart de ces maladies, on est forcé de s'en remettre au dire de l'assuré, qui est dès lors doublement tenté de faire des déclarations mensongères en se prétendant malade alors qu'il ne l'est pas ou qu'il ne l'est plus. La simulation de maladies par les assurés a entraîné déjà plus d'une caisse à sa ruine. Il suffit de rappeler la triste expérience faite à ce sujet par la caisse de malades de la fabrique d'armes fédérale, durant l'exercice 1893. Or les abus résultant de la simulation ne peuvent être prévenus d'une manière efficace que par une surveillance continuelle et attentive, exercée par des personnes ayant un intérêt pécuniaire aussi direct et considérable que possible à ce que les dépenses de la caisse soient faibles.

Cette considération recommande à notre choix, pour l'assurance-maladies, des caisses relativement petites ; pour l'assurance-accidents au contraire, l'avantage technique résultant de la réunion d'un grand nombre d'éléments dans la même caisse nous fera préférer un établissement étendu. Ce dernier seul pourra entretenir le personnel spécial qu'il faut pour délimiter en connaissance de cause les classes de risques et pour administrer selon des règles techniques les capitaux de couverture. Les caisses-maladies ne seront ainsi pas exposées à la tentation d'employer les fonds de couverture-accidents aux dépenses courantes de l'assurance-maladies, et de commettre de la sorte des irrégularités graves ; certains exemples nous ont instruits à cet égard. Un établissement-accidents étendu et puissant aura seul aussi une résistance qui lui permette de supporter toutes les fluctuations dans le nombre et la gravité des accidents, dont chaque cas entraîne

pour l'assureur des dépenses en moyenne beaucoup plus grandes que celles causées par un cas de maladie.

En résumé, il convient de séparer les deux risques en admettant pour l'assurance-accidents le principe de la centralisation, soit d'une *caisse unique*, et en décentralisant l'assurance-maladies au profit de *petites caisses* dans la mesure conciliable avec l'une des conditions essentielles de toute assurance, savoir la réunion d'un nombre suffisant d'éléments.

La distinction et la séparation des accidents d'avec les maladies n'empêchent pas de créer entre ces deux branches des *rappports organiques*. C'est ainsi que nous établissons l'*identité* des assurés obligés-maladies et des assurés-accidents, et que nous mettons entièrement à la charge de l'assurance-maladies l'incapacité de travail résultant d'*accidents* de gravité moindre et qui ne laissent pas de suites permanentes; même l'incapacité de travail résultant d'*accidents* graves incombe à l'assurance-maladies pour les premières semaines dès la date de l'accident (articles 28 accidents et 51, b, maladies). Nous laissons dans la règle aux caisses-maladies le soin de constater les accidents, de secourir et de surveiller les sinistrés ainsi que de percevoir les primes-accidents (articles 26, 29 et 63 accidents). Les caisses chargées de l'une et de l'autre assurance sont soumises à la surveillance des mêmes autorités (articles 174 maladies et 12 accidents). En un mot, nous voulons que les deux branches s'entr'aident et se complètent, que leurs organes vivent en bonne intelligence et dans un état de confiance réciproque.

4. A propos de la question de la distinction des risques, on s'est demandé s'il ne vaudrait pas mieux *ne légiférer pour le moment que sur l'une des deux branches d'assurances prévues par la constitution*. Ainsi qu'il résulte de notre message du 28 novembre 1889 et des annexes qui l'accompagnent, on ne pensait encore en 1889 qu'à remplacer le régime de la responsabilité civile par l'assurance d'état contre les accidents; mais en étudiant la question de plus près, l'on vit que l'assurance contre les maladies était la plus importante des deux branches, et que son organisation par l'état s'imposait avec un caractère particulier d'urgence; on resta persuadé de la nécessité qu'il y a de prendre l'assurance contre les maladies pour base de l'assurance contre les accidents, et par conséquent de s'occuper des deux branches simultanément. Involontairement et bien que parti d'un point de vue différent, la Suisse se trouvait donc amenée au même point que l'Allemagne et l'Autriche. On ne manquera pas de nous reprocher d'avoir obéi à un esprit d'imitation, au lieu de travailler d'après une tendance qui nous fût propre. Ce

reproche, on le voit, est sans fondement; espérons qu'il aura été épargné aux gouvernements des divers pays qui se sont inspirés de notre législation sur le travail dans les fabriques.

Il serait évidemment *possible*, en fait et sans violer le texte de la constitution, de ne légiférer pour le moment que sur l'une des deux branches que l'article constitutionnel a en vue. On pourrait se borner à introduire l'assurance d'état contre les accidents, en laissant tel quel ce qui concerne l'assurance contre les maladies ou en se ralliant à de simples dispositions de contrôle; il est vrai que le projet actuel touchant les accidents devrait dans ce cas être entièrement remanié. On pourrait aussi ne s'occuper que de l'assurance contre les maladies, et laisser subsister en matière d'accidents le système de la responsabilité civile. Mais l'une et l'autre de ces solutions seraient profondément regrettables; elles ne se justifieraient que si les ressources des personnes que nous avons en vue pour l'assurance ne permettaient pas de remplir en une seule fois le programme établi par l'article 34<sup>bis</sup>, ou si la Confédération n'était pas en mesure de supporter les charges imposées à sa caisse par les deux assurances, même en réduisant le montant des subsides. Or, ni l'une ni l'autre de ces alternatives ne se présente; nous faisons, en passant, la même réponse à ceux qui s'opposent à une extension du système des pensions militaires dans le sens que nous avons indiqué, soit à la création d'une assurance militaire.

## II. L'obligation à l'assurance.

5. Dans son mémoire sur l'introduction en Suisse de l'assurance contre les accidents — travail annexé à notre message du 28 novembre 1889, sur l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution — M. Forrer exposait la nécessité qu'il y a d'obliger à s'assurer contre les accidents toutes les personnes travaillant au compte d'autrui. Notre message se ralliait à cette manière de voir qui ne rencontra aucune opposition dans les chambres, lors de la discussion du nouvel article constitutionnel. Les chambres allèrent même plus loin que nous ne l'avions proposé: elles modifièrent le projet d'article qui leur était soumis, de manière à permettre que, par simple voie législative et sans devoir reviser à nouveau la constitution, on pût soumettre à l'obligation d'être assuré — contre les accidents et aussi contre les maladies — non seulement les personnes travaillant au compte d'autrui mais toutes les « catégories de citoyens » c'est-à-dire la population tout entière.

Il serait donc superflu d'insister sur la légitimité de l'obligation à l'assurance *contre les accidents* pour les personnes travaillant au compte d'autrui.

Abordant maintenant la question de l'obligation à l'assurance *contre les maladies*, nous voyons que les arguments qu'on peut invoquer lorsqu'il s'agit des accidents ont ici bien plus de poids encore. La santé physique étant une condition de l'activité de l'homme, la communauté a un intérêt puissant à ce que ses membres restent ou redeviennent sains; c'est pour cette raison qu'elle s'occupe d'une part de l'*hygiène publique* et de l'autre du *traitement des malades*. Les sentiments humanitaires sont ici d'accord avec l'intérêt général. C'est à ces sentiments et à la conscience de cet intérêt que l'on doit l'existence d'institutions publiques pour le traitement des malades, telles que les hôpitaux, les policliniques, les ordres religieux charitables et l'œuvre de la Croix-Rouge; l'idée de la gratuité des soins médicaux a la même origine. Mais la société possède en outre un intérêt à ce que les *charges économiques* résultant des maladies soient le plus possible réduites, afin de parer à l'une des principales causes d'appauvrissement de l'individu; l'une de ces charges économiques réside dans l'obligation de rétribuer un médecin et un pharmacien, et l'autre est constituée par le fait que le malade, incapable de travail, subit une moins-value de salaire. Or l'*assurance* seule permet à la société de satisfaire l'intérêt qu'elle possède à neutraliser les conséquences financières de l'incapacité de travail; l'assurance en même temps aide à atteindre les buts que nous rappelions tout à l'heure, savoir la conservation et le rétablissement de la santé des individus.

Les chances d'être atteint d'une maladie sont en général beaucoup plus nombreuses que celles de subir un accident, et l'assurance-maladies est donc à ce point de vue plus urgente que l'assurance-accidents. La statistique suisse des accidents montre en effet que sur 100 personnes travaillant au compte d'autrui, une seule chaque année est victime d'un accident entraînant la mort ou une maladie de plus de 4 semaines; par contre, on a remarqué que 20 à 50 % des membres de caisses d'assurance contre les maladies sont malades au cours de chaque année. Il est vrai que cette différence, très défavorable au risque de maladie, est compensée en une certaine mesure par le fait que la gravité moyenne des cas d'accidents est plus grande que celle des cas de maladies; mais, en prenant pour base les indemnités établies dans nos projets, il n'en reste pas moins que l'assurance-maladies coûte en tous cas beaucoup plus que l'assurance-accidents.

Le petit nombre actuel des membres de caisses libres de secours, par rapport à l'ensemble de la population, montre à lui seul qu'en

conservant l'absolue liberté de l'assurance l'état ne saurait satisfaire dans une mesure suffisante l'intérêt qu'il possède à l'assurance des individus. Il est donc nécessaire et légitime de statuer une obligation pour les classes de personnes qui ont le plus à souffrir des conséquences économiques de leurs maladies.

Un argument d'ordre pratique milite dans le même sens: ainsi qu'il résulte du présent message (pages 208 et 209) et du mémoire déjà cité de M. Forrer (titre D, chapitres VI et VII), les petits accidents ne sauraient relever de l'établissement d'assurance contre les accidents mais doivent être rattachés à une assurance-maladies; il est dès lors utile que toutes les personnes assurées contre les accidents bénéficient également d'une assurance-maladies; et du moment que cette assurance existerait, pourquoi la limiterait-on aux accidents réputés maladies, en excluant les maladies proprement dites ?

Les considérations qui précèdent nous ont fait établir l'identité des personnes obligatoirement assurées contre chacun des deux risques. Cette identité favorisera la bonne marche des établissements assureurs. Elle les mettra à l'abri des difficultés qui, en Allemagne et en Autriche, résultent principalement du fait que certains assurés-accidents, non assurés contre les maladies, se trouvent sans secours durant la première période qui suit leurs accidents; l'assurance-accidents en effet ne fournit d'indemnités qu'à partir d'un certain nombre de jours dès la date du sinistre, soit à partir de l'échéance du « délai de carence ».

Nous aurions voulu maintenir le principe de l'identité même en ce qui concerne les assurés *volontaires*; mais l'opposition pour ainsi dire unanime de la commission d'experts nous y a fait renoncer. Au reste, il est vrai qu'en établissant une stricte alternative entre l'assurance contre les deux risques et l'abstention complète d'assurance, on aurait détourné de l'assurance volontaire un grand nombre de personnes qui veulent bien supporter la charge d'un genre de primes mais non de deux. Du moment que nous renoncions à l'identité des assurés volontaires accidents et maladies, nous avons dû pour le moment n'instituer *aucune assurance volontaire accidents*: étant donné qu'une assurance-accidents ne peut être chargée d'indemnités pour la première période de l'incapacité de travail (délai de carence), les personnes qui n'auraient été volontairement assurées que contre les accidents se seraient trouvées sans secours durant le délai de carence. Mais une conséquence fâcheuse du défaut d'identité des assurés volontaires est que ces assurés, lorsqu'ils seront malades ensuite d'accidents, resteront à la charge de l'assurance-maladies même au-delà d'une période égale au délai de carence; dans les mêmes circonstances, les membres *obligés* maladies



(et accidents) passeront au contraire à la charge de l'assurance-accidents dès l'échéance de ce délai.

En résumé nous statuons *l'obligation à l'assurance-maladies et accidents* pour toutes les personnes travaillant au compte d'autrui.

Le peuple suisse presque unanime nous semble acquis à l'idée de l'assurance obligatoire; les différences de vues ne portent plus guère que sur la question de savoir si l'obligation doit être *limitée aux salariés ou étendue à l'ensemble de la population*.

Par contre, le congrès international des accidents du travail, qui a siégé à Milan du 1 au 6 octobre 1894, s'est montré en majorité hostile au principe de l'obligation; il a principalement manifesté son opinion par l'organe d'orateurs français, italiens ou belges, dont les arguments ne nous convainquent en aucune manière. On a fait surtout valoir le fait qu'avec le système de l'assurance obligatoire le *nombre des sinistres accuse une progression inquiétante*. Il est bien possible qu'un ouvrier, se sentant assuré et sachant qu'au cas d'un accident il sera indemnisé de tout ou partie de son dommage, soit moins attentif à éviter un sinistre; mais c'est là un inconvénient qui n'est pas spécial à l'assurance obligatoire: il se présente dans toute assurance, même libre et spontanée, ainsi que sous le régime de la responsabilité civile tel qu'il est expressément établi en Suisse ou implicitement contenu dans le code Napoléon. Il est vrai que le système de l'assurance — obligatoire ou volontaire — incite plus facilement à la négligence que celui de la responsabilité, la faute du lésé déchargeant plus aisément un employeur qu'un assureur. Mais il n'en reste pas moins que si l'on repousse par ces motifs l'assurance obligatoire pour lui préférer la responsabilité civile, on doit pour être logique repousser la responsabilité civile et revenir aux principes du droit commun.

Il n'est d'ailleurs nullement établi que le nombre des accidents par mille ouvriers ait *réellement* augmenté en Allemagne et en Autriche par l'introduction de l'assurance obligatoire; les statistiques en effet n'ont jamais indiqué et n'indiquent pas le nombre réel et absolu des accidents, mais seulement le nombre des accidents *déclarés*. Or il est évident que ce dernier chiffre est inférieur au premier d'une quotité qui s'est beaucoup abaissée lors de l'introduction de l'assurance et dont l'abaissement a continué dès lors. En effet, sous le régime de la responsabilité civile, beaucoup d'ouvriers n'avaient aucun intérêt à annoncer leurs accidents puisqu'ils devaient eux-mêmes en supporter les charges. L'employeur de son côté n'était pas aussi pressé que sous le régime de l'assurance de déclarer les accidents de ses ouvriers; bien plus, une grande fréquence d'accidents survenus dans son usine était de nature à le discréditer.

En résumé, il est certain que *la proportion des accidents ignorés s'est abaissée* mais il n'est pas établi que le nombre absolu des accidents par mille ouvriers ait augmenté.

Nous concédons que l'ouvrier qui bénéficie d'une assurance obligée ou libre — ou de la responsabilité civile de son employeur — est souvent tenté de s'annoncer comme malade pour la moindre lésion et de rester chez lui tandis qu'il pourrait parfaitement travailler ; nous concédons aussi que le même ouvrier, atteint d'un accident ou d'une maladie, ne se pressera pas de retourner au travail, alors que c'est précisément en prenant de l'exercice que le membre affaibli par l'accident ou par la maladie retrouverait son ancienne vigueur. Ces inconvénients, qui relèvent de la simulation d'incapacité de travail, sont balancés sous le régime du droit commun par l'inconvénient opposé : poussé par le besoin d'entretenir les siens, le blessé reprend souvent le travail avant que sa guérison soit complète, et rend ainsi permanente sa moins-value de capacité de travail. Au reste, nos projets parent à la simulation de l'assuré en édictant contre les fraudeurs des peines sévères, en faisant relever les lésions peu graves de l'assurance-*maladies* — où la surveillance réciproque des assurés empêche les abus — et en n'accordant pas d'indemnités de chômage pour les premiers jours d'incapacité de travail (articles 28, 52, 53, 83 et 87 accidents, et 50, 61, 62 et 188 maladies).

Les inconvénients de l'assurance obligatoire sont amplement compensés par ses avantages. Ces inconvénients, nous le répétons, ne sont au reste point l'apanage de l'assurance obligatoire contre l'incapacité de travail : ils se rencontrent également dans l'assurance volontaire et spontanée contre le même risque, et ils ont leurs correspondants dans l'assurance obligatoire ou volontaire contre tout autre risque. Ils ne sauraient donc suffire à faire repousser l'assurance obligatoire contre l'incapacité de travail, sans amener à repousser soit à interdire toute assurance quelconque.

Le mémoire déjà cité annexé à notre message du 28 novembre 1889 affirmait entre autres la nécessité de soumettre à l'assurance toutes les personnes travaillant au compte d'autrui. Cette thèse, vivement attaquée au début, se trouve pleinement justifiée par le développement qu'ont pris depuis 1889 les législations allemande et autrichienne. Vous vous en rendrez compte en parcourant un des annexes du présent message, consistant en un rapprochement du texte de nos projets et des textes des lois allemandes et autrichiennes.

6. Quand le public apprit que nos projets étaient basés sur le principe de l'assurance obligatoire des personnes travaillant au compte d'autrui, des voix nombreuses et compétentes soutinrent la nécessité d'aller plus loin et d'étendre l'obligation à *l'ensemble de la population*. Aujourd'hui encore, cette manière de voir est très fréquente, spécialement en ce qui touche l'assurance-maladies, à laquelle le public s'intéresse beaucoup plus qu'à l'assurance-accidents. Tout en reconnaissant les intentions humanitaires excellentes qui poussent à proposer l'assurance obligatoire de tous, nous ne saurions entrer dans cette voie.

Qu'on se rappelle comment nous sommes arrivés à soumettre à l'obligation les personnes travaillant au compte d'autrui : nous avons reconnu que ces personnes ont besoin de l'assurance, et que pour chacune d'elles un tiers pourra être tenu de payer les primes en lieu et place ou pour le compte de l'assuré. Mais qu'en est-il des autres classes de la population ?

Le bon sens du peuple suisse répugne à l'idée de soumettre à l'obligation d'être assurées des personnes qui peuvent se suffire à elles-mêmes et qui dès lors n'ont pas un urgent besoin de l'assurance. On considère avec raison en Suisse que l'intervention de l'état et les obligations qui en résultent ne se justifient qu'autant qu'elles sont nécessaires. Il serait absurde de soumettre la population tout entière à l'assurance pour le seul plaisir de faire régner l'uniformité; et il serait injuste d'obliger à l'assurance les classes aisées, dans le seul but d'acquiescer à l'assureur des éléments profitables.

Ces considérations nous amènent à combattre l'idée d'étendre l'obligation à *toutes les personnes travaillant à leur propre compte*; comme on le verra plus loin, des motifs spéciaux nous font déclarer assurable une partie de ces personnes. On ne saurait non plus imposer l'assurance à ceux dont la capacité de travail n'est pas estimable en argent, soit à ceux que la statistique appelle « rentiers sans profession »; ces personnes se suffiront elles-mêmes.

Voyons maintenant la situation des individus *qui ne peuvent pas travailler*, comme les vieillards et les enfants, et de ceux *dont le produit du travail est nul ou profite à autrui*, comme les femmes mariées. Il est certain que l'assurance serait utile à ces personnes, à la différence de celles qui travaillent à leur propre compte ou qui font partie de la catégorie des « rentiers ». Mais une considération d'ordre pratique nous empêche de statuer pour elles l'obligation à l'assurance :

Qui dit assurance obligatoire, dit paiement obligé de primes par l'assuré lui-même ou par un tiers. A défaut de ce paiement,

l'« assurance » fait place à une « assistance », et l'obligation du soi-disant assuré se résout en « l'obligation » de recevoir des prestations gratuites. Un établissement dont une partie des clients sont des assurés et l'autre des assistés n'est plus un établissement d'assurance.

Or il est certain que la plupart des personnes en question seraient incapables de fournir des primes, que leurs père et mère, tuteurs, époux, etc., ne pourraient non plus payer pour elles. Il faudrait donc en charger l'état, soit la Confédération, les cantons ou les communes, et faire produire à l'impôt direct ou indirect les nombreux millions auxquels ascenderaient les primes de ces individus.

On ne saurait éviter cette conséquence en excluant simplement de l'assurance les personnes qui ne *voudraient* pas payer leurs primes; ce procédé en effet serait inconciliable avec l'obligation à l'assurance, qu'il permettrait d'é luder par un refus de paiement. Quant à l'*impossibilité* de payer, elle ne doit pas non plus être en elle-même une cause d'exclusion: la pauvreté que cette impossibilité décèle constitue au contraire une probabilité de plus pour que l'assurance soit la seule ressource de l'individu en cas d'incapacité de travail. Le déficit des primes des individus insolubles devrait être comblé par une augmentation considérable du rendement de l'impôt; or il est certain que les employeurs chargés d'une partie des primes de leurs employés, de même que ces derniers — chargés du reste de leurs primes — et que les personnes travaillant à leur propre compte et qui paieraient elles-mêmes l'entier de leurs contributions, trouveraient injuste de devoir fournir sous forme d'impôt les millions représentant les primes de ceux qui ne pourraient ou ne voudraient pas fournir le prix de leur assurance.

L'issue fatale de cette situation serait la suppression des primes pour tous les assurés quels qu'ils soient, et *l'imposition à l'état de l'obligation de faire face à toutes les charges de l'assurance*. Le tiers chargé de payer la prime de l'assuré serait ainsi la communauté, ce qui veut dire qu'on n'aurait plus affaire à une assurance, mais à un régime de responsabilité de la communauté pour les maladies et les accidents de ses membres. Les dépenses qui résulteraient de cette responsabilité, et qu'il faudrait couvrir au moyen de l'impôt, atteindraient des sommes en comparaison desquelles les subsides que nos projets mettent à la charge de l'état sont bien peu de chose.

Nous avons la conviction qu'il suffira au peuple suisse d'avoir aperçu cette conséquence forcée d'une assurance obligatoire générale, pour qu'il repousse énergiquement ce régime.

Par tous ces motifs, nous ne soumettons pas à l'obligation la population entière, composée des travailleurs au compte d'autrui, de toute la classe des personnes travaillant à leur propre compte et de la classe des personnes ne travaillant pas en vue d'un gain. Nous nous bornons à transformer le principe de la responsabilité de l'employeur en celui de l'obligation de l'employé à l'assurance, et nous soumettons à cette obligation toutes les personnes travaillant au compte d'autrui et certaines d'entre celles qui travaillent à leur propre compte.

Les principes qui nous ont guidés sont les suivants : il ne faut pas que l'assurance dégénère en assistance, et il convient de laisser le plus possible à l'individu le soin de faire face à ses besoins; on ne doit chercher à atteindre que ce qui est actuellement possible; il faut éviter d'augmenter encore sans nécessité absolue les charges financières déjà considérables que nos projets imposent aux employeurs; il faut enfin organiser nos nouvelles institutions d'assurance de manière qu'elles puissent sans secousses tenir compte plus tard des expériences faites et s'adapter aux besoins du moment.

Les personnes qui auraient voulu étendre au-delà des limites fixées par nos projets l'obligation à l'assurance trouveront une compensation dans le fait que l'affiliation à *titre volontaire* est rendue accessible à la grande majorité de la population. Par des motifs techniques dont on a lu plus haut l'exposé, nous avons dû — quant aux accidents — nous borner actuellement à prévoir que l'assurance volontaire pourra être créée sans qu'il soit nécessaire de reviser la loi (article 21, a, accidents); mais en ce qui touche les maladies, notre projet organise dès aujourd'hui et dans tous ses détails cette assurance, que nous avons développée encore depuis les débats de la commission d'experts par l'institution de l'assurance volontaire restreinte (art. 30 à 43 maladies).

7. Pour terminer ce qui a trait à l'idée d'une assurance obligatoire de la population tout entière, nous voudrions revenir sur *l'initiative populaire touchant la gratuité des soins médicaux* et sur la proposition de la *Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande*, dont nous avons déjà parlé dans notre introduction (pages 130 à 139 et 146 à 152).

a) Par son exposé des « principes admis en vue de l'élaboration d'une loi fédérale sur l'assurance obligatoire contre la maladie », la fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande propose d'« assurer obligatoirement contre la maladie toutes les personnes de nationalité suisse domiciliées sur le territoire de la Confédération et ayant atteint l'âge de 18 ans révo-

lus » (article 2). Les étrangers et les personnes internées dans des asiles, hospices ou refuges sont dispensés de l'assurance (articles 2 et 5). — Les primes sont dues par l'assuré seul, à moins qu'il ne soit sans fortune ni ressources (articles 17 et 20). Les assurés qui ont atteint 60 ans révolus peuvent être libérés du paiement de toute prime (articles 19). Le canton d'origine est tenu de payer les primes de ses ressortissants qui n'ont ni fortune ni ressources; il est également tenu de payer, sous réserve de recours contre le débiteur, les primes en retard de ses ressortissants. Le canton peut réclamer aux communes d'origine le remboursement des primes qu'il a dû payer pour leurs ressortissants (article 20). — La loi prendra les mesures nécessaires contre les personnes qui chercheraient à se soustraire à leur obligation d'être assurées (article 8). Les déficits des caisses officielles et des sociétés d'assurance sont couverts en partie par les cantons et en partie par la Confédération (article 21).

Tels sont les principes de la fédération romande, quant à la question de l'obligation à l'assurance; pour le reste, nous renvoyons aux pages 149 à 152 ci-dessus, où l'on trouvera le projet de la fédération intégralement reproduit.

Dès le premier coup d'œil, on voit que ce projet est bien loin d'instituer une assurance obligatoire intéressant l'ensemble de la population. *Il exclut en effet de l'obligation tous les étrangers*, dont le nombre était de 229,650 lors du dernier recensement (1<sup>er</sup> décembre 1888). Dans la population de nationalité suisse, il exclut *toutes les personnes n'ayant pas 18 ans révolus*, soit 1,026,583 en 1888; il exclut enfin *toutes les personnes internées dans des hospices ou asiles*, soit au moins 21,000 individus. Restent donc soumis à l'assurance: 2,917,754 — (229,650 + 1,026,583 + 21,000) = 1,640,521 personnes.

De ce nombre, *les assurés âgés de 60 ans* seront sur leur demande dispensés de tout paiement de primes; le devis de la fédération estime l'effectif de ces assurés à 240,000. Aujourd'hui déjà, tout Suisse qui a passé sa vie à l'étranger aime à rentrer finir ses jours au pays; aussi, sous le régime de la fédération, combien de personnes qui n'auraient pas payé durant toute leur existence un centime à l'assurance viendraient bénéficier *gratuitement*, dans un âge où la maladie est fréquente, des indemnités de chômage (1 franc par jour) et des soins médicaux! Bien que devant donc être dépassé dans la réalité, nous admettons ce chiffre de 240,000 et pouvons le déduire du nombre des assurés; les bénéficiaires de 60 ans ne sont en effet pas de véritables assurés, mais des rentiers dont les droits dépendent de leur état de maladie.

Il nous reste en dernière analyse 1,640,521 ou plutôt 1,400,521 personnes obligatoirement assurées, sur une population de 2,917,754 individus.

Pour les assurés obligés qui ne pourront ou ne voudront pas payer (« qui sont en retard »), on s'en prendra à leurs cantons d'origine; ces derniers recourront contre les communes de bourgeoisie ou — de même que ces communes — contre les assurés.

Nous renonçons à décrire les embarras inextricables auxquels donnerait lieu un pareil système de perception des primes; qu'on se représente les réclamations incessantes qui s'échangeraient entre les caisses et les cantons d'origine, entre les cantons d'origine et les communes de bourgeoisie ou les assurés — dans un pays où, sur 1000 nationaux habitant un territoire donné, il y en a en moyenne 338 qui sont bourgeois d'une autre commune du même canton et 164 qui ressortissent d'un autre canton, soit en tout 502 — la majorité — qui ne sont pas bourgeois de la commune qu'ils habitent! Qu'on se figure les contestations sans fin qui naîtraient de ce régime, et l'agrément qu'il y aurait pour la Confédération et les cantons à devoir payer les déficits créés dans les caisses d'assurance officielles . . . . et privées par l'application de ce système! Nous ne faisons que signaler ce qu'il y a d'extrêmement simple à se contenter de dire que « la loi édictera les dispositions nécessaires » pour obliger les personnes assurables de s'assurer; nous ne rechercherons pas si la fédération se représente clairement *quelles* dispositions il faudrait prendre, et si ces dispositions seraient efficaces; nous n'insistons pas sur ce que la fédération, sous prétexte d'égalité devant la loi, ne tient aucun compte de la responsabilité jusqu'ici imposée aux employeurs pour les maladies causées par l'exploitation de leurs entreprises, et fait peser ainsi sur la communauté une dépense de plusieurs millions à la décharge des employeurs.

Le peu qui précède suffit à nous montrer que ce projet d'extension de l'obligation à l'assurance — bien que très loin d'atteindre à l'assurance de tous — est complètement manqué; le sort inéluctable d'une assurance obligatoire de ce genre serait la ruine totale de l'institution, ou sa transformation en un principe d'après lequel l'état devrait gratuitement fournir des indemnités, dont il couvrirait seul le prix au moyen de l'impôt.

b. La fatalité de cette conséquence n'avait pas échappé aux signataires de l'initiative populaire touchant les soins médicaux: renonçant d'emblée à l'utopie d'une *assurance de la population entière en vue des soins médicaux*, les promoteurs du mouvement visaient directement et avec beaucoup de logique la *gratuité de ces soins pour tous*. Le texte de l'initiative manquait par contre de clarté

sur la question de la répartition des charges entre la Confédération, les cantons et les communes.

Le but principal du mouvement d'initiative était de réaliser un progrès social évidemment considérable. La gratuité des soins médicaux aurait simplifié beaucoup l'assurance-maladies en la déchargeant entièrement de la fourniture de ces soins ; mais elle avait d'autre part de graves inconvénients : elle dispensait le malade de pourvoir lui-même à une partie de son entretien, et elle libérait l'employeur de toute responsabilité pour les maladies causées par l'exploitation de son entreprise. Cette libération, qui ne cadre guère avec les idées ordinaires des promoteurs de l'initiative, est sans doute apparue comme le seul moyen d'atteindre le but général que l'on poursuivait. Le mouvement d'initiative a dû son échec, entre autres, aux défauts que nous venons de rappeler et à la conscience des difficultés que l'état aurait eu à réunir les ressources nécessaires ; le produit du monopole proposé sur le tabac eût été en effet bien loin de suffire aux dépenses.

Si l'occasion s'en était présentée, nous nous serions donc prononcés *contre* l'initiative pour la gratuité des soins médicaux, de même qu'aujourd'hui nous repoussons les propositions de la fédération romande. L'idée qui présidait au mouvement d'initiative nous a laissé cependant une impression durable et a déterminé la création par nos projets de l'assurance volontaire dite « restreinte ».

8. L'exemple qui suit montre combien l'on est *peu disposé en Suisse à charger l'état de payer seul les primes, c'est-à-dire à instituer une responsabilité de la société pour les accidents et les maladies de ses membres.*

Considérant plus spécialement la situation de nos campagnes et tenant compte du fait que souvent l'argent y est rare tandis que certaines communes possèdent d'importants immeubles, l'avant-projet de loi sur l'assurance-maladies statuait ce qui suit :

#### **Droit d'intervention des cantons et des communes.**

« Art. 115. Chaque canton a le droit de prendre à sa charge ou d'imposer à ses communes d'assurance le paiement de tout ou de partie des contributions à fournir aux caisses communales contre les maladies fonctionnant sur son territoire. »

« Art. 116. Toute commune d'assurance peut prendre à sa charge tout ou partie des contributions dues à sa caisse communale par les assurés et par leurs employeurs. »



« La décision de la commune, prise en vertu de l'alinéa précédent, peut être annulée par l'autorité administrative supérieure du canton, ou réformée dans le sens d'une diminution des prestations à fournir par la commune :

lorsque cette décision entraînerait des dépenses hors de proportion avec les ressources imposables de la commune d'assurance;

lorsque cette décision avantagerait tels contribuables ou telles classes de contribuables au détriment des autres. »

« Dans les trois mois dès la communication du prononcé par lequel l'autorité administrative supérieure du canton annule ou réforme la décision prise en vertu de l'alinéa 1, la commune d'assurance peut recourir contre ce prononcé au conseil fédéral. »

« Art. 117. Les décisions par lesquelles le canton ou la commune ont pris à leur charge la totalité des primes simples ou supplémentaires, en vertu des articles 115 ou 116, ne peuvent être rapportées ou réformées que pour le commencement d'un exercice et moyennant un avertissement donné au moins trois mois à l'avance. Durant le temps pour lequel le canton ou la commune fournissent la totalité des primes, l'autorité communale remplace l'assemblée générale des employeurs. »

Dans sa séance du 6 octobre 1893, la commission d'experts a repoussé ces dispositions par 20 voix contre 12. M. Sulzer a prononcé à cette occasion un discours dont voici la traduction, d'après le bulletin sténographique (pages 442 et 443) :

« Ces trois articles me paraissent extrêmement dangereux, et je vous propose de les retrancher parce qu'ils compromettraient tout ce que le projet contient d'excellent. Ils nous engageraient sur une pente glissante et amèneraient aisément les communes à établir des impôts iniques. Supposons une commune qui fournirait elle-même les primes d'assurance, à la décharge des assurés et de leurs employeurs : étant donné le régime d'imposition en vigueur dans la plupart de nos cantons, les ouvriers se trouveraient ne supporter aucune charge, ni directe ni indirecte, pour leur assurance; il ne pourrait plus être question de cette saine obligation imposée à l'individu de s'aider lui-même, ni d'une surveillance réciproque des assurés ensuite de l'intérêt de chaque membre à la restriction des dépenses de la caisse. Or cette surveillance est particulièrement nécessaire dans l'assurance contre les maladies, et chacun sait qu'il existe une tendance générale à abuser des biens de l'état, canton ou commune. La caisse ferait donc des dépenses absurdes, et les contribuables qui doivent payer la part du lion dans les impôts verraient peser sur eux des charges insupportables. La gratuité des enterrements — contre laquelle j'ai lutté en son temps —

permet de se faire en petit une idée de ce que serait la gratuité de l'assurance. Quels ont été les résultats de l'institution de la gratuité des ensevelissements ? Pour ceux dont la part aux impôts communaux est presque nulle — et dans le canton de Zurich on peut dire qu'une grande partie de la population retire de l'état beaucoup plus qu'elle ne lui fournit —, pour ces individus la gratuité des enterrements est tout bénéfice ; mais pour les personnes qui paient de gros impôts, le droit d'être ensevelies aux frais de l'état représente une dépense de plusieurs centaines ou de milliers de francs. Le même fait se produirait, d'une façon encore plus accusée, dans une assurance dont les communes supporteraient les frais. Et en continuant d'après la même tendance, on finirait par proportionner le prix du pain à la fortune de chaque consommateur. Cette méthode dérive d'un socialisme d'état particulièrement dangereux : elle épuise des forces dont le maintien est précieux au bien-être de la communauté ; elle décourage certains individus en leur imposant toutes les charges ; elle peut égarer la conscience publique au point de mettre en péril l'existence même de l'état. Et ne croyez pas améliorer ainsi de beaucoup la situation de l'ouvrier ! Le monde ne peut pas changer de face, et ceux dont nous cherchons ensemble à développer le bien-être subiraient certainement — sous forme d'une baisse de salaires — le contre-coup d'une imposition par trop inéquitable de leurs employeurs. »

« Votre désir est-il d'éloigner du pays, à force d'impôts, ceux auxquels ces impôts seront réclamés, ou ne croyez-vous pas avec moi que la présence de ces personnes est utile à la communauté ? »

« Le paiement des primes par l'état entraînerait une inégalité choquante entre le traitement des citoyens des différentes parties de la Suisse, vu que le système d'imposition varie du tout au tout suivant les cantons ; la Suisse romande, par exemple, applique en ces matières des principes différents de ceux admis dans la Suisse allemande. Vous seriez donc obligés d'introduire pour l'ensemble de la Suisse un système d'imposition uniforme, ce à quoi l'on ne saurait sérieusement penser. »

« Il est vrai que le projet prévoit un recours au conseil fédéral, dans le cas où les cantons ou bien les communes prendraient des décisions inéquitables ; mais comme bourgeois de Winterthour je sais ce qu'un droit de recours signifie. Je me souviens de certaine affaire célèbre, qui a coûté neuf millions à notre ville et dans laquelle notre recours a simplement été mis au panier par le gouvernement. Un droit de recours n'est pas une garantie ; il vaut ce que valent les hommes qui siègent dans l'autorité appelée à juger. »

« M. Forrer nourrit à l'égard de l'agriculture des intentions très louables ; mais maintenant que nous avons accordé à la population agricole d'autres facilités, il n'y a plus lieu de maintenir en faveur des cantons et des communes le droit de se charger des primes. »

« En résumé, je vous propose de biffer les articles que nous discutons et, pour le cas où vous les maintiendriez, je vous rends attentifs à la nécessité qu'il y a de parer aux conséquences qui en découleront. Je verrais en tous cas dans le maintien de ces articles un très grand danger pour l'avenir de la loi tout entière. »

Nous nous sommes rangés à l'avis de la commission d'experts, en considérant que ces articles n'étaient pas indispensables et qu'il ne convenait pas de faire pâtir nos projets de dispositions dont l'application serait peut-être très rare.

Au reste, les caisses d'assurance se préoccupent peu de la provenance des primes qui leur seront payées ; elles n'auront aucune raison pour s'opposer à ce que les communes, si le droit cantonal les y autorise, paient directement les primes de leurs ressortissants ou les remettent à ces derniers, à charge de les verser aux caisses.

9. Voyons maintenant la situation faite, au point de vue de l'obligation à l'assurance, à *ceux qui forment la limite* entre les personnes travaillant au compte d'autrui et le reste de la population.

Dans cette sorte de zone intermédiaire, nous rencontrons deux classes d'individus :

La première est formée des *journaliers, journalières, commissionnaires* des villes, etc., c'est-à-dire de personnes qui *changent fréquemment d'employeurs* ou qui ne travaillent que *par intermitteces* au compte d'autrui. Ces individus appartiennent presque sans exception aux classes peu aisées, et ils ont au moins aussi besoin de l'assurance que ceux que nous soumettons d'une manière absolue à l'obligation. Il est donc nécessaire de prévoir qu'ils pourront être tenus de s'assurer.

La seconde classe se compose des travailleurs de l'*industrie domestique*, très développée en Suisse dans la broderie, l'horlogerie, le tressage de la paille et le tissage de la soie et du lin. Parfois, ces personnes se distinguent des autres ouvriers par le seul fait qu'elles sont occupées à domicile et non chez l'employeur ; ce qui les caractérise très souvent aussi, c'est qu'elles ne travaillent pas au compte d'un employeur unique, mais qu'elles reçoivent des commandes tantôt d'un côté tantôt de l'autre. Les rapports de l'ouvrier d'une industrie domestique avec la personne pour laquelle

cet ouvrier travaille sont en général ceux d'un achat de marchandises ou d'un louage d'ouvrage; mais ils se transforment souvent en un simple contrat de salaire, soit de louage de services. Prise en elle-même, une industrie domestique peut se composer d'une seule ou de plusieurs espèces de travailleurs; dans ce dernier cas, les travailleurs d'espèces différentes sont dans des situations identiques ou ont au contraire entre eux des rapports d'employeur à employé: le brodeur par exemple est l'employeur de l'enfileuse.

Le produit du travail et la situation sociale des ouvriers de l'industrie domestique sont très divers; tantôt ces ouvriers gagnent de gros salaires et sont très indépendants, tantôt leur condition est égale ou même inférieure à celle des ouvriers de fabriques et des domestiques.

Dans son introduction à la publication des « résultats du recensement fédéral du 1<sup>er</sup> décembre 1888 » (volume III, la population d'après les professions, page 21), le bureau fédéral de statistique s'exprime comme suit :

« Nous nous sommes encore heurtés à une nouvelle difficulté dans le dépouillement et dans le classement des résultats du recensement selon les professions. En effet, nous n'avons pas pu en somme distinguer les personnes occupées dans les *industries à domicile* selon qu'elles travaillent pour leur propre compte ou pour le compte d'autrui. On peut affirmer que cette distinction est quasi impossible à établir. Les industries domestiques offrent, à cet égard, du moins en grande partie, un tel mélange, un tel enchevêtrement touchant la condition professionnelle, qu'une distinction à établir entre personnes à leur propre compte ou au compte d'autrui peut, en cette occasion, paraître artificielle au plus haut point et qu'ainsi il n'est pas permis d'affirmer qu'elle réponde à la réalité. »

Pour les ouvriers d'une industrie domestique qui travaillent dans la même maison que leur employeur, l'obligation à l'assurance ne fait pas de doute: c'est ainsi que l'enfileuse sera assurée et que le brodeur qui l'occupe devra payer les primes à titre d'employeur. Mais qu'en est-il des ouvriers d'une industrie domestique qui travaillent *plus ou moins à leur propre compte*? Il est difficile de fixer *dans la loi* les critères d'après lesquels on distinguera ceux de ces ouvriers qui ont besoin de l'assurance — et ils sont nombreux — d'avec ceux qui peuvent d'eux-mêmes veiller à leur avenir. C'est pourquoi nous réservons sur ce point *toute décision aux cantons et aux communes*, qui pourront étendre à toutes

*ces personnes ou seulement à certaines d'entre elles* l'obligation à l'assurance (art. 6 maladies).

Pour l'assurance obligatoire des journaliers, commissionnaires, ouvriers d'une industrie domestique — et en général de tous ceux qui sont à la limite des personnes travaillant au compte d'autrui — une difficulté consiste dans le fait que ces individus *n'ont pas d'employeur fixe auquel on puisse réclamer les primes*; or cette considération est capitale dans une assurance ouvrière. Voici donc la solution que nous vous proposons (art. 6, 7, 73, b, et 75 maladies) :

L'obligation à l'assurance des deux classes de personnes dont nous venons de parler *dépendra des contrées*; la commune ou le canton qui auront établi cette obligation pour leur territoire *seront responsables* du paiement des primes, dues en première ligne par les assurés eux-mêmes. On pourra ne statuer l'obligation que pour l'une des deux classes de personnes dont il s'agit ou seulement pour telle catégorie de ces personnes. Sauf la difficulté de définir ce qu'il faut entendre par « industrie domestique », le système proposé sera simple et permettra de se conformer aux circonstances et aux besoins locaux.

En soi-même, nous n'aurions pas craint de soumettre dès maintenant et d'une manière absolue à l'assurance la classe comprenant les journaliers, en établissant l'obligation, pour les communes de résidence, de fournir les primes à défaut des assurés. Comme les membres de cette classe ne sont pas très nombreux, les risques courus par les communes n'auraient pas été considérables; mais nous aurions eu ainsi trois catégories d'assurés obligés, savoir : 1° l'assuré absolument obligé, dont l'employeur doit tout ou partie des primes; 2° l'assuré absolument obligé, qui aurait dû lui-même ses primes mais pour lequel la commune de résidence aurait répondu; 3° l'assuré dont l'obligation dépend d'une décision locale, qui doit lui-même ses primes mais pour lequel répond l'organe politique qui a établi l'obligation.

Pour ne pas compliquer encore le service de l'assurance et vu l'effectif relativement restreint de la classe comprenant les journaliers, nous avons renoncé à cette division tripartite et fondu la deuxième catégorie dans la dernière. L'avenir montrera si c'est bien là le meilleur système.

On ne saurait dire qu'en rendant les communes responsables du paiement des primes de certains assurés, nous renversions nous-mêmes les arguments que nous faisons valoir contre l'obligation de toute la population à l'assurance, et contre la gratuité qui serait la suite forcée de cette obligation générale. En effet, les classes

pour lesquelles nous établissons la responsabilité des communes ne constituent qu'une très faible partie de la population et n'entraînent qu'une simple exception à la règle.

Remarquons en terminant qu'en étendant à certaines personnes l'obligation à l'assurance-*maladies*, un canton ou une commune soumettent nécessairement et de plein droit les mêmes personnes à l'assurance-*accidents*. En d'autres termes, l'application des articles 6 ou 7 *maladies* ne peut pas être la cause d'une nouvelle dérogation au principe de l'identité des personnes assurées contre l'un et contre l'autre risque.

10. Les *personnes qui travaillent au compte de leur chef de famille* donnent lieu à des difficultés en ce qui touche leur obligation à l'assurance.

Le premier avant-projet (voir page 128 ci-dessus) statuait à son article 4 :

« Par contre, les apprentis, volontaires et stagiaires, et les *personnes travaillant au compte de leur chef de famille* sont, à l'exception de l'épouse, tenus à l'assurance pour peu qu'il aient atteint 14 ans révolus et qu'ils ne gagnent pas un salaire annuel supérieur à 5000 francs; le défaut de tout salaire n'entraîne pas dispense de l'assurance. »

Notre population rurale compte un très grand nombre de personnes qui travaillent dans la maison de leur chef de famille ou dans l'entreprise qu'il exploite, sans avoir droit à une rémunération ou tout au moins sans être convenues d'un salaire: en échange de leurs services, ces personnes sont simplement entretenues par leur chef de famille. Nous avons aussi des milliers de familles, la plupart agricoles, dont tous les membres travaillent et acquièrent en commun; les partants sont équitablement désintéressés mais personne ne parle de salaires, jusqu'au jour où se produit un fils ou une fille, remarquant que depuis des dizaines d'années ils ont « fait » le domestique ou la servante, s'avisent de réclamer des gages arriérés, dont la plus grande partie est du reste prescrite. Tout juge et tout avocat ont le pénible souvenir de procès de ce genre.

Il est souvent très difficile de dire si telle personne qui acquérait pour sa famille a *travaillé au compte d'autrui*. Le fait d'une dépendance de cette personne à l'égard du chef de famille manque fréquemment lui-même ou est effacé, comme dans le cas d'un fils, d'âge mûr, député, marié et père d'enfants adultes, qui

vit et travaille avec ses enfants chez son vieux père, auquel appartient le domaine.

En d'autres termes, on se demande si une personne a donné pour seul but à son travail l'accroissement de valeur ou de rendement de l'objet auquel ce travail s'applique, ou bien si elle a poursuivi l'obtention d'un salaire sous forme d'entretien; dans le premier cas c'est un travail fait à son propre compte, et dans le second un travail au compte d'autrui. L'épouse qui tient le ménage de son mari ne saurait être réputée travailler au compte d'autrui: aucun juge ne consentirait à lui reconnaître un arriéré de salaire lors de la dissolution du mariage. Les fils et les filles, tant qu'ils sont sous la puissance paternelle, ne travaillent évidemment pas au compte d'autrui lorsqu'obéissant aux ordres de leur père ils cultivent le domaine; en les entretenant, le père ne fournit pas un salaire pour le travail exécuté, et satisfait uniquement à une obligation que la loi lui impose. Mais qu'en est-il dès le moment où les enfants atteignent l'âge à partir duquel le père est déchargé de son obligation légale à l'entretien? Et quelle sera la situation de cette cousine d'âge mûr, qui vit dans la maison, qui aide un peu à tenir le ménage et à laquelle le père donne de temps à autre quelques francs pour ses menues dépenses?

Il faut nécessairement opter entre deux alternatives, c'est-à-dire: statuer expressément, comme le faisait l'avant-projet, que les personnes travaillant au compte de leur chef de famille seront, à l'exception de l'épouse, tenues à l'assurance; on atteint ainsi des milliers de personnes dont il serait évidemment inexact de dire qu'elles travaillent au compte d'autrui, et l'on ne parvient qu'incomplètement à vaincre les difficultés de la pratique; — ou bien ne pas mentionner spécialement cette classe de personnes et renvoyer à chaque cas particulier l'examen de la question de savoir si l'obligation à l'assurance existe; rassembler toute une série d'expériences et se réserver de revenir sur la question.

Sur la proposition de notre département de l'industrie et de l'agriculture, nous nous sommes ralliés à cette seconde alternative.

Mais il ne faut pas se dissimuler que, comme en Allemagne et en Autriche, un certain nombre des personnes dont l'obligation à l'assurance sera douteuse contesteront cette obligation tant qu'elles jouiront d'une bonne santé et qu'il s'agira d'éviter des primes; inversement, mainte personne qui n'aura jamais été inscrite comme assurée excipera dès qu'elle sera malade de son obligation à l'assurance et de l'assurance qui en résulte de plein droit. C'est pour parer au second de ces inconvénients que, tout en maintenant pour

le reste des personnes tenues d'être assurées le principe de l'assurance de plein droit, le premier avant-projet disposait (article 22) :

« L'assurance des personnes travaillant au compte de leur chef de famille *n'entre en force que dès l'inscription de ces personnes au registre des assurés* ».

Cette disposition a dû être supprimée en même temps que la mention spéciale des « personnes travaillant au compte de leur chef de famille », telle que la contenait l'article 4.

11. Convient-il de reconnaître à certaines circonstances le pouvoir d'exclure l'obligation à l'assurance, tant absolue que relative ?

a. En ce qui concerne la dispense d'assurance en faveur des personnes qui ne louent leurs services que pour une courte période, on voudra bien se reporter à nos observations touchant l'article 1 maladies, dans la partie spéciale du présent message.

b. Admettra-t-on qu'une personne tenue à l'assurance soit son propre assureur, c'est-à-dire qu'on la dispense de s'assurer si elle fournit à l'autorité la preuve qu'en cas d'accident ou de maladie sa situation pécuniaire lui permettra de faire face à ses besoins et à ceux de sa famille? La réponse qu'il convient de donner à cette question ne fait pas de doute: il est généralement impossible de se rendre un compte exact de la situation pécuniaire d'un tiers; en cette matière, les preuves n'ont qu'une valeur douteuse et il faut les renouveler fréquemment, vu que la fortune d'un individu est essentiellement instable. Ce fait imposerait des mesures de contrôle en disproportion avec le but poursuivi. En outre, comment réglerait-on ce qui concerne la participation de l'employeur aux primes: l'employeur devrait-il continuer à fournir une part des primes à l'assureur de son employé, c'est-à-dire — sous forme d'augmentation de salaire — à cet employé lui-même?

Si l'on admettait ce système, chacun y verrait un moyen d'éluder l'obligation à l'assurance. A l'approche des mauvais jours, une foule de personnes se rabattraient sur l'assurance après avoir été « leurs propres assureurs » tant qu'elles étaient jeunes et bien portantes.

Nous repoussons donc l'idée d'une semblable dispense, même pour le cas où le propre assureur déposerait des valeurs en garantie. On ne saurait demander à l'état de gérer gratuitement ces dépôts, et les frais de commission seraient presque aussi élevés qu'une prime d'assurance. Cette combinaison ne constituerait donc aucune économie pour l'assuré, dont elle ne serait qu'un simple caprice; or l'état n'a pas mission de se prêter à ce jeu.



c. Tout autre est la question des demandes de dispense basées sur le fait, non pas d'un état suffisant de fortune, mais au contraire d'une *incapacité à payer les primes*. Un ouvrier déjà âgé ou infirme cherche du travail; les services qu'il peut rendre ont à peine la valeur de la nourriture que l'employeur consentirait à lui fournir à titre de salaire. L'obligation pour cet ouvrier d'être assuré risquera d'entraîner le refus de l'embaucher. Il est navrant de penser qu'une institution généralement bienfaisante entre toutes pourra réduire au chômage précisément ceux auxquels elle est le plus nécessaire. Mais la conscience même de cette nécessité nous empêche d'accueillir une demande de dispense. Nous aimons à croire que les cas de ce genre seront rares, et nous rappelons que si l'obligation à l'assurance devait fermer les portes des usines à quelques malheureux, ceux-ci pourraient sans rougir recourir à l'assistance. Les sentiments de pitié dont notre peuple s'honore auront peut-être à se scandaliser de certains arrangements conclus entre intéressés d'une région entière, dans le but de refouler les assurés pauvres en leur refusant tout travail. Pour couper court à des manœuvres de ce genre, il suffira que l'office des assurances les dénonce en publiant les noms de leurs auteurs.

d. Jusqu'ici nous avons examiné les cas où ce serait la personne assurable qui solliciterait sa dispense. On peut se représenter que *l'employeur fasse une demande* semblable pour ses employés. Il nous paraît d'autant plus nécessaire de la repousser que l'assurance a précisément pour but et pour mérite de remplacer la responsabilité civile, et de garantir le paiement d'indemnités sans qu'il faille recourir à des procès et sans qu'on voie s'aigrir les rapports entre employeurs et employés. En sollicitant la dispense moyennant garantie de l'exécution de ses obligations, l'employeur aurait généralement pour but de réaliser une économie, soit qu'il se constitue son propre assureur, soit qu'il trouve à assurer à meilleur marché sa responsabilité auprès d'une entreprise privée, soit surtout qu'il ne prenne aucune mesure et s'en remette à sa bonne chance. Or nous n'avons pas de raison pour encourager cette manière de faire qui ne saurait être que défavorable aux employés et dont l'employeur lui-même aurait toutes chances de pâtir. Les exemples de l'Allemagne et de l'Autriche montrent que le régime de la responsabilité ne saurait être conservé à côté de celui de l'assurance.

Il n'y a qu'un seul cas où l'on pourrait sérieusement songer à dispenser l'employeur d'assurer ses employés : c'est celui où la demande, forte de l'appui des intéressés, serait inspirée par le désir d'éviter l'ingérence de l'état et par l'intention éminemment respectable de l'employeur de fournir à ses frais plus que ne garantit

l'assurance obligée. Nous regrettons de devoir encore ici maintenir l'obligation à l'assurance; rien malheureusement ne permet de distinguer les employeurs réellement guidés par un motif humanitaire, de ceux dont le désintéressement n'est qu'un prétexte et qui rentrent en fait dans le cas précédemment examiné. L'obligation à l'assurance n'empêchera du reste en aucune manière l'employeur d'appliquer ses excellentes intentions: elle le laissera libre de se charger de plus de la moitié des contributions (article 74 maladies) et, en dehors du domaine des assurances-maladies et accidents, l'employeur pourra créer en faveur de ses ouvriers une foule d'institutions protectrices.

*e. Actuellement, l'article 341 du code fédéral des obligations a la teneur suivante :*

« Celui qui a engagé ses services à long terme ne perd pas ses droits à la rémunération alors qu'il est empêché de s'acquitter de son obligation pendant un temps relativement court et sans sa faute, pour cause de maladie, de service militaire ou telle autre analogue. »

« Lorsque celui qui a engagé ses services vit dans le ménage de son maître et qu'il contracte, sans sa faute, une maladie passagère, le maître doit lui procurer à ses propres frais les soins et les secours médicaux nécessaires. »

Remarquons tout d'abord que les derniers mots de ce texte sont inexactement traduits de l'allemand: au lieu « de soins et secours médicaux », qui constitue un pléonasme, le texte allemand porte « *verpflegen und ärztlich behandeln lassen* », ce qu'il aurait convenu de traduire par: « doit lui procurer à ses propres frais l'entretien et les soins médicaux nécessaires ». Dans les lignes qui suivent, nous supposons rétablie la concordance des textes.

Les obligations imposées à l'employeur par l'article 341 du code des obligations ont trait en partie aux mêmes prestations que celles fournies par l'assurance (soins médicaux et indemnité de chômage représentant la rémunération). Mais les obligations de l'employeur sont plus étroitement limitées que celles de l'assureur: en vertu de l'alinéa 1, elles dépendent du fait que l'engagement soit « à long terme », et que l'empêchement de l'employé se produise « sans sa faute » et « pendant un temps relativement court »; l'alinéa 2 ne profite qu'à « celui qui vit dans le ménage de son maître » et qui est atteint « sans sa faute » d'une « maladie passagère ». D'autre part, l'alinéa 1 garantit davantage que l'assurance, puisqu'il vise le paiement du salaire *entier*, et l'alinéa 2 complète le salaire par « l'entretien » qui fait à vrai dire partie intégrante de la rémunération.

Au sein de la commission d'experts, on a fait valoir que l'article 341, réformé par la suppression des limitations dont nous venons de parler, permettrait aussi bien ou même mieux que l'assurance-maladies d'atteindre le but général qu'on se propose. En d'autres termes, il suffirait de consacrer la responsabilité civile de l'employeur pour les maladies de ses employés. Cette manière de voir n'a pas trouvé d'écho.

Une autre question mérite davantage de nous arrêter : Convient-il de maintenir tel quel l'article 341, et de dispenser de l'assurance les personnes qui bénéficient de cet article ; à défaut d'une dispense complète, doit-on n'édicter l'obligation à l'assurance qu'en vue de la plus-value des prestations de l'assurance sur les prestations de l'employeur ? A notre avis une dispense totale ou partielle n'est pas opportune, et nous maintenons telle quelle l'obligation à l'assurance pour toutes les personnes travaillant au compte d'autrui. Il est en effet pratiquement impossible d'instituer l'assurance obligatoire d'une simple plus-value, c'est-à-dire d'accorder une dispense partielle de l'obligation ; d'autre part, la dispense totale placerait les bénéficiaires de l'article 341 dans une position très inférieure à celle des autres personnes travaillant au compte d'autrui : la valeur totale des prestations fournies par l'assurance est, à circonstances égales, de beaucoup supérieure à celle des bénéfices résultant de l'article 341 ; bien plus, le défaut de précision de l'exception libératoire basée sur la « faute » et accordée à l'employeur, de même que le caractère de simple droit privé revêtu par l'action de l'employé, déprécient les garanties offertes par l'article 341. Il s'agit ici principalement de domestiques : pourquoi mettrait-on ces personnes dans une situation moins favorable que celle des autres salariés, et pourquoi imposerait-on aux employeurs de ces personnes moins de charges qu'aux autres employeurs ?

D'un autre côté, si l'on maintenait tel quel l'article 341 tout en statuant l'obligation à l'assurance, on créerait à tort une double charge pour l'employeur et un double avantage pour l'employé. Il ne saurait suffire, pour éviter ce cumul, de biffer l'alinéa 2 de l'article 341 et, à l'alinéa 1, les mots « de maladie ». Cette correction, en effet, aurait pour conséquence de placer les bénéficiaires de l'article 341 dans une situation moins favorable lorsque leur incapacité de travail résulterait d'une maladie que lorsqu'elle aurait une autre cause : dans le premier cas l'employé recevrait de l'assurance les  $\frac{2}{3}$  seulement de sa rémunération (article 50 maladies), et dans le second cas l'employeur lui devrait sa rémunération entière. Cette solution aurait aussi l'inconvénient d'abroger l'article 341 — sur le point spécial « maladies » — à l'égard de *tous employés quelconques* et par conséquent aussi à

l'égard de personnes non soumises à l'assurance (employés gagnant plus de 5000 francs).

Enfin, si nous conservions le cumul des obligations de l'employeur — d'une part vis-à-vis de l'assurance et de l'autre directement vis-à-vis de l'employé — l'employeur chercherait à se décharger conventionnellement de cette dernière obligation, ce qui soulèverait la question de savoir si une semblable décharge est loisible ou si, au contraire, les dispositions de l'article 341 sont de droit strict.

Le régime institué par l'article 205 de notre projet maladies pare à toutes ces difficultés, au moins en théorie; il nous semble strictement équitable, tant à l'égard de l'employeur que de l'employé-assuré, et l'avenir montrera jusqu'à quel point il est pratique.

### III. Organisation du service des assurances.

12. Nous avons déjà vu qu'il faut pour l'assurance-accidents un établissement unique, et au contraire pour l'assurance-maladies toute une série d'établissements relativement petits.

Pour ce qui concerne l'organisation de détail de *l'assurance-accidents*, nous renvoyons au mémoire déjà cité de M. Forrer, en particulier au titre D, chapitres II et V. Nous vous proposons de créer un *établissement unique*, de le placer *sous la direction et la surveillance de l'état*, et de donner aux personnes occupées dans cet établissement le caractère d'employés publics. Cette organisation nous paraît d'autant plus nécessaire que nous prévoyons d'importants subsides de la Confédération à l'assurance. Tandis qu'en 1890, lors de la revision constitutionnelle, les opinions différaient beaucoup sur le nombre d'établissements à créer et sur leur administration par les intéressés ou par l'état, on peut dire qu'aujourd'hui les avis sont presque unanimement favorables aux principes que nous soutenons dès le début.

On se demande encore s'il convient que la Confédération comme telle soit l'assureur-accidents, à son compte et à ses risques, ou s'il faut créer un établissement proprement dit et lui reconnaître une *personnalité distincte*. Quelle que soit la solution de cette question, le service de l'assurance restera le même: les indemnités seront exactement déterminées à l'avance, le droit d'exercer leurs réclamations sera garanti aux assurés, les dépenses devront être principalement couvertes par les primes des employeurs, les bénéfices et déficits resteront au compte de la mutualité constituée par l'ensemble des employeurs, l'institution de l'assurance aura été établie pour

durer sans fin et l'état ne la laissera pas disparaître, l'administration des postes et la banque fédérale demeureront à la disposition de l'assureur comme de la caisse fédérale, la Confédération fera diriger le service par ses employés, elle exercera sur l'assurance le même contrôle que sur les postes, les télégraphes et le monopole de l'alcool. Tout cela, nous le répétons, ne dépend pas du fait que l'assureur-accidents soit plus ou moins distinct de la Confédération.

Mais deux raisons principales nous ont déterminés en faveur d'un établissement spécial, jouissant d'une personnalité propre (articles 1 et 2 accidents):

Nous voulons le plus possible marquer le caractère de l'assurance-accidents, qui est celui d'une mutualité créée entre employeurs, et nous tenons à choisir une forme qui ne permette pas de considérer l'organisation nouvelle de l'assurance comme une transition au régime de la responsabilité unilatérale de l'état ensuite d'accidents. Notre second motif est qu'en cas de guerre et d'invasion, la propriété privée est plus scrupuleusement respectée que les capitaux de l'état. En créant une institution dans laquelle l'intérêt fiscal ne peut être que négatif, nous donnons à l'assureur des chances de pouvoir survivre et conserver ses fonds de réserve même au milieu d'une invasion armée. Quand l'assurance sera entrée en activité, il conviendra peut-être de compléter ces garanties par la conclusion d'une convention internationale pour la protection en cas de guerre des institutions d'assurance telles que la nôtre.

Les motifs qui nous ont amenés à résoudre dans un sens différent la même question de personnalité distincte à propos de la création d'une banque fédérale sont ici sans application possible.

Etant admis qu'il y a lieu de fonder un établissement d'assurance-accidents unique, dirigé par l'état mais jouissant d'une personnalité propre, examinons le désir souvent exprimé de voir accorder aux personnes intéressées (employeurs et assurés) un certain *droit de participation à l'administration* de l'établissement. En lui-même, ce désir est parfaitement légitime: ce sont les employeurs, leurs employés et leurs domestiques qui, sauf les subsides de la Confédération, fournissent directement ou indirectement les ressources de l'établissement, et qui en retour profitent de l'assurance; et au point de vue d'une représentation des intéressés, on peut faire dès l'abord abstraction des personnes dont l'obligation à l'assurance n'est que relative (articles 6 et 7 maladies), et des communes d'assurance qui répondent de ces personnes (article 75 maladies).

En pratique et malgré nos efforts, il nous a été impossible d'organiser une représentation formelle des intéressés, sans nous heurter à des complications inextricables. Le seul fait de remettre

aux intéressés le soin de nommer les personnes chargées de la direction et du contrôle entraînerait des difficultés, des dérangements et des frais hors de toutes proportions avec le résultat atteint. Soit que les intéressés exercent leur collaboration à l'administration par voie de consultation directe, soit qu'on introduise un système représentatif, toute cette pesante organisation n'aurait par la force des choses qu'une existence éphémère. Il faudrait du reste aussi reconnaître certains droits d'administration à la Confédération, en raison des subsides qu'elle fournit à l'assurance. Vis-à-vis de qui les représentants des intéressés seraient-ils responsables ; leur donnerait-on le caractère de fonctionnaires publics ou la simple qualité de mandataires de droit privé ?

Pour que les intéressés ne soient pas lésés, il suffit de mettre à leur portée une procédure expéditive et économique en matière de réclamations contre l'établissement assureur. Mais on craint que des employés nommés par l'état ne gèrent pas la fortune de l'établissement avec assez de parcimonie, et que les taux de primes en subissent le contre-coup. Cette appréhension ne résiste pas à l'examen : Dans les sociétés d'assurance contre les accidents — nous ne parlons pas des mutuelles, vu qu'il n'en existe en Suisse qu'un petit nombre, encore peu étendues — les souscripteurs de police et les assurés n'ont de même aucune part à l'administration. Il est vrai que la concurrence des différentes sociétés, pour autant qu'elle n'est pas supprimée par la conclusion de conventions entre assureurs, sauvegarde les intérêts de leurs clients ; or il n'est pas admissible que d'autres établissements fassent concurrence à la caisse mutuelle dirigée par l'état, pour l'assurance-accidents des personnes soumises à la loi. Mais n'a-t-on pas toutes raisons de croire que les membres du conseil des assurances, et les employés chargés d'administrer et de surveiller l'établissement à tous les degrés, rempliront leur devoir et feront un emploi consciencieux des capitaux mis en leurs mains par les intéressés et par l'état lui-même : le pays tout entier s'intéressera aux résultats fournis par chaque exercice ; l'état, les employeurs et les assurés demanderont que les primes soient basses ; les hommes chargés de diriger l'établissement mettront leur point d'honneur à ce que l'œuvre nouvelle prospère ; dans leur propre intérêt moral, les agents de l'établissement — c'est-à-dire les autorités d'arrondissements — veilleront à ce que les caisses d'assurance-maladies ne commettent pas, aux dépens de l'assureur-accidents, les gaspillages qu'on redoute ; il se créera entre les différents arrondissements une émulation salutaire ; on comparera les résultats obtenus en Suisse, tant au point de vue des primes que des indemnités, avec ceux des institutions semblables à la nôtre et qui fonctionnent à l'étranger ; et, à défaut d'une concurrence

pécuniaire entre établissements rivaux, on verra s'établir entre états différents une grandiose concurrence morale qui poussera chaque nation à perfectionner toujours le service de ses assurances populaires.

Nous confions donc en toute tranquillité la direction de l'établissement à des employés de l'état, tant en ce qui concerne le siège central de l'assureur que ses diverses agences (autorités d'arrondissements).

Si l'on envisage enfin l'idée de faire nommer par les intéressés les *autorités de contrôle* (vérificateurs des comptes) et le *conseil des assurances*, on arrive aussi à une conclusion négative. Ces élections devraient être remises à l'ensemble des intéressés, votant directement ou au second degré; on aurait alors les mêmes difficultés que celles dont nous venons de parler. Pour les éviter, le seul moyen serait que chaque collège nommât ses vérificateurs et ses conseillers; les élus seraient tour à tour appelés à fonctionner. Mais, parmi eux, la plupart n'auraient que peu de connaissances de ce qu'est un grand établissement d'assurance: la vérification des comptes serait sans valeur réelle, le conseil des assurances sans influence et la direction de l'établissement entièrement laissée à elle-même. On comprendra que nous voulions lui en éviter la responsabilité, en même temps qu'aux intéressés les risques qu'ils pourraient courir.

L'idée de la participation des intéressés à l'administration de l'établissement nous paraissait si légitime que nous n'y avons renoncé qu'après avoir constaté comme on vient de le voir l'impossibilité matérielle qu'il y a d'organiser une collaboration directe. Au moins avons-nous saisi toutes les occasions de reconnaître aux intéressés un droit de collaboration indirecte, c'est-à-dire *une part d'influence* sur la marche du service: c'est ainsi que le conseil fédéral doit nommer comme membres du conseil des assurances au moins trois des personnes tenues à contributions et trois des assurés (article 13 accidents); l'article 18 accidents accorde à des « associations qui réunissent des personnes appartenant aux mêmes professions » le droit de prendre part à l'administration de l'établissement; au risque d'avoir une administration peu économe, nous chargeons les caisses-maladies, c'est-à-dire les intéressés eux-mêmes, de faire les enquêtes tendant à la détermination des circonstances des sinistres, de distribuer les indemnités et de percevoir les primes au nom de l'établissement-accidents (articles 22, 23, 25, 26, 60, 62 et 63 accidents).

Sans entrer ici dans les détails d'organisation de l'assurance-

accidents, retenons pour le moment ce seul fait que tous nos efforts ont tendu à créer une administration aussi simple et peu dispendieuse que possible, à n'instituer que le nombre absolument indispensable de fonctionnaires et à employer ces derniers à double fin, c'est-à-dire en même temps pour l'une et pour l'autre assurance.

13. En matière d'assurance-*maladies*, il convient comme on l'a vu de préférer des établissements-assureurs de faible étendue; c'est du reste sous cette forme que l'assurance-maladies se présente actuellement. Presque partout, nous rencontrons des sociétés mutuelles d'intérêt local, savoir des *caisses de malades* ou de *secours*; l'assurance-maladies, comme branche spéciale, n'est guère exploitée par de grandes sociétés mutuelles ni encore moins par des sociétés anonymes. La raison de ce fait est évidente: l'assurance-maladies exige une surveillance dont les frais croissent avec la distance qui sépare l'assureur de l'assuré; dans une grande société, le moindre cas d'incapacité de travail devrait être passé par plusieurs livres et les frais d'administration en subiraient une élévation dont les primes ressentiraient le contre-coup. On sait combien les assureurs-responsabilité civile ont eux-mêmes à souffrir d'abus quant aux indemnités de traitement, à cause du défaut d'un contrôle suffisant.

La pratique aussi bien que la théorie recommandent dès lors à notre choix des établissements locaux, librement administrés et surveillés par leurs membres, c'est-à-dire basés sur le même principe que les « caisses de secours » dont l'article 34 bis de la constitution nous prescrit de « tenir compte ».

Ces caisses issues de l'initiative privée *suffiraient-elles à faire le service* que nous avons en vue? Nous ne le croyons pas. En 1880, d'après l'ouvrage de M. Kinkelin, « Die freiwilligen Hilfsge-sellschaften in der Schweiz », les caisses de secours assuraient au total environ 160,000 personnes. Il est impossible de déterminer exactement la mesure dans laquelle cet effectif s'est accru durant ces quinze dernières années; supposons une augmentation de 100,000 membres, ce qui donnerait un total actuel de 260,000 personnes. Ce chiffre est évidemment au-dessus de la réalité car, d'après la statistique des accidents établie par le secrétariat ouvrier pour les années 1886, 1887 et 1888 (page 147), il existait en 1888 1502 caisses mutuelles, y compris la caisse de secours de chacune des sections du Grütli; de ce nombre, 1291 caisses ont accusé un effectif total de 195,897 membres, ce qui ferait 227,914 membres pour la totalité des 1502 caisses. Cette donnée elle-même est plutôt optimiste, vu que les 211 caisses qui n'ont pas indiqué le nombre de leurs membres ont vraisemblablement un effectif inférieur à la moyenne.



Parmi les 260,000 clients supposés des caisses de secours, combien en est-il de ceux que nos projets soumettent à l'assurance; en d'autres termes, combien de nos futurs assurés obligés sont déjà membres d'une caisse mutuelle? Nous sommes évidemment larges en admettant par approximation que les  $\frac{3}{4}$  des mutuellistes, soit 195,000 individus, sont des personnes travaillant au compte d'autrui. Etant donné que nos projets prévoient l'assurance obligée de 600,000 personnes environ, il resterait en chiffres ronds 400,000 personnes assurables mais non encore assurées.

Or le fait de statuer l'obligation à l'assurance implique pour l'état le devoir de veiller à ce qu'au jour de l'entrée en vigueur de la loi, ces 400,000 individus trouvent assureur. Il ne suffit donc pas qu'il existe des caisses privées fournissant un minimum de prestations moyennant un maximum de primes; il faut encore que l'état ait la garantie que chacune des personnes tenues à l'assurance sera accueillie par l'une de ces caisses. Cette garantie n'existe pas, du moment que les caisses de secours peuvent refuser l'entrée à qui bon leur semble (article 181 maladies), et l'on ne saurait non plus exiger des personnes tenues à l'assurance qu'elles parcourent s'il le faut toute la Suisse à la recherche d'un assureur.

Nous devons donc créer pour l'entrée en vigueur de la loi des *caisses nouvelles*, dans toute la Suisse et non seulement dans certaines contrées; nous devons les ouvrir à toutes les personnes tenues à l'assurance, et non seulement à celles qui auront été préalablement repoussées par toutes les caisses privées.

La fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande taxe cette manière de voir d' « antidémocratique et anti-patriotique » et lui oppose le postulat suivant (pages 147 et 148 ci-dessus):

« Les caisses officielles ne devraient être établies que là où il n'existe pas de sociétés libres, ou lorsque ces sociétés seraient insuffisantes pour la contrée. »

D'après quel criterium, suivant quelle procédure et par qui pourrait être tranchée la question de savoir si une caisse « est insuffisante pour la contrée »? Que faudrait-il faire des personnes repoussées par les caisses « suffisantes »? Les caisses publiques devraient-elles rentrer sous terre sitôt qu'il se fonderait une caisse libre notifiant son intention de « suffire aux besoins de la contrée », ou sitôt qu'une caisse jusqu'ici insuffisante déclarerait vouloir « suffire » à l'avenir?

Tout paraît facile à la fédération romande; à l'article 9 de ses « principes admis pour l'élaboration d'une loi fédérale sur l'assurance contre les maladies » (page 150 ci-dessus), elle se contente

de mentionner des « caisses officielles constituées par la loi ». Il semble pourtant, puisque nous sommes précisément occupés à élaborer cette loi, qu'il aurait convenu de nous expliquer comment la fédération se représente les caisses officielles, et par quel moyen elle entend « constituer » des établissements d'assurance pouvant à volonté se dissoudre et se fonder de nouveau, d'un instant à l'autre.

Le système proposé par la fédération aurait les conséquences suivantes : on compterait en Suisse, çà et là, un nombre constamment variable de caisses officielles, qui auraient la spécialité de recueillir les éléments mauvais repoussés par les caisses libres. Tandis que ces dernières — n'assurant que des risques favorables — feraient de brillantes affaires, les caisses officielles seraient en proie à d'énormes déficits, que les finances publiques devraient combler. Nous nous étions fait jusqu'ici une idée différente de la solidarité qui doit régner entre les différents éléments de notre peuple.

Le tableau qui suit confirme, plus spécialement en ce qui concerne la Suisse romande elle-même, ce que nous disions plus haut de l'insuffisance complète des caisses actuelles :

Cantons.	A. Membres des sociétés de secours mutuels.	B. Personnes tenues à l'assurance d'après les « Principes ».	C. Différences entre les colonnes A et B.	D. %.	E. Personnes tenues à l'assurance d'après les projets du conseil fédéral.	F. Différences entre les colonnes A et E.	G. %.
Genève . . .	3,656	52,755	49,099	93	21,102	17,446	83
Vaud . . .	8,300	123,828	115,528	93	49,531	41,231	83
Valais . . .	1,093	50,993	49,900	98	20,397	19,309	95
Fribourg . .	1,490	59,578	58,088	97	23,831	22,341	94
Neuchâtel .	8,253	54,077	45,824	85	21,631	13,378	62
Jura-bernois .	3,794	60,996	57,202	94	24,398	20,604	84
Total 1893 .	26,586	402,227	375,641	93	160,890	134,304	83
Total 1895 .	27,503	402,227	374,724	93	160,890	133,387	83

La colonne A. indique le nombre de membres des sociétés appartenant à la fédération romande, tel que ce nombre est établi par la liste générale annexée aux statuts de 1893. L'effectif total des membres s'est accru dès lors de 26,586 à 27,503 (page 146 ci-dessus), sans que nous sachions comment la différence se répartit

entre cantons. Nous ne savons pas non plus combien il existe dans la Suisse romande de sociétés qui ne fassent pas partie de la fédération, et quel est le nombre des membres de ces sociétés; ce nombre en tous cas ne saurait être considérable, ainsi qu'il résulte d'une comparaison avec les chiffres donnés par M. Kinkelin et par le secrétariat ouvrier. Enfin, il est indéniable que beaucoup de mutuellistes font partie de plusieurs sociétés; mais nous ne connaissons pas le total de ces affiliations multiples, à retrancher des données de la colonne A.

Les colonnes B. et E. indiquent le nombre de personnes tenues à l'assurance, d'une part d'après les « principes » de la fédération (page 149 ci-dessus) et de l'autre d'après nos projets (article 1 maladies), en prenant pour base le recensement de 1888. Le total de la colonne B. ascende à  $\frac{1}{2}$  et le total de la colonne E. à  $\frac{1}{5}$  de la population de résidence du territoire considéré.

Dans la colonne C. on voit l'augmentation qu'entraînerait l'application des « principes » et, dans la colonne F., celle qui résulterait de l'adoption de nos projets. Les colonnes D. et G. donnent ces augmentations en ‰ des effectifs à atteindre.

En résumé, il résulte du tableau ci-dessus que — même si tous les membres actuels de la Fédération romande étaient de futurs assurés obligés — *il y aurait, sur 100 personnes tenues à l'assurance lors de l'entrée en vigueur de nos projets, 83 de ces personnes qui n'auraient pas encore d'assureur.*

Si l'on considérait spécialement la population féminine, on constaterait des augmentations relatives bien plus considérables encore, vu que les sociétés qui font partie de la fédération assurent presque uniquement des hommes.

14. Il est donc *nécessaire* de créer des caisses nouvelles, que nous appellerons « *caisses publiques* » pour les distinguer des caisses privées ou libres, actuelles ou futures. Les caisses publiques devront pourvoir en première ligne au service de l'assurance obligatoire; elles auront essentiellement un caractère de droit public.

Pour l'organisation de ces caisses, il faut choisir un type qui puisse s'adapter à toutes les contrées de la Suisse. Dès l'abord, on doit se décider entre deux principes: celui du groupement *territorial* et le principe du groupement *professionnel*; les caisses territoriales intéressent certaines contrées, et les caisses professionnelles certaines professions. Dans le premier système, le lieu du travail ou de la résidence est déterminant pour l'affiliation à telle caisse; dans le second système, c'est le genre de profession qui importe. En admettant le principe territorial, on divise l'ensemble

du territoire en un certain nombre de régions dont chacune a sa caisse, et le menuisier A. relève de la caisse de Zurich par le seul fait qu'il réside ou travaille dans cette ville; suivant le principe professionnel au contraire, chaque individu est attribué d'après sa profession à un groupe qui entretient une ou plusieurs caisses : le même menuisier A. fait partie d'une des caisses pour menuisiers ou pour travailleurs sur bois, tandis que le serrurier B. et le cordonnier C., qui habitent la même maison que A. et qui travaillent dans le même quartier, relèvent de caisses toutes différentes : celles des serruriers et des cordonniers.

L'Allemagne applique le système professionnel et l'Autriche le système territorial. Nous nous prononçons pour le second, par les motifs qui suivent :

En matière d'administration, d'exercice des droits politiques, d'instruction populaire et de service militaire, la répartition de notre population se fait géographiquement et il n'y aurait aucune raison pour admettre ici un principe différent, alors qu'il s'agit également d'une institution de droit public ? Si nous ne soumettions à l'assurance que quelques professions déterminées, on pourrait préférer peut-être un groupement professionnel; mais tel n'est pas le cas et, non contents d'assurer toutes les personnes travaillant au compte d'autrui, nous espérons que la population dans son ensemble participera volontairement à l'assurance entière ou restreinte.

Le système territorial a du reste l'avantage de la simplicité. Le domaine de chaque caisse peut être aisément circonscrit et distingué des domaines voisins. Dans 999 cas sur 1000, il est facile de déterminer sans chances d'erreur le lieu où telle personne réside ou travaille. Avec le système professionnel, la répartition des assurés entre les caisses est bien autrement compliquée : tout bureau statistique connaît les difficultés que présente l'établissement d'un tableau complet des diverses professions. Beaucoup de professions se décomposent en spécialités, d'autres au contraire s'enchèventrent, la plupart empiètent les unes sur les autres et un grand nombre disparaissent ou se créent. Des milliers d'individus changent de profession chaque fois qu'un travail préférable leur est offert, c'est-à-dire chaque mois, chaque semaine ou chaque jour ; combien souvent, à la question : « Quel travail faites-vous ? », ne reçoit-on pas pour réponse : « Ce qui se présente », et dans combien de bulletins de chaque recensement la rubrique « profession » ne reste-t-elle pas vide ? Comme on l'a vu, nous fondons de grandes espérances sur l'assurance volontaire, entière ou restreinte ; or la plupart des personnes qui voudront profiter de cette assurance — et que les caisses publiques seront tenues d'accueillir sous

certaines conditions — ne feront pas partie de la classe des salariés. Avec le système professionnel, quelle serait la caisse obligée de recevoir la veuve N., sans profession, et ses jeunes enfants ? Bref, ce système donnerait lieu à de très graves difficultés.

Les expériences faites à ce sujet en Allemagne sont très instructives. La loi reconnaissait comme type une caisse professionnelle dite « caisse locale » (*Ortskrankenkasse*), à laquelle elle adjoignait, — seulement pour les personnes qui ne trouvaient pas d'autre assureur, — une caisse territoriale dite d'« assurance à la commune » (*Gemeindeversicherung*). Or, non seulement la Bavière a conservé sous la législation impériale son ancien système de caisses territoriales, mais l'article 16 de la loi impériale sur l'assurance contre les maladies, du 15 juin 1883, autorise la fusion de plusieurs caisses locales *d'une même commune*. Ce procédé, dont l'usage se généralise de plus en plus, équivaut en fait à une substitution du principe territorial au principe professionnel. Remarquons en passant qu'à Berlin c'est le parti démocrate-socialiste qui réclame la transformation des caisses professionnelles en caisses territoriales (voir : Muller, *die Krankenversicherung der Arbeiter*, 2<sup>me</sup> édition, Beck à Nördlingen, 1885, p. XVIII et suivantes ; Schicker, *das Krankenversicherungsgesetz*, 2<sup>me</sup> édition, Kohlhammer à Stuttgart, 1893, p. 104 ; statuts-type officiels, pour une caisse wurtembergeoise de district, Kohlhammer à Stuttgart ; *Arbeiterschutz*, organe de la fédération des sociétés ouvrières d'Autriche, 1894, n° 4). Mais il y a plus : en créant l'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, en 1889, le législateur allemand s'est dès le début rallié au système territorial, qu'il cherche actuellement à introduire dans l'assurance contre les accidents, en lieu et place des « caisses de corporations », pour les personnes auxquelles il étend l'obligation à cette assurance.

Si, malgré ce qu'enseignent la théorie et l'expérience d'autres pays, nos cercles ouvriers réclament l'institution de caisses professionnelles, il faut en chercher la cause hors du domaine de l'assurance : les partisans des caisses professionnelles poursuivent un but plus général, savoir l'organisation de la classe ouvrière et du travail sur la base des syndicats obligatoires ; or ils considèrent le système d'assurance professionnelle comme un acheminement à ce but. A leur propre point de vue, il nous semble que cette manière de voir ne pourrait être exacte que si l'assurance n'intéressait que des salariés — et non pas aussi d'autres classes de la population —, et si les employeurs et les pouvoirs publics n'avaient vis-à-vis de cette institution aucun droit ni aucune obligation. Au reste, à supposer même que l'idée des cercles ouvriers soit juste, nous ne saurions ici poursuivre d'autre but que le bien de l'assurance elle-même, ni par conséquent tenir compte —

à propos de la forme-type à donner à nos caisses — de considérations politiques étrangères à l'assurance. Il y a, pour faire de l'assurance une voie détournée conduisant aux syndicats obligatoires, d'autant moins de raisons que le principe des syndicats est manifestement impopulaire en Suisse : qu'on se rappelle la votation du 4 mars 1894, sur le projet de revision constitutionnelle accordant à la Confédération la compétence législative en matière de métiers.

Considérons l'assurance pour elle-même, et organisons-la de manière qu'elle réponde le mieux possible à nos besoins. Si plus tard la forme de nos caisses-maladies devait entraver telle ou telle institution d'importance égale ou même supérieure à l'assurance, il serait toujours temps de modifier le type adopté.

En adoptant, contre toute attente, le système professionnel, vous rendriez nécessaire une refonte complète — non seulement de notre projet-maladies — mais encore du projet-accidents.

Nous examinerons plus loin la question de savoir si le groupement territorial de professions diverses dans une même caisse entraîne la nécessité de distinguer au sein de cette caisse les assurés d'après les risques différents qu'ils présentent.

15. Après avoir admis pour nos caisses publiques le système territorial, il nous reste à déterminer le *principe d'après lequel nous répartirons le territoire entre les caisses*. En règle générale, nous appelons « *commune d'assurance* » tout territoire pour lequel fonctionne une caisse publique, et nous donnons à cette caisse le titre de *caisse communale*. Quelle devra être l'étendue normale d'une commune d'assurance ou, en d'autres termes, quel sera le nombre minimum d'habitants que devra comprendre cette commune ?

La fixation de ce nombre dépend de l'effectif d'assurés qu'on estime nécessaire à chaque caisse communale. Les personnes particulièrement expertes en ces matières considèrent qu'une caisse doit réunir au moins 200 assurés pour pouvoir normalement fonctionner. Il faut donc que la commune d'assurance comprenne un nombre d'habitants assez grand pour alimenter un effectif d'au moins 200 membres tenus à l'assurance en vertu de l'article 1 maladies; les assurés volontaires et ceux dont l'obligation à l'assurance dépend d'une décision cantonale ou communale doivent être en sus de ce minimum, attendu qu'on ne saurait compter sur leur présence. Les personnes absolument tenues à l'assurance formeront le cinquième et dans certaines contrées le quart de la population de nationalité suisse. Les communes d'assurance devraient donc comprendre au moins 1000 habitants; mais il faut prévoir

qu'un nombre important de personnes tenues à l'assurance s'affilieront aux caisses d'entreprises et aux caisses libres inscrites, dont nous parlerons plus bas. L'influence de ce fait peut être compensée en moyenne par une augmentation de 500 dans le nombre minimum d'habitants de la commune. Nous admettrions ainsi le chiffre de 1500, si les motifs suivants ne nous faisaient préférer celui de 2000 :

Plus une caisse a d'assurés, toutes choses étant égales d'ailleurs, plus elle présente de chances de pouvoir tenir tête aux augmentations anormales de dépenses, telles qu'en produisent les épidémies ; de même, plus une caisse a d'assurés, moins le montant de ses frais d'administration est élevé, pour chaque assuré. On ne doit pas toutefois pousser à l'extrême l'application de ces principes et créer des caisses trop étendues, dont les assurés n'auraient plus qu'un intérêt direct très faible à la restriction des dépenses, et dont l'administration se compliquerait au point de nécessiter l'engagement d'employés permanents.

Le désir d'affermir la solvabilité des caisses en augmentant le nombre de leurs membres ne doit pas non plus faire négliger l'unité qui est nécessaire à chaque caisse. C'est par ce motif que nous repoussons l'idée de répartir les caisses en « sections », dont chacune serait dotée d'une certaine autonomie diminuant d'autant celle de la caisse dans son ensemble. Les sections joueraient bien-tôt, selon toutes probabilités, le rôle principal ; c'est par sections que se manifesterait l'activité que nous cherchons à provoquer ; la caisse elle-même n'aurait plus qu'une importance nominale et servirait tout au plus d'organe central d'une association de caisses. Les cas de maladie seraient annoncés, reconnus, contrôlés et indemnisés par sections, tandis qu'il ne resterait à la caisse centrale que le soin de payer les sommes dont les sections lui indiqueraient le montant. Bien plus, l'intérêt le plus direct de chaque section serait que ses membres reçussent les indemnités les plus élevées possible, et la direction centrale de la caisse, totalement impuissante, resterait seule animée d'un esprit d'économie. On pourrait, il est vrai, parer à ces dangers en intéressant chaque section à la diminution des dépenses, par exemple d'après le système de la caisse bernoise d'assurance contre les incendies. Il faudrait alors prévoir et régler minutieusement, dans la loi elle-même, la responsabilité des sections et leurs rapports avec la commune d'assurance, avec les employeurs et avec l'établissement d'assurance-accidents ; il résulterait de ces dispositions une complication très grave dans la loi et plus encore dans la pratique. Le système des sections ne convient qu'à une institution opérant sur un territoire très étendu, c'est-à-dire à des caisses dont la décentralisation est dans l'intérêt de l'ensemble

aussi bien que des sections. A l'article 45 maladies, nous autorisons la multiplicité des « bureaux d'avis », et aux articles 150 à 153 nous prévoyons la création d'associations de fonds de réserve ; il serait imprudent d'aller plus loin dans le même sens.

Autant nous voulons que la caisse d'assurance soit une véritable unité, autant nous cherchons à faire bénéficier les assurés d'une large autonomie. Dans ce but, il importe que la commune d'assurance ait une vie réelle et que la caisse tienne des assemblées où soient discutées les affaires qui l'intéressent ; il faut que ces assemblées nomment les organes de la caisse, examinent leur gestion et leurs comptes et se prononcent sur les abus commis par certains membres. Nous sommes chauds partisans de toute vie communale, attendu que les assemblées de communes ont toujours joué en Suisse un rôle politique et moral important. Ces assemblées sont à la base de notre état démocratique ; c'est pourquoi nous les transportons dans nos caisses d'assurances, où elles rendront de précieux services. Mais pour cela il est nécessaire que le domaine de la caisse ne soit pas étendu au point que les assurés doivent venir de trop loin, ne trouvent pas de local suffisamment vaste pour s'y réunir, ou se rencontrent en un nombre tel qu'une véritable discussion ne puisse pas avoir lieu.

Par ces considérations pratiques, combinées avec les motifs tirés de la technique des assurances, *nous proposons de fixer à 2000 le nombre minimum et normal d'habitants que devra comprendre la commune d'assurance* (article 12 maladies).

Dès le début cependant, il faut faire une exception en ce qui touche les *régions écartées ou dont la densité de population est faible*. Ces territoires nous préparent des surprises désagréables : le médecin y coûtera cher, la surveillance des malades y sera difficile et les assurés — d'autant plus clairsemés que le nombre des personnes tenues à l'assurance, par rapport à cent habitants, sera petit — auront à faire des courses de plusieurs heures pour se rendre aux assemblées. La faible proportion des personnes tenues à l'assurance nous engagerait à augmenter pour ces régions le domaine de chaque commune d'assurance ; les autres circonstances au contraire nous feraient préférer des communes d'assurance réduites. La pratique seule permettra de trancher dans le sens le plus favorable cette difficulté absolument spéciale à la Suisse. En tout cas, nos traditions nationales s'opposeraient à ce que nous abandonnions à leur malheureux sort les habitants de ces régions, en leur disant : « C'est affaire à vous d'habiter des contrées montagneuses et peu accessibles ! » Le régime à adopter variera suivant les lieux ; dans la loi elle-même, il suffisait de prévoir la possibilité de rompre avec la règle générale (article 12, alinéa 2, maladies).



Bien que les communes d'assurance doivent être délimitées essentiellement d'après un principe géographique, il est nécessaire de les adapter aux divisions politiques du territoire. Les conséquences de ce fait sont les suivantes : 1° une commune d'assurance ne doit pas emprunter le territoire de plusieurs cantons, sauf en ce qui touche les petites enclaves — St-Pantaléon, par exemple, qui est très éloigné du reste du canton de Soleure et qui se trouve tout près de Liestal, chef-lieu de Bâle-campagne ; 2° toute commune politique comprenant au moins 2000 habitant doit former une commune d'assurance distincte, a) à moins qu'il soit préférable de la réunir à une commune politique limitrophe, trop petite pour former à elle seule une commune d'assurance, ou b) à moins qu'un centre de population dont il est naturel de ne former qu'une seule commune d'assurance soit composé de plusieurs communes politiques comptant peut-être chacune plus de 2000 habitants ; 3° lorsqu'on doit réunir plusieurs communes politiques pour atteindre le nombre de 2000 habitants, il convient de ne pas disloquer le territoire d'une commune politique entre plusieurs communes d'assurances, mais d'attribuer ce territoire tout entier à une seule de ces communes.

Ces diverses exceptions font l'objet des articles 12 et 14 maladies.

Comme on le voit, le fait de tenir compte de la division politique du pays — en particulier des communes politiques et de la situation spéciale des grands centres — contredit souvent au principe d'après lequel le nombre de 2000 habitants par commune d'assurance doit être une norme en même temps qu'un minimum. En admettant des communes d'assurance de plus de 2000 habitants, nous renonçons à ce que chaque caisse publique ait une véritable assemblée générale de *tous ses assurés*. Dans une commune d'assurance de 50,000 habitants, par exemple, dont la caisse comptera environ 10,000 assurés obligés, il ne saurait être question de réunions plénières d'assurés ; nous prévoyons donc des assemblées générales de *délégués*, ainsi qu'un droit de ratification des décisions des délégués par l'ensemble des assurés (articles 90, 92 et 93 maladies).

Telles de nos villes, composée d'une seule commune politique et qui dès lors appartiendra tout entière à une seule commune d'assurance, se développe à tel point que, si cette commune n'avait qu'une caisse communale unique, celle-ci serait hors d'état de réunir voire même des assemblées de délégués, — à moins d'augmenter démesurément le quotient de représentation ; pour tenir compte de cette situation exceptionnelle, nous statuons que les communes d'assurance de ce genre pourront entretenir *plusieurs* caisses commu-

nales, entre lesquelles on répartira le territoire de la commune (article 24, alinéa 2, maladies).

16. Ne convient-il pas d'instituer, à côté des caisses communales et indépendamment des communes d'assurance, d'autres types de caisses publiques ? La théorie et la pratique nous dictent sur ce point des conclusions identiques.

La Suisse compte, en matière d'assurance-maladies, un nombre considérable de caisses *spéciales à certaines entreprises*, telles que de grandes fabriques ou des compagnies de chemins de fer.

La « concession normale » des *entreprises de chemins de fer et de bateaux à vapeur* contient depuis 1885 un article 25 qui impose aux compagnies la fondation de caisses de pensions et de secours en faveur de leur personnel (voir D<sup>r</sup> H. Hürlimann, « Die eidg. Eisenbahngesetzgebung », Orell Füssli et C<sup>ie</sup>, 1887, p. 46 et suivantes). Cet article a subi de fréquentes modifications de détail et, dans les concessions les plus récentes, il est conçu comme suit :

« La compagnie devra... créer une caisse de malades et de secours pour son personnel, ou l'assurer à une société d'assurance. En outre, les voyageurs et le personnel seront assurés à une société en ce qui concerne les obligations découlant de la loi fédérale du 1<sup>er</sup> juillet 1875 sur la responsabilité civile. Les prescriptions particulières à édicter à ce sujet sont soumises à l'approbation du conseil fédéral. »

Une loi fédérale du 20 décembre 1878 (Rec. off., nouv. série, vol. IV, p. 50) impose la séparation de la fortune des caisses de secours des entreprises de chemins de fer d'avec l'avoir de ces entreprises, et la loi fédérale du 28 juin 1889 (Rec. off., nouv. série, XI, 246) traite des « caisses de secours des compagnies de chemins de fer et de bateaux à vapeur » et place ces caisses sous la surveillance du conseil fédéral.

Aucune loi fédérale n'oblige par contre le propriétaire d'une *fabrique* de créer une caisse d'assurance pour ses ouvriers ; mais la loi fédérale sur le travail dans les fabriques, du 22 mars 1877 (Rec. off., nouv. série, III, 224) dispose à son article 7 que « le produit des amendes doit être employé dans l'intérêt des ouvriers, et particulièrement consacré à des caisses de secours » ; de plus, la loi fédérale sur la responsabilité civile des fabricants, du 25 juin 1881 (Rec. off., nouv. série, V, 510), prévoit à son article 9 que les prestations fournies au lésé ou à ses parents survivants par une « caisse de secours et de malades » seront, dans certaines circonstances, déduites de l'indemnité due par l'employeur en vertu de sa responsabilité civile.

Nous ferons bien de persévérer dans le même esprit, et par conséquent de ne pas nous borner à laisser survivre les caisses qu'entretiennent aujourd'hui les compagnies de transport et un certain nombre d'entreprises industrielles. Nos projets instituent et organisent donc des *caisses d'entreprises*, comme *second genre de caisses publiques* (art. 16 maladies). Aujourd'hui déjà, les organes d'assurance des compagnies de transport et des entreprises industrielles se distinguent essentiellement des caisses libres : l'affiliation à ces organes n'est point du tout l'effet d'un acte de volonté spontanée, mais elle a lieu de plein droit et par le seul fait de l'entrée du futur assuré dans l'entreprise. Ne convient-il pas de donner une sanction légale à cette obligation déjà effective, et de reconnaître à ces caisses d'entreprises le caractère d'organes officiels de l'assurance obligatoire, au même titre qu'aux caisses communales ?

Les *rapports entre les caisses d'entreprises et les caisses communales* sont faciles à déterminer parce qu'on peut très aisément constater le fait de l'appartenance de tel individu à une entreprise dotée d'une caisse propre, d'autant plus que toutes les entreprises de ce genre sont aujourd'hui déjà obligées de tenir des listes exactes de leurs ouvriers (loi du 23 mars 1877, art. 6). Si les caisses d'entreprises n'existaient pas déjà, il faudrait les « inventer » :

Il serait en effet excessivement difficile, pour ne pas dire impossible, de rattacher à une ou plusieurs caisses communales les personnes occupées dans une entreprise de chemins de fer et tenues à l'assurance. Le « lieu d'exploitation » d'une compagnie de chemins de fer est comme répandu sur tous les points de son réseau, et ce dernier empruntera généralement le territoire de plus d'une commune d'assurance. Les conditions spéciales d'exploitation de ce genre d'entreprises nécessitent donc absolument l'institution d'organes assureurs différents des caisses communales.

En outre, certaines entreprises industrielles ou de transport présentent des risques de maladies ou d'accidents tels que leur assurance ferait courir les plus graves dangers à la caisse communale, à supposer même que les ouvriers de ces entreprises fussent astreints à une surprime importante.

Il arrive aussi qu'il se fonde pour quelques mois ou pour quelques années, sur un point quelconque du territoire, une entreprise occupant un très grand nombre de personnes tenues à l'assurance. Si ces personnes devaient être accueillies par une ou plusieurs des caisses communales du voisinage, ces dernières verraient — pour une courte période — leur importance grandir subitement, leur mouvement de caisse s'enfler, leurs installations devenir insuf-

fisantes et leur quiétude ordinaire se troubler ; qu'on se représente par exemple, dans une contrée habituellement paisible et qui plus tard reprendra son calme normal, l'ouverture de grands chantiers pour la construction d'un tunnel. Le seul parti raisonnable est de ne pas imposer à une caisse communale les ouvriers de ces chantiers, mais de les grouper en une ou plusieurs « caisses d'entreprises » qui leur soient propres.

On a proposé au contraire à la commission d'experts de *dissoudre les caisses d'entreprises, et de les remplacer par des caisses professionnelles obligatoires* ; cette motion a été repoussée par 28 voix contre 4 (bulletin sténographique, p. 469), et nous nous rallions aux arguments qu'on a fait valoir contre elle.

Les auteurs de la proposition ont émis alors l'idée subsidiaire d'autoriser la *réunion, en une seule caisse d'entreprise, des ouvriers de plusieurs exploitations de même espèce ou d'espèces analogues* ; or, il est évident que ce serait en fait aboutir exactement à la création de caisses professionnelles. Dans une caisse de ce genre, il serait pour ainsi dire impossible de régler convenablement les rapports des différents employeurs entre eux et vis-à-vis de la caisse : l'entrepreneur A. occupe 1000 ouvriers, l'entrepreneur B. 500 et son collègue C. 50 ; les trois établissements entretiennent une caisse d'assurance commune, dans laquelle se produit un déficit de 3100 francs, incombant aux trois entrepreneurs ensemble : A. doit payer 2000 francs, B. 1000 et C. 100. Dans l'assemblée générale des employeurs, accordera-t-on à chacun d'eux un nombre de voix proportionné au nombre de ses ouvriers et à sa responsabilité, de telle sorte que A. ait 20 voix, B. 10 et C. 1, ou bien donnera-t-on aux trois entrepreneurs des droits égaux entre eux ? Dans le premier cas B. et C., et dans le second cas A., se plaindront avec toute raison. Bref, la réunion des ouvriers de plusieurs entreprises dans une même caisse n'est possible que si les employeurs de ces ouvriers n'ont pas à contribuer aux primes ni par conséquent à dire leur mot dans l'administration de la caisse, ou bien s'ils sont tenus de contribuer aux primes tout en n'ayant aucun droit d'administration. On ne s'attend évidemment pas à ce que nous proposons ce régime.

Nous ne croyons pas non plus qu'il convienne d'instituer des caisses professionnelles à côté des caisses communales ou d'entreprises et comme troisième genre de caisses publiques, cela principalement pour les motifs qui déjà nous ont fait préférer comme type principal les caisses communales aux caisses d'entreprises.

• Les caisses professionnelles demeurent donc absolument rangées parmi les caisses libres.

17. On nous permettra d'ajouter, dans cette partie générale, les observations suivantes touchant les *caisses d'entreprises*.

Il appartiendra ordinairement à l'*employeur lui-même* de trancher la question de la fondation d'une caisse d'assurance propre aux ouvriers de son entreprise ; à supposer qu'il conclue pour l'affirmative, l'employeur prendra en mains l'organisation de cette caisse. On ne saurait lui refuser ce droit d'initiative, puisque la création d'une caisse lui fait courir certains risques en raison des dispositions qui fixent un maximum aux contributions des ouvriers (articles 139, alinéa 1, 71 et 74 maladies) et qui rendent l'employeur responsable des déficits (article 139, alinéa 4, maladies). L'employeur, toutefois, n'a pas de *droit* à la fondation d'une caisse, et il a besoin d'une autorisation à cet effet. Avant de prendre une décision, dans un sens ou dans un autre, l'autorité consultera les intéressés et en première ligne les ouvriers de l'entreprise dont il s'agit (articles 129, alinéa 1, et 130 maladies).

La demande de l'employeur ne saurait être accueillie que si l'entreprise compte un *nombre suffisant d'ouvriers*. Pour ce minimum, on peut descendre plus bas que lorsqu'il s'agissait des caisses communales, attendu que l'employeur répond des déficits et qu'il veillera par conséquent lui-même à ce que la caisse ait assez de membres pour pouvoir normalement fonctionner. Nous avons dès lors admis le nombre de 100 ouvriers.

Bien qu'elles soient des organes publics d'assurance, les caisses d'entreprises n'ont pas de droits égaux à ceux des caisses communales. Ces dernières sont indispensables et ne doivent pas disparaître, attendu qu'elles constituent la suprême ressource des personnes tenues à l'assurance et qui n'ont pas été accueillies ailleurs. Il est donc nécessaire que les caisses d'entreprises dont le maintien mettrait en péril l'existence d'une caisse communale *cèdent le pas à cette caisse* (article 145 maladies). Supposons une commune d'assurance qui comprenne 500 personnes tenues à l'assurance ; deux caisses d'entreprises absorbent ensemble 350 de ces personnes et n'en laissent que 150 à la caisse communale ; aucune des trois caisses ne prospère, car aucune n'a un nombre suffisant d'assurés ; d'autre part, le domaine de la caisse communale est déjà si étendu qu'il est impossible de le sonder à celui d'une commune d'assurance voisine (article 12, alinéa 3). Dans ces circonstances, le seul parti à prendre est de dissoudre une ou deux des caisses d'entreprises. Cette décision, dictée par la nécessité, ne lèse aucun droit acquis et n'est pas non plus contraire à l'équité ; c'est la contre-partie de l'obligation qui incombe à la caisse communale de reprendre, comme assurés obligés ou volontaires, les membres d'une caisse

d'entreprise dissoute ensuite de liquidation de l'entreprise; c'est aussi la compensation de la disposition (articles 33 et 34 maladies) qui permet aux anciens membres de caisses d'entreprises — sans qu'il y ait réciprocité — de s'affilier comme membres volontaires à des caisses communales, sans payer de finances d'entrée et sans satisfaire aux conditions de santé ni d'âge maximum.

Pour garantir les caisses d'entreprises contre toute dissolution qui ne serait pas absolument fondée, nous chargeons de ce genre de prononcés l'office fédéral lui-même, et nous instituons un droit de recours au conseil fédéral (article 146 maladies).

Quelle que soit la cause de la dissolution, les biens disponibles de la caisse d'entreprise dissoute profitent aux caisses communales dont l'entreprise empruntait le territoire (article 147 bis, alinéa 6).

On remarquera que nous ne touchons en aucune manière à la fortune actuelle des caisses de fabriques ou de chemins de fer. Au cas où nos projets obtiendraient force de loi, chacune de ces caisses devrait se déterminer sur le point de savoir si elle veut continuer à fonctionner sous le nouveau régime, à titre de caisse d'entreprise; mais, quelle que soit sa détermination, elle conserverait l'entière disposition de ses biens, à la liquidation desquels elle appliquerait, le cas échéant, les dispositions de ses anciens statuts. Plutôt que de voir verser aux caisses d'entreprises les biens des caisses actuelles, nous souhaitons que ces biens servent à un but étranger mais connexe à l'assurance maladies ou accidents, tel qu'à des caisses de retraite pour la vieillesse ou à des caisses de secours pour les veuves et les orphelins.

#### IV. Prestations des assurances.

18. En traitant des prestations des assurances, il convient de distinguer à ce point de vue l'assurance-accidents de l'assurance-maladies, et de parler de l'affiliation volontaire aux caisses publiques maladies.

En matière d'assurance-accidents, il est évidemment préférable de déterminer le plus exactement possible dans la loi elle-même les prestations à fournir par l'assureur. Mais cette même question est douteuse en ce qui touche l'assurance-maladies. La loi doit-elle se borner à fixer un minimum, quitte à chaque caisse de prévoir par ses statuts la fourniture de prestations plus considérables; la loi au contraire doit-elle établir un minimum et un maximum, en laissant par compensation chaque caisse plus libre encore de gra-

duer ses prestations dans ces limites ; ou enfin, vaut-il mieux procéder pour l'assurance-maladies comme pour l'assurance-accidents et imposer à toutes les caisses des prestations uniformes, dont la loi déterminerait le montant jusque dans les détails ?

Pour les *caisses communales*, nous avons adopté cette dernière solution. Le minimum de prestations prévu doit être également un maximum, c'est-à-dire qu'il convient de fixer les prestations d'une manière aussi précise que possible. Si les caisses communales n'étaient limitées que par un minimum, le montant des prestations dans chaque cas particulier devrait faire l'objet de dispositions statutaires ; on verrait donc constamment, d'après que les résultats de l'exercice écoulé auraient été favorables ou fâcheux, surgir des propositions de revision des statuts. Les dispositions traitant des prestations seraient ainsi continuellement bouleversées, ce qui ne pourrait que nuire à la caisse ; or, non contents de fixer un taux de contributions maximum (article 71 maladies), nous devons veiller à ce que les personnes tenues de payer les contributions connaissent une fois pour toutes leur situation, et ne soient pas sans cesse obligées de défendre leurs intérêts en s'opposant à des revisions de statuts ou en recourant contre ces revisions ; nous avons le même devoir, bien plus encore, à l'égard des communes d'assurance, que nous rendons responsables des déficits des caisses (article 87, lettre *d*, maladies). Enfin, si les diverses caisses communales n'étaient pas tenues de fournir les mêmes prestations, on devrait renoncer aux bénéfices du libre passage des assurés d'une caisse dans l'autre.

Dans les *caisses d'entreprises* au contraire, le système du simple minimum nous semble préférable. Les assurés sont suffisamment garantis par la fixation d'un taux maximum de contributions (article 139, alinéa 1, et 71 maladies) et l'employeur, responsable des déficits (article 139, alinéa 4), ne poussera pas à l'exagération des prestations. D'autre part, la direction de la caisse ne pourra pas lui forcer la main, puisque les prestations seront déterminées par les statuts et que l'employeur aura son mot à dire dans la rédaction des statuts et dans toute revision de ces derniers (article 138, alinéa 2, 143, alinéa 1 et lettre *a*, 106 et 107). Il n'y a donc aucune raison pour empêcher les intéressés de régler librement le montant des prestations, et pour interdire à un employeur généreux de se charger d'un déficit qu'il sait par avance devoir résulter des hautes prestations auxquelles il consent.

**19.** Dans l'assurance-maladies, en quoi doivent consister les prestations des caisses communales, soit les prestations minima des caisses d'entreprises ? Nous prévoyons la fourniture (articles 49, 50, 63, 64 et 138):

- I. de soins médicaux et de médicaments ;
- II. d'une indemnité journalière de chômage payée à l'assuré malade ;
- III. d'une indemnité équitable pour soins obstétricaux et d'une indemnité journalière de chômage, payées lors de ses couches à l'assurée qui fait partie de la caisse depuis six mois au moins ;
- IV. d'une indemnité pour les frais funéraires causés par le décès de l'assuré.

Le but suprême de l'assurance-maladies est la guérison rapide et complète du malade ; ce dernier a le même intérêt que la caisse à ce que ce but soit atteint. De plus, il importe que l'assurance mette l'assuré et sa famille à l'abri de la misère dont la maladie les menace. Ces deux considérations justifient les trois premières espèces de prestations prévues. Quant au décès de l'assuré, il est une conséquence de la maladie et il peut entraîner des dépenses auxquelles l'assureur doit contribuer ; cette prestation est en outre fondée sur des motifs d'humanité, et elle se rencontre dans presque toutes nos sociétés actuelles.

Dans cette partie générale de notre message, nous n'examinerons que l'une des quatre espèces de prestations, savoir l'indemnité de chômage ; et encore ne l'envisagerons-nous que sous trois points de vue : la graduation de l'indemnité de chômage d'après le salaire, son rapport avec le salaire et enfin le moment à partir duquel l'indemnité doit être fournie.

a) *L'indemnité de chômage doit être proportionnelle au salaire* ; nous repoussons pour deux motifs le système de l'indemnité uniforme et invariable :

1° L'assurance doit permettre approximativement au malade et à sa famille la *continuation de leur manière de vivre ordinaire*. Cette manière de vivre dépend du salaire que le malade gagnait avant le sinistre ; elle représente une somme journalière qui varie suivant les circonstances de famille du malade et spécialement suivant le nombre de ses enfants. Pour remplir son but, l'assurance doit donc adapter la valeur de ses prestations à celle du salaire que la maladie a fait perdre à l'assuré. Une indemnité de chômage uniforme serait excessive pour tel assuré et dérisoire pour tel autre. Il va sans dire du reste que la graduation de l'indemnité de chômage d'après le salaire entraîne une graduation correspondante des contributions ; dans toute assurance en effet, les contributions doivent représenter le prix du contrat et rester dès lors proportionnelles aux prestations garanties. Le fait que tel assuré recevrait par exemple une indemnité de chômage quadruple de celle payée à tel autre assuré ne saurait donc être injuste à l'égard de ce dernier,



pour peu que le premier assuré fournit en contre-partie une prime quadruple; toutefois, pour réduire même cette vaine apparence d'inégalité, nous statuons que la valeur dont un salaire journalier dépassera fr. 7. 50 ne sera pas prise en considération. Pour le calcul des contributions et des indemnités, personne donc ne sera réputé gagner plus de fr. 7. 50 par jour (article 78, alinéa 8), et l'indemnité journalière de chômage ne pourra dépasser 5 francs (article 50 maladies).

Les assurés gagnant des salaires voisins du maximum de fr. 7. 50 constitueront en moyenne — contrairement à un préjugé trop répandu — des *éléments particulièrement profitables pour la caisse*; en effet, le montant élevé de leurs salaires et par conséquent de leurs contributions n'aura pour contre-partie que l'élévation de leurs indemnités de chômage, tandis que les soins médicaux, les médicaments et l'indemnité funéraire — qui sont indépendants du salaire et des contributions — resteront à peu près les mêmes que pour les autres assurés; en d'autres termes, *tous* les éléments de la contribution seront proportionnels au salaire, tandis qu'*un seul* des trois éléments des indemnités présentera cette proportionnalité.

2° Le second motif pour lequel nous repoussons l'uniformité des indemnités de chômage réside dans le fait qu'il sera *en tous cas nécessaire* de proportionner aux salaires les indemnités de chômage et les rentes de l'assurance-accidents, vu que cette assurance succède au régime de la responsabilité civile qui appliquait le principe de la proportionnalité (loi du 25 juin 1881, article 6, alinéa 2); or il serait injuste d'établir pour les maladies ordinaires une indemnité uniforme, tandis que pour les maladies résultant d'accidents — et dont les charges incomberont généralement aussi à l'assurance-maladies — on admettrait la variabilité.

b. *L'indemnité de chômage ne saurait atteindre la totalité du salaire*, sous peine d'une augmentation redoutable du danger de simulations de sinistres. D'autre part, pour permettre à l'assuré de continuer à vivre à peu près comme il le faisait avant le sinistre, l'indemnité de chômage doit dépasser la moitié du salaire perdu. Nous vous proposons de la fixer aux deux tiers de ce salaire (article 50 maladies), ce qui représente en réalité une fraction plus forte; l'indemnité en effet est payable aussi pour le dimanche, tandis que l'assuré n'aurait gagné ce jour-là aucun salaire; par semaine, 7 fois  $\frac{2}{3}$  de salaire font 4 salaires et  $\frac{2}{3}$ , soit, par jour ouvrable,  $\frac{7}{9}$  ou presque  $\frac{4}{5}$  de salaire. Le système des classes de salaires établi par l'article 79 maladies a aussi pour conséquence d'élever en fait la fraction des deux tiers; pour le calcul des indemnités, l'assuré est réputé gagner le salaire qui forme limite

maximum de la classe à laquelle il appartient; aucun assuré ne peut donc être coté en-dessous de son salaire réel, et tous les assurés dont le salaire réel n'est pas égal au maximum possible de leur classe sont cotés en-dessus de leur salaire. L'ouvrier qui gagne en réalité 1,25, et qui appartient de ce fait à la 2<sup>me</sup> classe, est donc réputé gagner fr. 1. 50; en cas de maladie, il recevra  $\frac{1,50 \times 2}{3}$  soit 1 fr. par jour, ce qui équivaut aux  $\frac{4}{5}$  et non aux  $\frac{2}{3}$  de son salaire réel.

On a proposé à la commission d'experts de ne pas fixer absolument l'indemnité de chômage par rapport au salaire perdu, mais de se borner à admettre un minimum et un maximum entre lesquels le montant de l'indemnité varierait pour chaque cas particulier *suivant les besoins de l'assuré*. Nous repoussons cette idée parce que sa réalisation serait contraire au principe de l'équivalence des contributions et des indemnités, à moins — ce qui est impossible — qu'on fit varier aussi les contributions suivant les besoins éventuels de l'assuré. La détermination de l'indemnité dans chaque cas spécial serait du reste excessivement difficile, quelle que fût l'autorité chargée de ce soin. Enfin, pour être logique, il faudrait aussi faire dépendre dans l'assurance-accidents le montant de chaque rente des besoins du rentier; or une rente peut devoir être servie durant de nombreuses années, au cours desquelles une variation incessante des besoins déterminerait toute une série d'augmentations ou de diminutions absolument inadmissibles en pratique.

c. Tandis que les soins médicaux et les médicaments doivent naturellement être fournis à l'assuré dès le début de sa maladie, nous vous proposons (article 50) de ne faire courir l'indemnité de chômage que *dès et y compris le quatrième jour d'incapacité de travail*. Les maladies — ou pour mieux dire les indispositions — qui ne durent pas plus de trois jours ne sauraient donner lieu à indemnités qu'en augmentant les frais d'administration dans une mesure qui ne serait proportionnée ni à la valeur de ces indemnités ni à l'importance des cas. D'autre part et vu cette exclusion des indispositions passagères, il serait fâcheux de fournir des indemnités de chômage pour les trois premiers jours d'une maladie dont la durée totale aurait dépassé trois jours: on exposerait en effet doublement l'assuré, dont l'indisposition cesserait à la fin du troisième jour, à la tentation de se porter malade encore durant une quatrième journée.

2° La *durée* de la fourniture des indemnités doit-elle être indéterminée ou au contraire limitée à un maximum ?

Nous avons déjà exposé les raisons qui empêchent d'organiser aujourd'hui l'assurance contre l'invalidité (page 154); or une assu-

rance-maladies dont les prestations ne seraient pas limitées en durée comprendrait en fait l'invalidité, constituée par un état de maladie incurable ou de très longue durée. L'article 51 de notre projet maladies établit une durée maximum de prestations de *un an*. Cette durée est beaucoup plus longue que celle admise généralement par les caisses de secours actuelles, sans compter que nous n'établissons pas comme ces caisses une décroissance de la valeur des indemnités au cours de l'année. Les chiffres suivants indiquent la charge résultant pour l'assurance-maladies de différentes durées maxima, en rapport avec la charge — exprimée par 100 — résultant d'une durée de un an :

3 semaines . . . . .	49
6 » . . . . .	66
3 mois . . . . .	82
6 » . . . . .	93
9 » . . . . .	97
12 » . . . . .	100

(Tableau I f du n° 7 des publications officielles mentionnées à page 142 ci-dessus). Ces chiffres se rapportent à des caisses mixtes, c'est-à-dire comprenant des hommes et des femmes. Les maladies de ces dernières sont en moyenne plus longues que celles des hommes, d'où il résulte qu'une prolongation de la durée maximum des prestations profite surtout aux femmes.

Le maximum de durée n'intéresse que deux espèces de prestations — les soins médicaux et les médicaments, et l'indemnité de chômage —, et il n'est imposé qu'aux caisses communales ; pour les caisses d'entreprises, ce maximum d'un an est simplement le plus bas qu'elles puissent statuer (articles 51, 63, 64 et 138, alinéas 2 et 3, maladies).

Il n'est pas nécessaire de traiter ici en détails les *cas dans lesquels l'assureur sera libéré de ses obligations aux indemnités* ; ces cas font l'objet des articles 46, alinéa 3, 47, alinéa 4, 52, 53, alinéa 4, 57 à 62, 63, alinéa 3, 64, alinéa 3, 65 et 138, alinéas 5 et 6. Nous avons admis comme principes en cette matière qu'une faute légère ne doit entraîner aucune déchéance, et qu'une faute grave ne saurait préjudicier qu'à l'indemnité de chômage sans atteindre plus de la moitié de cette indemnité.

21. Nous avons déjà parlé de l'*assurance volontaire* (p. 162 et 167) et indiqué les motifs qui nous font renoncer, pour le moment, à organiser cette assurance en matière d'*accidents*. Il reste à examiner maintenant l'assurance volontaire auprès des caisses publiques *maladies*.

En soi, rien n'empêcherait de laisser au membre volontaire le *libre choix des prestations qu'il désirerait se faire garantir*, parmi toutes celles que l'assureur pourrait lui offrir; telle personne ne s'assurait que pour les soins médicaux et les médicaments, telle autre n'aurait en vue que l'indemnité de chômage et telle autre enfin que l'indemnité de chômage et l'indemnité funéraire; les contributions de l'assuré, c'est-à-dire le prix de l'assurance, dépendraient naturellement de l'étendue de la garantie offerte par l'assureur au point de vue de l'espèce des prestations. Mais il est évident que ce système compliquerait encore le service de l'assurance et ferait ressentir quelque envie aux assurés obligés, qui seraient absolument tenus de se faire garantir telles espèces déterminées et invariables d'indemnités. Nous ne laissons dès lors aux assurés volontaires que la faculté de choisir entre deux genres d'assurances: *l'assurance entière*, qui garantit exactement les mêmes indemnités qu'aux assurés obligés, et *l'assurance restreinte*, dont le titulaire a droit aux soins médicaux, aux médicaments, à l'indemnité pour soins obstétricaux et à l'indemnité funéraire, mais non pas à l'indemnité de chômage (article 50 maladies).

Les caisses communales sont *tenues d'accueillir* toutes les personnes qui s'annoncent à elles comme membres volontaires à assurance entière ou restreinte, pour peu que ces personnes remplissent certaines conditions fixées par la loi (article 31) et que nous examinerons dans la partie spéciale de ce message. Les caisses d'entreprises, par contre, ont le droit mais non l'obligation de prévoir dans leurs statuts l'admission de membres volontaires à assurance entière ou restreinte, ou de membres volontaires de l'une de ces catégories à l'exclusion de l'autre; la loi elle-même établit certaines conditions d'admission, en laissant aux caisses le droit de se montrer encore plus difficiles (art. 136).

Les premiers projets maladies ne connaissaient que l'assurance volontaire entière, c'est-à-dire l'adhésion spontanée d'une personne au même régime que celui des assurés obligés. A l'occasion du mouvement d'initiative tendant à la gratuité des soins médicaux, il nous a paru que l'assurance volontaire devait être rendue plus accessible aux enfants et aux autres personnes qui ne travaillent pas en vue d'un gain, et dont la maladie n'entraîne dès lors pas une moins-value de salaire; il semblait nécessaire de créer un genre d'assurance volontaire qui permit à ces personnes de se faire garantir, moyennant une contribution restreinte, les deux prestations qui les intéressent.

On projeta d'abord de réaliser cette idée en donnant aux membres obligés ou volontaires à assurance entière le droit d'assurer,

au prix d'une *contribution supplémentaire* et en vue des soins médicaux et des médicaments, ceux des *membres de leurs familles* ne travaillant pas en vue d'un gain. Mais ce plan fut abandonné, vu qu'il n'aurait pas été juste de réserver l'accès de l'assurance volontaire restreinte aux seules personnes dont un parent aurait été membre d'une caisse publique, comme assuré obligé ou volontaire à assurance entière.

L'assurance restreinte, telle que nous vous la proposons aujourd'hui, paraît constituer une solution préférable. Elle n'a toutefois pas été sans apporter des difficultés à l'organisation des caisses publiques maladies. De plus, si la commission d'experts n'avait pas déjà repoussé l'assurance volontaire accidents et rompu ainsi pour l'assurance volontaire en général avec le principe de l'identité des assurés maladies et accidents, nous aurions dû en tous cas abandonner ce principe pour l'assurance volontaire restreinte; quel intérêt en effet auraient présenté pour un enfant, membre volontaire maladies à assurance restreinte, les prestations de l'assurance accidents: toutes les prestations auxquelles l'accident d'un enfant peut naturellement donner lieu sont déjà garanties au lésé par son assurance restreinte maladies.

Il semble qu'avec l'assurance volontaire, dont les deux espèces viennent doubler l'assurance obligée, nous nous soyons rapprochés de l'assurance générale autant qu'on peut le faire sans abandonner le principe même de l'assurance et sans tomber dans le domaine de l'assistance publique.

Moyennant une prime modique, à laquelle la Confédération contribuera pour fr. 3. 65 par an s'il s'agit d'un ressortissant suisse, toute personne en bon état de santé et qui n'aura pas atteint 45 ans révolus pourra s'assurer en vue de la gratuité des soins médicaux et des médicaments (article 31 maladies).

Nous comptons qu'un grand nombre de personnes profiteront de cette facilité offerte par les caisses publiques, et que l'assurance volontaire ne tardera pas à devenir populaire dans le meilleur sens de ce mot. Notre désir toutefois n'est nullement de dépouiller les caisses libres de leurs clients, mais bien plutôt de gagner à l'assurance les centaines de milliers de personnes qui ne sont actuellement au bénéfice d'aucun contrat.

Puissent les hommes que la nation chargera de diriger ses assurances populaires chercher avant tout à inspirer l'idée de prévoyance au plus grand nombre possible de personnes! Ils trouveront leur récompense dans le fait que notre peuple reconnaîtra chaque jour davantage le caractère bienfaisant des institutions que vous aurez créées.

22. A la limite de l'assurance-maladies et de l'assurance-accidents, on rencontre les *maladies résultant d'accidents*. Il est évident qu'au point de vue des prestations, ces maladies ne sauraient relever en même temps des deux assurances. D'autre part, l'assurance-accidents est relativement pesante; la valeur des sommes qu'elle gère nous a obligés à la centraliser, et tout sinistre dont elle s'occupe directement donne lieu à des inscriptions multiples et à une surveillance d'autant plus coûteuse qu'elle s'exerce de plus loin. Tout cet appareil n'est pas proportionné à la faible importance de la plupart des maladies résultant d'accidents et qui se guérissent en quelques semaines; c'est seulement lorsqu'une de ces maladies présente des symptômes donnant à craindre une lésion permanente ou le décès de l'assuré, que l'assureur-accidents peut désirer prendre immédiatement l'assuré à sa charge; il a en effet pour l'avenir un puissant intérêt à ce que l'assuré soit soigné le mieux possible, tandis que l'assureur-maladies n'est pas atteint au même point par le fait que la lésion devient incurable ou que l'assuré décède: vu le faible montant de l'indemnité funéraire, le décès de l'assuré n'est pas pour la caisse-maladies une charge importante, et, quelle que soit la durée future de la lésion, les obligations de la caisse s'éteignent à l'échéance d'une année dès la date de l'accident (article 51, a, maladies).

Les accidents de peu de gravité (foulures, etc.) peuvent davantage que les autres donner lieu à des simulations par les assurés; ce sont ceux aussi que l'assuré sera le plus tenté de s'attirer volontairement dans le but d'être pour quelque temps dispensé de son travail. Or l'assureur-maladies, ainsi que nous l'avons vu, se prête beaucoup mieux que l'assureur-accidents à la surveillance des cas de simulations et de sinistres volontaires.

Par ces divers motifs, il convient de mettre à la charge de l'assurance-maladies, pour les premières semaines d'incapacité de travail, les maladies résultant d'accidents. Pour cette période, appelée « *délai de carence* », l'assureur-accidents ne supportera aucune charge du fait de l'accident; vu l'intérêt majeur dont nous parlions plus haut, il pourra toutefois se substituer déjà durant le délai de carence à l'assureur-maladies, quitte à celui-ci à le désintéresser (articles 31 et 32, alinéa 2, accidents).

A quelle *durée* convient-il de fixer le délai de carence? Après avoir hésité entre 4, 6 et 8 semaines, et contrairement au mémoire de M. Forrer qui proposait 4 semaines, nous prévoyons une durée de 6 semaines. Les médecins, en effet, disent qu'une maladie est considérée comme grave quand elle dépasse cette durée, et il est

certain que le législateur allemand est allé trop loin en admettant 13 semaines, soit un trimestre.

La différence de charges pour l'assureur-maladies est peu considérable, soit que nous admettions 4, 6 ou 8 semaines. En effet, si l'on se base sur les prestations prévues par nos projets et sur la statistique suisse des accidents en ce qui touche les personnes travaillant au compte d'autrui, on trouve que les rentes d'invalidité et de parents constituent les 84 % des charges résultant d'accidents. Les 16 % qui restent représentent les soins médicaux et les indemnités de chômage; ils se répartissent comme suit :

- pour les 4 premières semaines d'incapacité de travail 12 %;
- pour les 2 semaines suivantes 1 %, d'où pour les 6 premières 13 %;
- pour les 2 semaines suivantes 1 %, d'où pour les 8 premières 14 %;
- pour les semaines suivantes 2 %, d'où au total 16 %.

(Voir page 650 du bulletin sténographique des débats de la commission d'experts.)

S'il ne fallait pas tenir compte de l'intérêt de l'assureur-accidents à se charger le plus tôt possible des accidents graves, nous aurions simplement fixé le délai de carence à un an, et fait tomber ainsi la reprise des maladies-accidents par l'assureur-accidents sur le même moment que la cessation, par l'assureur-maladies, de ses prestations en général.

L'article 19 accidents introduit comme suit la notion du délai de carence :

« Toute personne tenue à l'assurance... est également assurée... contre les conséquences économiques des accidents corporels entraînant pour elle la mort, une infirmité permanente ou *une maladie de plus de six semaines. Dans ce dernier cas, l'assurance s'applique aux journées de maladie postérieures à l'échéance des six semaines.* »

Du moment que l'assureur-maladies était chargé des six premières semaines d'incapacité de travail-accident, nous avons dû ne pas accorder d'indemnité de chômage pour les trois premiers jours de cette incapacité, et nous conformer ainsi au régime admis pour l'incapacité-maladie.

23. *Les prestations de l'assurance-accidents* à l'assuré lui-même et à ses parents survivants ont été examinées en détail par le mémoire déjà cité de M. Forrer; notre projet-accidents s'inspire généralement des principes développés dans ce mémoire. L'assureur-accidents garantit (article 27) :

- I. pour toute la durée de la maladie résultant d'accident, dès l'échéance de la sixième semaine, des soins médicaux, des médicaments et une indemnité journalière de chômage des  $\frac{2}{3}$  du gain perdu ;
- II. en cas d'accident entraînant une incapacité de travail permanente, totale ou partielle, une rente viagère annuelle des  $\frac{2}{3}$  de la moins-value de salaire ;
- III. au cas où l'accident détermine le décès de l'assuré, des rentes aux parents survivants et une indemnité funéraire convenable.

Comme dans l'assurance-maladies, la part dont le salaire de l'assuré excédait fr. 7. 50 par jour est négligée, tant pour le calcul des rentes d'invalidité ou de parents que pour celui de l'indemnité de chômage (article 61 accidents).

Les rentes de parents ne peuvent atteindre ensemble plus du 50 % du salaire de l'assuré défunt (article 36 accidents).

On remarquera que l'assurance-accidents couvre aussi les *accidents non-professionnels* ; ce principe était très discuté encore en 1889. La suite du présent message (colonnes 5 et 6 du tableau des pages 371 et 372) montre quelle sera la portée de son admission.

La question de la *propre faute du lésé* est loin de jouer dans notre projet un rôle aussi important que sous le régime de la responsabilité civile ; quant à la *prescription* et à la *déchéance en général*, nous avons reproduit les principes admis sur ces matières dans l'assurance-maladies (article 29, 30 et 48 à 53 accidents). La faute légère de l'assuré est sans préjudice à ses droits ; la faute grave n'a d'influence que sur les prestations en argent et ne peut réduire ces prestations de plus de la moitié. Le seul cas dans lequel l'assureur est déchargé de toutes ses obligations est celui où l'assuré s'est attiré l'accident intentionnellement ou par des actes délictueux ou dolosifs (articles 50 et 51 accidents) ; nos projets divergent dans ce domaine du mémoire de M. Forrer (§ 67, A).

Si l'on tient compte enfin du fait que la responsabilité civile de l'employeur est actuellement limitée à un maximum de six fois le salaire annuel et de 6000 francs (article 6 de la loi du 25 juin 1881), on peut conclure de tout ce qui précède que l'ensemble des prestations de l'assurance-accidents à l'égard du lésé et de ses parents survivants sera beaucoup supérieure aux indemnités fournies jusqu'ici par l'employeur en vertu de sa responsabilité civile.



## V. Couverture des dépenses.

24. Il s'agit maintenant de voir comment on réunira les ressources nécessaires au fonctionnement des deux assurances. La dernière partie du présent message est consacrée entre autres à l'estimation du montant de ces ressources et, quant au système de couverture préférable, nous nous référons au mémoire de M. Forrer, qui contient à ce sujet des développements complets; qu'il nous suffise de dire ici que pour l'assurance-maladies nous avons choisi le système de couverture des arrérages (dit « système de répartition »), tandis que pour l'assurance-accidents nous préférons le système de couverture des capitaux (dit « système des réserves techniques »).

*Entre quelles personnes et suivant quelles proportions répartira-t-on la charge des dépenses? Et tout d'abord, dans quelle mesure les finances publiques doivent-elles être mises à contribution?*

Il ne peut évidemment être question que de la *Confédération*, attendu que les cantons et les communes ne sauraient fournir de subsides proprement dits.

Les premiers projets se bornaient à prévoir que la Confédération supporterait les frais d'installation de l'établissement d'assurance contre les accidents, les frais de l'office fédéral des assurances, des autorités d'arrondissements et des autorités judiciaires en matière d'assurances, et qu'elle fournirait annuellement aux caisses publiques maladies des subsides pour leurs frais d'administration en raison du concours de ces caisses au service de l'assurance-accidents. Ces dispositions, que nous avons conservées en les complétant, se justifient comme suit: c'est la Confédération qui doit supporter les frais d'installation et de fonctionnement des autorités qui la représentent, c'est-à-dire de l'office des assurances, des autorités d'arrondissements et des tribunaux spéciaux aux questions d'assurances. Mais l'office des assurances et les autorités d'arrondissements sont en même temps les organes principaux de l'établissement d'assurance-accidents; on ne saurait donc mettre les frais d'installation et d'administration de cet établissement à la charge des assurés, soit de leurs employeurs, qu'en faisant deux parts de l'activité de l'office et des autorités d'arrondissements: on n'imposerait aux assurés-accidents que les frais de la part concernant l'établissement-accidents, et on ferait supporter par l'état les frais de la part touchant la surveillance des deux assurances en général. L'impossibilité pratique d'une telle répartition nous amène à

statuer que la Confédération supportera *tous* les frais de l'office et des autorités d'arrondissements. — Cela admis, il serait injuste de laisser à la charge des caisses maladies les frais d'administration qu'elles font au nom de l'établissement d'assurance-accidents, en percevant les primes et en distribuant les indemnités-accidents. C'est dire que la Confédération doit rembourser aux caisses-maladies — et faire rentrer dans les frais d'administration de l'établissement fédéral — la plus-value de frais d'administration résultant pour ces caisses du fait qu'elles concourent au service de l'assurance-accidents; à défaut de ce remboursement, il faudrait craindre que les caisses-maladies s'acquittent mal d'un service qui serait pour elles purement onéreux.

Y compris la franchise de port — pour la correspondance des autorités et des caisses d'assurance, et pour les paiements d'indemnités —, les dépenses que les premiers projets mettaient à la charge de la Confédération pour le service des assurances n'auraient pas excédé un million par an.

Bien qu'ils ne prévissent pas le paiement par la Confédération de subsides aux primes et contributions proprement dites des deux assurances, les premiers projets ne méconnaissaient pas le puissant intérêt que la Suisse en général aurait à la réalisation des assurances populaires; mais il était évident qu'une participation effective de la Confédération nécessitait la création pour elle d'une nouvelle source de revenus, et l'on craignait que l'œuvre toute entière n'échouât devant la résistance opposée à l'institution d'un nouvel impôt direct ou indirect.

La commission d'experts se plaça à un point de vue différent:

Les avant-projets soumettant à l'obligation d'être assurés les employés, ouvriers et domestiques *agricoles*, les représentants de l'agriculture déclarèrent énergiquement que ces assurés et leurs employeurs n'étaient pas en mesure de supporter seuls la charge de leurs primes et contributions d'assurances; ils se prononcèrent d'autre part, avec la même énergie, contre la proposition d'après laquelle les ouvriers agricoles seraient laissés en dehors de l'obligation aux assurances, et se contenteraient du régime institué par l'article 341 du code fédéral des obligations. Après de longs débats, la grande majorité de la commission se prononça pour le maintien de l'obligation à l'assurance des ouvriers agricoles, et elle admit en même temps, par 17 voix contre 13, une proposition de M. Göttsheim tendant à ce que la Confédération déchargeât l'agriculteur, en fournissant une partie de ses primes et contributions aux deux assurances.

Dans la discussion du projet-accidents, les avis de la commission divergèrent beaucoup quant à la nécessité d'imposer aux assurés en général la charge d'une part de leurs primes-accidents; mais on fut d'accord pour déclarer que la Confédération devait elle-même participer à ces primes, non seulement en faveur des agriculteurs, mais de tous les assurés.

Nous avons en principe déféré à ces vœux, sans admettre toutefois que la Confédération dût ne faire bénéficier que l'agriculture de subsides aux contributions-maladies. Rien ne prouve en effet que cette classe de notre population ait, plus que d'autres, besoin de ces subsides, et rien dès lors ne légitimerait une mesure ne profitant qu'à une catégorie de personnes tandis que l'ensemble des contribuables en supporterait les frais. Il serait du reste excessivement difficile de distinguer les ouvriers agricoles des autres personnes tenues à l'assurance.

Pour ces divers motifs, nous avons institué des subventions de la Confédération aux primes et contributions de *tous les assurés*; comme on le verra plus loin, les assurés volontaires de nationalité étrangère demeurent seuls exceptés.

25. Quand il s'agit de subsides relativement peu importants ou qui sont accordés par la Confédération à une œuvre dont elle laisse l'initiative et la direction aux cantons ou à des particuliers, il faut préférer le système de la fixation de chaque subside après enquête ou à l'occasion de la discussion du budget. Mais ici, l'on doit *déterminer aussi exactement que possible, dans la loi elle-même*, la valeur des subsides accordés. On ne saurait en effet s'engager dans la voie périlleuse des tâtonnements et des essais, à propos d'une œuvre qui intéressera chaque année la situation économique de plusieurs centaines de mille personnes. Nous avons donc le devoir de fixer par avance la mesure dans laquelle nous comptons intéresser la Confédération à cette œuvre; tout employeur et tout assuré connaîtront de la sorte aussi clairement que possible l'importance des sacrifices que nous leur demandons, soit comme participation aux subsides fédéraux sous la forme d'impôt, soit comme paiement direct de primes ou de contributions.

Pour les *subventions de nature secondaire* — telles que le remboursement par la Confédération d'une part équitable des frais d'administration des caisses-maladies, et telles que des subsides aux institutions de premiers secours aux blessés — le système de la fixation budgétaire est par contre préférable (articles 7, 9 et 10 accidents).

*La participation de la Confédération aux primes de l'assurance-accidents* est relativement facile à déterminer, vu qu'il s'agit d'un assureur unique et dont tous les clients sont des assurés obligés. Le subside de la Confédération doit consister en une fraction de la prime, soit en une part des prestations fournies par l'assurance; il est nécessaire, pour plus de simplicité, d'admettre une *fraction invariable* et nous vous proposons celle du *quart*. Ce système toutefois a deux inconvénients: la prime étant proportionnelle au salaire, les assurés dont le salaire est élevé absorberont en valeur absolue une part des subsides plus grande que les assurés moins payés et qui auraient plus besoin d'être soutenus; la prime croissant aussi avec les risques d'accidents que l'assuré fait courir à l'assureur, les ouvriers des industries dangereuses bénéficieront, à salaire égal, d'une part des subsides plus grande que les autres assurés; cette conséquence est d'autant plus fâcheuse que ces ouvriers touchent généralement déjà, du fait des dangers qu'ils courent, des salaires plus élevés.

Le subside de la Confédération est assez considérable pour *alléger réellement* la prime; il n'enlève toutefois pas à l'établissement assureur son caractère de *caisse mutuelle* réunissant les personnes tenues de payer le reste de la prime.

*La fixation des subsides de la Confédération à l'assurance-maladies* est beaucoup plus délicate; nous n'avons plus affaire à un seul établissement, placé sous la surveillance constante de la Confédération et géré par une autorité qu'elle nomme. Il s'agit au contraire de toute une série de caisses diverses, dans l'administration desquelles les autorités de surveillance doivent intervenir le moins possible; la tendance naturelle de chacune de ces caisses sera de chercher à obtenir de la Confédération les plus importants subsides possible, afin de décharger d'autant ses assurés.

Notre tâche consiste à créer un régime qui soit aussi simple et aussi souple que possible, — et qui exclue tout abus fait des subsides de la Confédération, sans pour cela recourir à des mesures de contrôle coûteuses ou vexatoires. Ici encore, le subside doit constituer un allègement réel des contributions, mais ne pas faire perdre aux caisses leur caractère d'assurance mutuelle.

La solution que nous vous proposons consiste à payer aux caisses, pour chacun de leurs assurés, un subside de *un centime* par jour d'assurance; la Confédération fournira ainsi, par assuré et par an, 3 fr. 65 ou 3 fr. 66. Si ce subside vous paraissait trop élevé, vous pourriez le réduire à 20 ou 10 centimes par mois. Mais un subside mensuel serait très impraticable dans les cas si

nombreux où l'assuré sortirait de la caisse au cours d'un mois, soit pour cesser d'être assuré soit pour entrer dans une autre caisse : si dans ces cas on répartissait le subside mensuel par journées, on se heurterait à des complications exagérées, — et si d'autre part on déclarait le subside mensuel indivisible, on verrait se produire des inégalités et des abus.

Désirant vivement encourager l'assurance volontaire, nous vous proposons d'accorder le « centime fédéral » non seulement aux assurés obligés mais encore aux membres volontaires des caisses publiques ; parmi ces membres, nous n'exceptons pas même ceux dont l'assurance est dite « restreinte », attendu que le centime fédéral représente une partie du prix de prestations auxquelles ont droit dans la même mesure *tous les assurés* : ce sont les soins médicaux, les médicaments et l'indemnité funéraire. Nous ne refusons le centime fédéral qu'aux *membres volontaires étrangers à la Suisse* ; cette exception se justifie d'elle-même.

On voit ici par des faits que notre intention n'a jamais été de « rendre aux caisses libres la vie intolérable » : nous prévoyons le paiement du subside fédéral *aux caisses libres inscrites* pour toutes les personnes qui satisfont auprès de ces caisses à leur obligation d'être assurées (articles 177, 181 et 183 maladies) ; bien plus, nous accordons ce subside *à toutes les caisses libres*, inscrites ou non, pour chacun de leurs assurés de nationalité suisse, à la seule condition que ces caisses garantissent en matière de soins médicaux, de médicaments et d'indemnités funéraires, des prestations égales à celles que le projet impose aux caisses communales (article 177 maladies).

Pour les questions de détail touchant les subsides de la Confédération aux contributions-maladies et aux primes-accidents, on voudra bien se reporter aux articles 67, 68, 139, 177 et 183 maladies, 7 à 11, 60 et 63 accidents.

Pour la première fois, la Confédération aborde une grosse question d'économie sociale en ne se bornant plus — comme pour les lois sur le travail dans les fabriques ou sur la responsabilité civile des fabricants — à établir des prescriptions dont les particuliers supportent tous les frais d'exécution ; aujourd'hui au contraire, la Confédération prélève sur les deniers publics des sommes considérables, pour la réalisation de progrès sociaux que l'initiative individuelle était seule encore à poursuivre. Nous sommes parfaitement conscients de l'importance de ce changement, tout en restant persuadés que notre peuple repousserait une assurance à laquelle la Confédération ne fournirait pas de subsides suffisants. Nous avons eu soin de fixer exactement la nature et l'étendue de ces subsides, afin

d'éviter tout entraînement et toute surprise. Il nous reste à espérer que même ceux dont le caractère nouveau de nos projets heurterait les préventions finiront par se rallier à une institution bienfaisante entre toutes.

26. Pour les dépenses non couvertes par les subsides de l'état, on aura recours aux particuliers directement intéressés. Ceux-ci feront d'une part des versements périodiques et de l'autre des versements uniques; les premiers — qui sont les principaux — portent en matières d'assurances le titre de « *primes* ». Nous avons réservé cette appellation à l'assurance-accidents, et donné aux primes-maladies le nom de « *contributions* » qui est d'usage dans nos caisses actuelles.

Les versements uniques sont représentés par les « *finances d'entrée* », qui ne jouent dans nos projets qu'un rôle effacé: elles ne peuvent être dues que par des membres volontaires. La finance d'entrée découle naturellement de la même source que les contributions et les primes, qui — comme on le verra plus loin — sont fournies; pour les assurés obligés, par leurs employeurs. Les finances d'entrée maladies et accidents de chaque assuré obligé devraient donc être payées par le premier employeur de cet assuré; or ce serait une injustice à l'égard de cet employeur, que l'assuré quitterait peut-être huit jours après — pour travailler durant de nombreuses années chez un autre employeur, qui n'aurait aucune finance d'entrée à payer. Par ce motif, nous interdisons aux caisses publiques maladies et à l'établissement-accidents de percevoir des finances d'entrées pour les assurés obligés. C'est seulement pour les assurés volontaires que les caisses publiques maladies peuvent réclamer cette finance; sa perception et son montant — que nous examinons en détail dans la partie spéciale du présent message — sont du reste soumis à des restrictions telles que le produit total des finances d'entrée ne pourra pas être considérable (articles 32, 33, 34 et 136 maladies).

Revenons maintenant aux *primes* et *contributions*. La valeur de ces versements périodiques doit dépendre des prestations que l'assureur sera tenu de fournir si le risque se réalise, et des chances de cette réalisation du risque; la prime ou contribution est en effet le prix ou l'équivalent des charges de l'assureur, et ces charges sont constituées par l'obligation de fournir une valeur plus ou moins grande dans une éventualité plus ou moins probable. Ces principes ont les deux conséquences suivantes:

1° Partout où nous prévoyons que le montant du salaire de l'assuré aura une influence sur la valeur des prestations des assurances, il convient de prévoir que ce même salaire influera sur la

prime et la contribution; en d'autres termes, la proportionnalité des prestations entraîne la proportionnalité des primes et contributions. Tel est le cas pour les assurés obligés maladies et accidents, dont les indemnités de chômage, les rentes d'invalidité et les rentes aux parents survivants sont proportionnelles au salaire de chaque assuré (articles 50 et 69 maladies, 28, 33, 35 et 56 accidents); tel est le cas aussi pour les membres volontaires-maladies à assurance entière, dont les indemnités de chômage sont également proportionnelles à leurs salaires (articles 50 et 69 maladies). Il n'y aurait par contre aucune raison pour faire varier d'après le salaire la contribution des membres volontaires-maladies à assurance restreinte: aucune prestation due à ces assurés n'est en effet proportionnelle à leurs salaires (articles 49, 63 et 64 maladies), d'où il résulte que leurs contributions doivent être en principe uniformes (article 70).

Pour être absolument exact, il faudrait proportionner les contributions et les primes des membres à assurance entière au salaire *réel* de chaque assuré; mais la nécessité de simplifier le service nous a fait ramener tous les salaires réels à neuf salaires-*types*, en formant neuf *classes de salaires* (article 79 maladies et 61 accidents); ce procédé est parfaitement admissible, pourvu que le salaire-type qui sert de base au calcul des primes et contributions d'un assuré soit aussi employé — comme c'est le cas dans nos projets — à la détermination des prestations fournies à cet assuré (article 79 maladies, 28, 33 et 35, lettre b, accidents).

2° La prime ou contribution doit dépendre des chances plus ou moins grandes que l'assureur court d'avoir à fournir les prestations garanties; ces chances elles-mêmes dépendent de la profession, de l'âge et du sexe de l'assuré, d'où il suit que le prix de prestations identiques devrait varier d'un assuré à l'autre, suivant les circonstances personnelles de chaque assuré.

En pratique toutefois, dans l'assurance-*maladies*, on doit se contenter d'un régime plus simple et par conséquent ne pas tenir compte de la diversité des risques que présentent les assurés; c'est pourquoi nous prévoyons que les caisses publiques maladies ne pourront graduer les contributions de leurs membres obligés ou volontaires à assurance entière que d'après le salaire de ces membres. (articles 69 et 139); il n'est fait exception à cette règle qu'en ce qui touche les assurés travaillant dans une exploitation qui présente des *risques particulièrement grands*: on peut tenir compte de ces risques en élevant la contribution jusqu'au triple de son montant normal (article 76). Nous avons vu plus haut que la contribution des membres volontaires à assurance restreinte ne doit pas être proportionnée à leur salaire, vu que ce salaire n'a aucune influence sur le montant des prestations auxquelles ces membres ont droit;

par contre et à titre d'expérience exceptionnelle, nous prévoyons que la caisse pourra être autorisée à faire varier la contribution de ses membres volontaires à assurance restreinte d'après les risques qu'ils présentent, c'est-à-dire d'après leur âge, leur sexe, leur profession, etc. (article 70).

Dans l'assurance-accidents, la diversité des chances de sinistres auxquelles les assurés sont exposés a une importance beaucoup plus grande pour l'assureur que dans l'assurance-maladies. Toutefois, pour simplifier le service, on néglige de tenir compte de l'âge et du sexe de l'assuré et l'on ne s'arrête qu'à la principale des circonstances qui influent sur le risque, savoir la *profession*. Les diverses professions sont donc rangées, suivant les risques qu'elles présentent, en un *tableau des risques* (article 57 accidents) et, de même que nos projets ramènent les salaires réels à un certain nombre de salaires-types, on groupera les différents risques en un certain nombre de risques-types soit de *classes de risques*.

La diversité des risques totaux entre les assurés est atténuée par le fait que l'assurance comprend aussi les accidents non-professionnels, dont les risques sont moins différents d'un assuré à l'autre que les risques d'accidents professionnels. La colonne 5 du tableau reproduit aux pages 371 et 372 ci-dessous montre que la diversité entre les risques totaux est cependant encore très grande.

Il est évident que la graduation des primes d'après le risque de chaque classe de professions compliquera le service de l'assurance-accidents; mais, en ne faisant pas de différence et en admettant pour tous les assurés une sorte de risque moyen uniforme, on déchargerait les assurés de professions dangereuses au détriment de ceux de professions moins exposées. Au nombre des professions lésées par ce système se trouveraient celles qui relèvent de la « petite industrie »; celle-ci est en effet relativement peu dangereuse, car elle ne dispose pas de capitaux d'exploitation permettant de travailler avec des moteurs et des machines de toutes sortes. Les industries qui occupent un grand nombre de femmes seraient de même lésées, vu que les risques d'accidents sont en moyenne beaucoup moindres chez les femmes que chez les hommes: durant les trois années auxquelles s'est étendue la statistique suisse des accidents, la proportion des accidents des femmes et des hommes travaillant au compte d'autrui a été de 1 % pour les femmes et de 12 % pour les hommes; les professions dans lesquelles les femmes se trouvent en majorité sont toutes des professions peu dangereuses, et la statistique des accidents montre que les 50 % des femmes travaillant au compte d'autrui appartiennent à des professions dont les risques d'accidents sont inférieurs à la moyenne (professions n° 21 à 37



du tableau des pages 371 et 372 ci-dessous). Ce serait mal inaugurer une œuvre de progrès social que de charger injustement la petite industrie et les professions qui occupent des femmes. D'autre part, le système de la différenciation des risques est strictement équitable et n'a dès lors nullement pour but ou pour conséquence d'aggraver la situation des industries dangereuses; il créera entre les diverses industries une émulation excellente, dans le sens de la vulgarisation et de l'application toujours plus consciencieuse de procédés destinés à *prévenir les accidents*.

Si l'on renonçait à une différenciation des risques, il faudrait biffer d'emblée — comme inapplicable — la disposition de notre projet (article 21 accidents) qui prévoit l'organisation d'assurances volontaires accidents; ces assurances en effet seraient désastreuses pour l'établissement, auquel elles n'attireraient que de mauvais risques.

En résumé, la graduation des primes-accidents d'après les risques est nécessaire, et l'on ne saurait se borner — comme dans l'assurance-maladies (article 76) — à tenir compte de risques particulièrement grands.

**27.** *Comment doit-on répartir entre les intéressés la charge des primes et contributions non fournies par la Confédération ?*

Les assurés volontaires maladies devront évidemment payer et supporter eux-mêmes l'entier de leurs contributions (article 73 c). Il en sera de même — quant à leurs contributions et à leurs primes — pour les personnes dont l'obligation à l'assurance-maladies et accidents sera le fait d'une décision de leur canton ou de leur commune de résidence (articles 6, 7 et 73, b, maladies, et 66, b, accidents).

Mais qui devons-nous reconnaître comme débiteurs des primes et contributions des personnes tenues aux assurances-maladies et accidents en vertu de l'article 1 maladies ? De tout ce qui a été dit plus haut de l'origine et de la nature de ces assurances, il résulte que les charges doivent se répartir entre l'employeur de l'assuré et ce dernier; mais quelles seront les proportions de cette répartition ? Dans l'assurance-accidents, qui remplace la responsabilité civile de l'employeur, il est naturel que ce dernier supporte la totalité ou la plus grande partie de la prime. Théoriquement sans doute, la part de prime équivalent à l'assurance des accidents non-professionnels — jusqu'ici exclus de la responsabilité civile — devrait incomber à l'assuré lui-même; mais, en pratique, la distinction de cette part de  $\frac{1}{8}$  ou  $\frac{1}{10}$ , et le fait de donner à l'employeur le droit de la retenir sur le salaire, auraient quelque chose

de mesquin. Le taux de primes moyen-accidents sera du 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, ainsi qu'on le verra plus loin, et le salaire de la classe moyenne atteindra 3 francs ; pour un mois de 25 jours ouvrables, la prime sera donc de 25 fois 6 centimes soit fr. 1. 50. La retenue de  $\frac{1}{8}$  ou  $\frac{1}{10}$  à exercer par l'employeur atteindrait dès lors 18 ou 15 centimes, soit 9 ou 7 centimes à chaque paye de quinzaine ! L'Autriche prévoit une retenue de  $\frac{1}{10}$ , mais en pratique la plupart des employeurs ne retiennent rien (voir l'*Arbeiterschutz*, revue socialiste de Vienne, année 1891, page 91) ; il en résulte naturellement que ceux qui opèrent la retenue passent pour avarés ou hostiles à la classe ouvrière.

Dans la commission d'experts, ce sont principalement les représentants de l'industrie qui ont demandé que les assurés supportent une part quelconque des primes de leur assurance-accidents. Nous savons que ce vœu n'était pas dicté par un sentiment d'étroite parcimonie, mais par l'idée d'intéresser les ouvriers à la prévention des accidents. Or nous ne croyons pas que l'imposition aux assurés d'une part des primes soit nécessaire pour atteindre ce résultat : chaque assuré sait qu'en cas d'accident il ne recevra que les  $\frac{2}{3}$  du salaire perdu, sans compter qu'il devra supporter seul les douleurs physiques causées par sa lésion ; normalement il a donc déjà intérêt à ce que l'accident ne se produise pas. Et si cet intérêt ne suffit pas à dissuader l'assuré de s'exposer volontairement à un accident, le fait de lui imposer  $\frac{1}{8}$  de la prime sera lui-même impuissant. Au point de vue de la prévention des accidents, l'imposition d'une part de la prime à l'assuré nous paraît donc un moyen superflu ou bien inefficace.

Dans l'assurance-*maladies* par contre, il serait évidemment injuste que l'employeur dût supporter l'entier des contributions. Il convient de lui demander le prix de l'assurance des maladies résultant d'un accident, et des maladies proprement dites causées par l'exploitation de son entreprise, vu qu'il était jusqu'ici responsable de ces cas ; mais pour toutes les autres maladies — et ce sont les plus nombreuses — il est naturel que l'ouvrier, jusqu'ici seul atteint par ces cas d'incapacité de travail, supporte au moins une part de leur assurance. Du reste, en déchargeant les assurés de toutes contributions-maladies après les avoir dispensés de toutes primes-accidents, on n'élèverait certainement pas la situation morale de la classe ouvrière, et on ne conserverait plus aucun motif pour remettre aux assurés eux-mêmes l'administration des caisses-maladies, ainsi que les cercles ouvriers le désirent avec raison.

Nous vous proposons donc de *répartir la contribution-maladies entre l'employeur et l'assuré*, et la considération suivante nous engage à prévoir une répartition *par égales portions*.

L'article 341 du code fédéral des obligations statue que l'employeur continue à devoir sa rémunération à l'assuré malade « pendant un temps relativement court »; on peut en pratique estimer à trois semaines la durée maximum de ce temps. Si, au lieu d'organiser l'assurance-maladies, nous déclarions — comme on l'a proposé à la commission d'experts — l'article 341 du code des obligations applicable à tous les louages de services, tout employeur répondrait des maladies de ses employés durant trois semaines. En comparant maintenant la charge résultant des trois premières semaines de toutes les maladies d'employés à la charge totale de ces maladies durant un an dès leur début, on obtient un rapport de 49 %, soit près de  $\frac{1}{2}$  (tableau I f, page 92, du mémoire sous n° 7 des publications officielles); c'est dire que si l'employeur assurait la responsabilité résultant pour lui de l'article 341 C. O., il devrait payer en primes une somme à peu près égale à celle dont l'employé serait chargé en assurant à ses propres frais ses maladies de la quatrième à la cinquante-deuxième semaine de leur durée. Une égale répartition des contributions-maladies entre employeur et assuré se justifie donc par le régime actuellement fondé sur l'article 341; il est dès lors inexact de prétendre que des motifs de nécessité ou d'intérêt public soient seuls à permettre l'imposition à l'employeur d'une part des contributions-maladies.

Si l'on envisage dans leur ensemble les *charges des assurances-maladies et accidents*, on trouve que la part non supportée par la Confédération incombe pour  $\frac{2}{3}$  environ aux employeurs et pour  $\frac{1}{3}$  aux assurés (voir le dernier chapitre du présent message).

28. La Confédération, les employeurs et les assurés ne sont pas seuls intéressés passivement aux assurances maladies et accidents; nous établissons encore des *dispositions garantissant aux assureurs un paiement effectif et régulier des contributions et des primes*.

Pour les assurés volontaires, la garantie du paiement des contributions réside dans le droit d'expulser les retardataires obstinés (articles 39, c, et 136, alinéa 4, maladies).

Pour les personnes dont l'obligation à l'assurance résulte d'une décision du canton ou de la commune d'assurance dans lesquels ils résident, nous rendons cette commune garante du paiement des primes et contributions (articles 75 maladies et 67 accidents); cette garantie est constituée par le fait que « la *commune d'assurance* est tenue, sous réserve de recours contre le débiteur, de payer les primes et contributions en retard de toute personne assurée en vertu des articles 6 ou 7 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies »; le droit de recours contre le débiteur aura en pratique peu

de valeur. Comme la commune d'assurance n'est pas une personne civile mais uniquement une entité géographique, les caisses-maladies et l'établissement-accidents n'auraient aucun moyen de droit pour contraindre cette commune de remplir ses obligations ; nous devons par conséquent rendre les *cantons* responsables des communes d'assurance de leurs territoires (articles 13, alinéa 3, maladies et 67, alinéa 2, accidents). Les cantons devront peut-être payer de ce fait des sommes considérables, mais il leur sera facile de se faire rembourser par les *communes politiques* dont seront formées les communes d'assurance renitentes. Il appartiendra du reste aux cantons (article 13 maladies) de prendre les mesures qu'ils jugeront convenable pour que les communes d'assurance de leurs territoires n'étendent pas l'obligation à l'assurance, en application de l'article 6 maladies, sans être en mesure de faire face aux obligations découlant pour elles de cette extension.

Pour les personnes tenues à l'assurance en vertu de l'article 1 maladies, nous recourons à la garantie de leurs employeurs, — dans ce sens que ces derniers devront verser l'entier des contributions-maladies, quitte à en retenir la moitié au maximum sur le salaire des assurés (articles 73, a, 74 et 139 maladies).

Les paiements des employeurs eux-mêmes sont en quelque sorte garantis par l'introduction de dispositions qui complètent, en faveur des assureurs, la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889 : ce sont les articles 83, 140, 141, 142 maladies et 70 accidents.

Nous veillons enfin à ce que les déficits des caisses publiques maladies puissent être couverts sans être portés à comptes nouveaux (articles 87 et 139, alinéa 4, maladies).

Afin de limiter les charges des personnes tenues à contributions — et pour que ces personnes sachent par avance quelles dépenses elles doivent prévoir dans leur budget industriel ou privé sous le titre « assurance-maladies » —, nous établissons un *taux maximum de contributions entières* pour les caisses communales et d'entreprises (articles 71 et 139 maladies). D'après les calculs de personnes expertes en cette matière, ce taux maximum devrait être fixé à environ  $4\frac{1}{2}\%$  ; si nous adoptons  $4\%$ , c'est dans l'espoir que les communes d'assurance et les chefs des entreprises dotées de caisses particulières s'intéresseront réellement à l'assurance-maladies. Pour les *contributions restreintes* — à propos desquelles on ne saurait parler de « taux », puisqu'elles n'accusent aucune proportionnalité — nous prévoyons un *montant maximum égal* au montant par mois de la contribution entière des assurés de la plus basse classe de salaires (articles 71 et 139 maladies) ; cette

fixation d'un maximum augmente les chances de déficits des caisses et nous oblige doublement à prévoir la couverture de ces déficits.

Nous instituons donc des fonds de réserve et nous autorisons des associations de fonds, tout en permettant le report à comptes nouveaux d'une part plus ou moins grande de déficits considérables (articles 85, 87, 139, alinéas 1 et 4, et 150 à 153 maladies); la commune d'assurance est chargée en dernière ligne de couvrir les déficits de la *caisse communale* et le canton, pour les motifs que nous indiquions plus haut, répond de l'exécution de cette obligation (articles 87, *d*, et 13 maladies). Comme les communes d'assurance et les cantons peuvent devoir de ce fait payer des sommes considérables, on est fondé à espérer qu'ils accorderont aux caisses publiques maladies un bienveillant intérêt, et il est juste de donner aux communes d'assurance une part importante d'influence dans l'administration des caisses communales (voir dans ce sens les articles 90, 95, 100, 106, 107, 116, 118 et 123 maladies). Dans les *caisses d'entreprises*, cette part d'influence et la responsabilité qui en est l'origine appartiennent à l'employeur chef d'entreprise (voir entre autres les articles 129 et 143 maladies).

Le système de couverture des dépenses établi en matière d'*assurance-accidents*, de même que l'étendue du champ d'opérations de l'établissement, ne permettent pas de combler ici les déficits comme dans l'assurance-maladies. Lorsque les résultats d'un exercice auront été défavorables, on se contentera d'augmenter les taux de primes pour l'avenir; il ne peut dès lors être question d'établir sur ce point des maxima.

29. Résumant les deux paragraphes qui précèdent, nous pouvons dresser le tableau suivant de la situation des divers débiteurs de primes et de contributions :

### I. Débiteurs principaux, sans droit de recours :

#### a) *La Confédération*, pour :

- 1° les frais d'installation et d'administration de l'établissement-accidents (article 7 accidents);
- 2° une part équitable des frais d'administration des caisses-maladies (article 9 accidents);
- 3° un centime par jour et par assuré-maladies (articles 68, 139, 177 et 183 maladies);
- 4° le quart des primes-accidents (article 8 accidents).

#### b) *L'assuré volontaire*, pour sa finance d'entrée et l'entier de ses contributions-maladies (articles 32 et 73, *c*, maladies).

- c) *L'assuré obligé en vertu des articles 6 ou 7 maladies*, pour l'entier de ses contributions-maladies et de ses primes-accidents (articles 73, *b*, maladies et 66, *b*, accidents).
- d) *L'employeur*, pour l'entier des primes-accidents et la moitié des contributions-maladies de ses employés obligés à l'assurance (articles 66, *a*, accidents et 73, *a*, et 74 maladies).
- e) *L'assuré obligé en vertu de l'article 1 maladies*, pour la moitié de ses contributions-maladies (article 74 maladies).

## II. Débiteurs secondaires, soit répondants :

- a) *L'employeur*, pour la part des contributions-maladies incombant à l'assuré obligé qu'il occupe (article 73, *a*, maladies).
- b) *La commune d'assurance*, pour
  - 1° les contributions-maladies et les primes-accidents incombant à l'assuré obligé en vertu des articles 6 ou 7 maladies (articles 75 maladies et 67 accidents).
  - 2° les déficits de la caisse communale (article 87, *d*, maladies).
- c) *Le canton*, pour les obligations des communes d'assurance de son territoire (articles 13 maladies et 67 accidents).
- d) *L'employeur chef d'entreprise*, pour les déficits de la caisse d'assurance de son entreprise (article 139, alinéa 4, maladies).
- e) *Le représentant de l'assuré volontaire dépourvu de capacité civile*, pour les contributions-maladies de cet assuré (article 73, *d*, maladies).

## VI. Les autorités d'assurances.

30. Chacun reconnaîtra qu'il faut soumettre les organes-assureurs à une certaine *surveillance*. Mais celle-ci doit-elle être exercée *par la Confédération ou par les cantons* ?

En soi-même, nous serions très désireux d'admettre la seconde alternative, car nous ne ressentons aucune aspiration à créer des fonctions fédérales nouvelles; nous aurions aussi été heureux que l'institution de nos assurances populaires ne fournisse pas l'occasion de nouveaux débats sur la juste délimitation à établir entre les compétences fédérales et cantonales. Mais, après mûr examen, nous avons dû nous convaincre qu'il est nécessaire de remettre à la Confédération la surveillance du service des assurances populaires.

Personne n'a encore contesté — car les avis sont sans doute unanimes à cet égard — que l'établissement d'assurance contre les

*accidents* ne dût être dirigé et administré par un pouvoir unique, au même titre que les postes, les télégraphes, les téléphones et les douanes, et que ce pouvoir — tant en ce qui concerne le siège central de l'établissement que ses diverses agences — ne dût être la Confédération. Comme dans les autres domaines que nous venons de rappeler, on répartira le territoire de la Suisse de la manière la plus conforme au bien de l'institution, tout en tenant compte dans la mesure du possible des frontières cantonales et tout en évitant de scinder sans nécessité le territoire d'un canton. Mais on ne saurait vouloir absolument qu'à chaque canton corresponde un arrondissement d'assurance, de même que Schaffhouse par exemple ne prétend pas former à lui seul un arrondissement postal ni Appenzell Rh.-int. un arrondissement de télégraphes.

La nécessité d'une administration fédérale étant admise pour l'assurance-accidents, on constate que la remise aux cantons de la surveillance en matière d'assurance-*maladies* créerait un dualisme bizarre entre deux institutions que leur nature tendrait à faire rapprocher. Le souci de la prospérité de nos assurances populaires nous impose le devoir d'éviter absolument ce dualisme, qui serait désastreux pour chacune des deux branches et, qui donne ailleurs des résultats déplorables; c'est ainsi qu'en Allemagne l'assureur-accidents et l'assureur-maladies ont entre eux de perpétuels frottements, dont l'assuré malade est le premier à subir les conséquences.

On a crû pouvoir faire aux projets que nous vous soumettons le reproche d'instituer trop de nouvelles fonctions et de compliquer inutilement le service des assurances. Si cette critique était fondée, à combien plus forte raison serait-il inopportun de créer encore un second réseau d'autorités de surveillance. Or la Confédération fournit aux assurances d'importants subsides; on ne peut donc pas lui demander de renoncer à faire surveiller — par des employés qui soient responsables vis-à-vis d'elle — le calcul et l'emploi de ces capitaux. Du reste, à supposer même que les cantons soient en principe chargés de la surveillance de l'assurance-maladies, il serait nécessaire d'instituer un droit de recours contre les décisions des autorités cantonales de surveillance: la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande le reconnaît elle-même en proposant à l'article 13 de ses « principes » (page 150 ci-dessus) qu'il soit créé « pour la Confédération une autorité supérieure de surveillance des caisses officielles et des sociétés d'assurance contre la maladie »

Tels sont les motifs pour lesquels nous vous proposons de remettre à la Confédération la surveillance des deux branches d'assurance, tout en statuant que dans la délimitation des arrondis-

sements de surveillance on tiendra compte autant que possible des frontières cantonales (articles 11, 174 et 175 maladies).

31. Le principe d'une surveillance commune des deux branches étant admis, il devient aisé d'organiser cette surveillance; elle est exercée d'après nos projets par un *office fédéral des assurances* et par des *autorités d'arrondissements*; ces organes jouent en même temps le rôle de directeur et d'agents de l'établissement-accidents (articles 174, 154 maladies et 12 accidents).

Au point de vue géographique, la Suisse est divisée en *arrondissements d'assurance* et en *communes d'assurance*. Cette division ne modifie en rien la répartition politique du territoire et n'implique aliénéation d'aucun droit par les cantons.

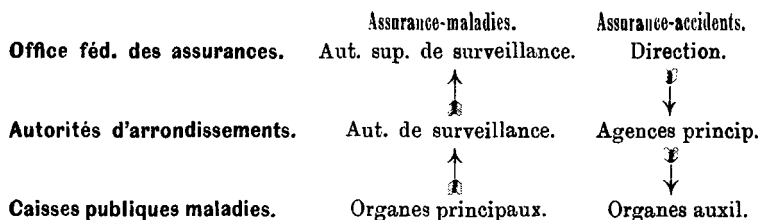
Pour la *délimitation des communes d'assurance* composant un arrondissement d'assurance établi par la Confédération, on peut procéder de deux manières différentes: 1° laisser le soin de cette délimitation au canton, une commune d'assurance ne devant pas emprunter le territoire de plusieurs cantons, et réserver l'approbation de la Confédération; cette dernière verrait que la commune réunisse le nombre voulu d'habitants et que la répartition du territoire en arrondissements soit respectée: supposons par exemple que la Confédération ait divisé le canton de Berne en plusieurs arrondissements d'assurance, dont l'un comprenne la commune politique de Frauenkappelen et un autre celle de Bümplitz; le canton ne saurait réunir Frauenkappelen et Bümplitz en une même commune d'assurance. — 2° charger la Confédération de délimiter les communes d'assurance, sur le préavis des cantons intéressés.

Dans l'un et l'autre cas, c'est la Confédération qui aura le dernier mot et, comme il est nécessaire que les arrondissements et les communes concordent, nous vous proposons de faire délimiter les communes par la même autorité que les arrondissements; cette question est du reste secondaire.

Nous plaçons l'office fédéral des assurances sous la surveillance du conseil fédéral, en réservant aux chambres fédérales la haute surveillance du service des assurances-maladies et accidents, et le droit d'établir le budget et d'approuver les comptes annuels de l'établissement-accidents (constitution fédérale, article 86, chiffres 10 et 11; projet maladies, article 175, et accidents, article 74).

Le système proposé et que résume le graphique suivant réalise cette harmonie si désirable entre les assurances maladies et accidents, et nous permet de recourir avec confiance aux caisses-maladies pour certaines parties du service de l'assurance-accidents:





32. Les autorités que nous instituons sont : 1° *l'office fédéral des assurances*, 2° *les autorités d'arrondissements* et 3° *le conseil des assurances*, adjoint à l'office fédéral.

On a déjà vu quelle sera la tâche principale de l'office et des autorités d'arrondissements ; ces organes auront en outre à trancher les recours administratifs auxquels donnera lieu la création ou la gestion de caisses publiques maladies (articles 162 et 174, alinéa 3). Les décisions d'une autorité d'arrondissement pourront toujours provoquer un recours à l'office des assurances, tandis qu'il n'y aura recours de cet office au conseil fédéral que dans les cas expressément prévus par la loi (article 174, alinéa 3, et 175, alinéa 3, maladies) ; nous avons établi cette limite afin de ne pas augmenter à l'excès le travail remis au conseil fédéral.

Les autorités d'arrondissements et l'office des assurances ont en outre des pouvoirs disciplinaires et pénaux, qui complètent ceux des directions de caisses publiques maladies. Il y a recours des directions aux autorités d'arrondissements, de celles-ci à l'office des assurances et de l'office — pour les affaires relevant de l'assurance-accidents — au conseil fédéral ; mais nous ne prévoyons jamais que double instance, c'est-à-dire qu'une décision ne peut être portée que devant l'autorité immédiatement supérieure, qui juge sans appel. Les prononcés pénaux de l'office fédéral, en matière d'assurance-maladies, sont définitifs (articles 185, 186, 189, 190, 192 maladies, 82 et 88, alinéa 2, accidents).

Le conseil des assurances assiste l'office fédéral comme autorité consultative, principalement en matière d'assurance-accidents (article 15 accidents) ; ses décisions ne constituent que des préavis.

33. *La composition des autorités d'assurances et le mode de leur élection* résultent de la nature de ces autorités.

*L'office des assurances* comprend un directeur, des adjoints et les employés nécessaires ; ces fonctionnaires fédéraux sont nommés par le conseil fédéral, attendu qu'un autre mode d'élection ne serait guère possible (article 172 maladies).

Pour le *conseil des assurances*, il convient de ne poser dans la loi que des principes généraux, afin de pouvoir tenir compte plus tard des expériences faites et des besoins nouveaux ; nous nous bornons donc à statuer que ce conseil comprendra le directeur et les adjoints de l'office fédéral, ainsi que d'autres membres que le conseil fédéral nommera et dont il déterminera le nombre dans la limite de six à seize. Trois au moins de ces membres doivent être des employeurs tenus à payer des primes et contributions, et trois au moins des assurés obligés (articles 13 et 14 accidents).

L'organisation des *autorités d'arrondissements* — abstraction faite des tribunaux arbitraux, dont nous parlerons au chapitre suivant — présente plus de difficultés :

L'avant-projet soumis à la commission d'experts prévoyait que l'autorité d'arrondissement comprendrait un administrateur, un ou plusieurs médecins d'arrondissement et le nombre nécessaire d'employés ; toutes ces personnes étaient réputées fonctionnaires fédéraux. Cependant, au sein de la commission d'experts, on a fait valoir qu'il était contraire à nos principes de droit public de remettre à un fonctionnaire unique le soin d'approuver les statuts, les rapports et les comptes annuels des caisses publiques maladies, ainsi que le droit de trancher les contestations administratives intéressant ces caisses ; on proposait d'accorder ces compétences à une autorité composée de plusieurs personnes, à l'instar de ce qui a lieu pour certains organes politiques cantonaux. Par contre, pour le service spécial de l'autorité d'arrondissement comme agence de l'établissement-accidents, la commission unanime préférait un fonctionnaire unique.

Nous avons tenu compte de ces observations en modifiant l'organisation des autorités d'arrondissements. Ces dernières se distinguent aujourd'hui en « autorités administratives d'arrondissements » et en « conseils d'arrondissements. »

L'*autorité administrative* est un organe permanent qui comprend : l'administrateur d'arrondissement, un ou plusieurs médecins d'arrondissement et un ou plusieurs employés ; cette autorité remplit le rôle d'agence de l'établissement fédéral accidents, elle surveille les caisses-maladies ou de secours, elle exerce à ce titre des pouvoirs disciplinaires ou pénaux et elle exécute les ordres de l'office fédéral des assurances. L'autorité administrative est tout naturellement nommée par le conseil fédéral (articles 155 et 156 maladies).

Le *conseil d'arrondissement*, au contraire, constitue avant tout une première instance pour les contestations d'ordre administratif intéressant les caisses publiques maladies ; il statue sur l'approbation des statuts, des rapports et des comptes annuels de ces cais-

ses. Les membres de ce conseil, à la différence de ceux de l'autorité administrative, doivent être les représentants et les hommes de confiance des intéressés de l'arrondissement; ils doivent en quelque sorte former un contre-poids à l'influence exercée par l'office fédéral et par l'autorité administrative, et faire valoir les intérêts de la population. Nous donnons dès lors au conseil d'arrondissement la forme d'un collège de cinq personnes comprenant deux membres effectifs, deux membres suppléants et l'administrateur d'arrondissement, comme président. Ce conseil n'est pas une autorité permanente et ne siège que suivant les besoins; ses membres — choisis parmi tous les électeurs suisses résidant dans l'arrondissement — ne sont pas réputés fonctionnaires (articles 157, 158, 161 et 162 maladies).

Le caractère spécial que doit revêtir le conseil d'arrondissement empêche de remettre l'élection de cette autorité au conseil fédéral; il ferait préférer une élection par les membres des caisses publiques et libres maladies, et par les employeurs tenus de payer les primes et contributions; on pourrait réunir par arrondissements toutes ces personnes en une seule assemblée, ou prévoir deux assemblées distinctes, à l'imitation des assemblées d'assurés et d'employeurs des caisses publiques.

En pratique cependant, cette élection par les assurés et par leurs employeurs présenterait les mêmes difficultés que celles mentionnées aux pages 183 à 185, à propos de la participation des intéressés à l'administration de l'établissement-accidents; ces difficultés s'augmenteraient encore du fait que les communes d'assurance devraient pouvoir participer à l'élection. Par ces motifs, nous avons renoncé à l'idée de remettre l'élection des conseils d'arrondissements exclusivement aux assurés, à leurs employeurs et aux communes, et nous prévoyons la nomination de ces conseils *par le peuple*. Plus nos caisses d'assurance auront de membres, plus le système de l'élection populaire se rapprochera de celui de l'élection par les intéressés proprement dits.

L'élection populaire des conseillers d'arrondissements est aisée à organiser, vu qu'on peut lui appliquer — moyennant quelques modifications prévues par l'article 157 maladies — la loi fédérale du 19 juillet 1872, sur les élections et votations fédérales.

Le système que nous vous proposons est encore inconnu dans notre droit public fédéral: le peuple, jusqu'ici, n'était pas appelé à élire des autorités fédérales de l'ordre administratif.

La constitutionnalité de cette innovation ne saurait être contestée. En statuant que le conseil fédéral « fait les nominations qui ne sont pas attribuées à l'assemblée fédérale ou au tribunal fédé-

ral ou à une autre autorité », l'article 102, chiffre 6, de la constitution n'entend nullement que des fonctionnaires fédéraux ne puissent être élus que par une « autorité » proprement dite ; s'il en était ainsi, il serait également inconstitutionnel de remettre à un « canton » le droit de nommer tel fonctionnaire fédéral, attendu qu'un canton est aussi peu que le « peuple » une « autorité » au sens strict de ce mot. Le terme d'« autorité » doit donc être pris dans l'acception plus générale de « corps électoral ».

Quant à son caractère politique, l'innovation dont il s'agit nous paraît très heureuse. Depuis 1848, la Confédération a créé toute une série d'autorités et d'établissements de nature commerciale ou industrielle ; on a statué constamment et sans hésiter que les membres de ces autorités et les personnes occupées dans ces établissements seraient nommés par les autorités fédérales supérieures, soit généralement par le conseil fédéral. Ce système a le défaut de dénier au peuple toute compétence touchant ces élections, sauf l'influence très indirecte que le citoyen peut exercer sur l'assemblée fédérale ou sur le conseil fédéral en nommant les conseillers nationaux et, dans quelques cantons, des membres du conseil des états. Il résulte nécessairement de ce fait que les fonctionnaires fédéraux perdent le contact avec le public et ne jouissent pas, quelle que soit la conscience qu'ils mettent dans l'accomplissement de leur tâche, de toute la popularité désirable. Nous ne croyons pas qu'il serait utile de changer subitement et complètement le système admis ; mais il nous paraît indiqué d'introduire sur le point spécial qui nous occupe un mode d'élection nouveau, d'autant plus qu'il s'agit d'une autorité fédérale en rapports permanents avec le public, dont elle sera chargée de représenter les intérêts.

En remettant au peuple l'élection des conseils d'arrondissements, nous élevons la situation morale des conseillers et nous augmentons encore l'intérêt du public pour nos assurances populaires ; quand un conseil d'arrondissement refusera d'approuver les comptes annuels ou les statuts d'une caisse, on n'aura plus de prétexte pour crier à l'arbitraire bureaucratique, puisque cette décision aura été prise par les élus de ceux qu'elle concernera.

L'administrateur d'arrondissement lui-même ne saurait être nommé par le peuple, vu qu'il exerce — en dehors de son activité comme conseiller d'arrondissement — des fonctions pour lesquelles il convient de prévoir une élection par le conseil fédéral.

La diversité des systèmes d'élection des administrateurs et des conseillers d'arrondissements nous paraît non seulement admissible, mais heureuse. Elle n'empêchera pas que la responsabilité de ces

personnes soit de même nature, les conseillers d'arrondissements étant expressément soumis, vis-à-vis de la Confédération, à la même responsabilité que des fonctionnaires fédéraux (article 158 maladies).

Le fait de remettre aux *cantons* l'élection des conseillers d'arrondissements ne serait justifié que si l'on statuait en même temps que dans chaque canton cette élection dût se faire au suffrage populaire. Pour un canton composant seul et avec tout son territoire un arrondissement d'assurance, ce système ne se distinguerait pratiquement en rien d'avec celui que nous vous proposons; pour un canton composant seul plusieurs arrondissements, la seule différence consisterait dans le fait que l'élection serait ordonnée par ce canton et non par la Confédération, ou que les électeurs de tout le canton nommeraient en commun les conseillers des divers arrondissements du canton; enfin, pour les arrondissements empruntant le territoire de plusieurs cantons, il faudrait répartir entre les cantons le nombre des conseillers à élire, ce qui obligerait souvent à sacrifier tel canton au profit de tel autre. Nous ne voyons aucune raison pour créer ce mécanisme artificiel et imparfait, dans un domaine auquel les cantons se sont peu intéressés jusqu'ici et dont le développement ne préjudicie en rien à leurs droits.

## VII. Service judiciaire.

34. Les assurances que nos projets organisent donnent naissance à toute une série de rapports de droit, dont les uns relèvent du droit public et les autres du droit privé. Les contestations portant sur des rapports de droit privé doivent être tranchées par un *judge*, c'est-à-dire par une personne impartiale et désintéressée. La voie judiciaire s'impose non seulement pour les contestations entre l'assureur et une personne quelconque, à propos de rapports étrangers au service même de l'assurance, mais on doit y recourir aussi dans les contestations portant directement sur ce service. Voici des exemples de ces deux genres de contestations : 1° Une caisse communale a acquis un immeuble à la propriété duquel un tiers prétend, ou bien l'établissement-accidents a acheté du matériel sanitaire et refuse d'en prendre livraison ensuite de défaut de la marchandise. 2° Une caisse communale ou bien l'établissement-accidents repoussent les demandes d'indemnités d'un assuré en prétendant qu'il s'est intentionnellement attiré sa maladie ou sa lésion.

Nous excluons toutefois la voie judiciaire pour les contestations portant sur :

- 1° la réalité de l'obligation à l'assurance de telle personne ou de telle catégorie de personnes (article 8 maladies);
- 2° le montant des subsides de la Confédération (article 68, alinéas 4, maladies et 10 accidents);
- 3° la dispense de l'impôt en faveur des caisses publiques maladies ou de l'établissement fédéral accidents (articles 18, alinéa 3, maladies et 4, alinéa 3, accidents).

Toutes les autres contestations de droit privé relèvent du service judiciaire et sont visées aux articles 164, 184 maladies et 80 accidents; convient-il de les soumettre au *juge ordinaire* ou d'établir une *juridiction spéciale*?

En principe, nous sommes peu partisans de juridictions spéciales, pour ainsi dire parallèles à la juridiction ordinaire, et qui sèment souvent la confusion et l'insécurité plutôt qu'elles ne facilitent l'administration de la justice; mais dans le cas très particulier qui nous occupe, l'institution d'un juge spécial en matière d'assurance-maladies nous paraît désirable.

35. Examinons tout d'abord le service judiciaire de l'assurance-accidents. Un des motifs pour lesquels nous voulons abolir le régime de la responsabilité civile des employeurs est précisément le fait que ce régime donne lieu à des contestations fréquentes et à des procès qui se prolongent devant deux ou même trois instances. A ce point de vue aussi, l'assurance doit constituer pour les intéressés un meilleur régime que la responsabilité, grâce à un service judiciaire rapide en même temps que sûr; les contestations ne sauraient donc relever que *d'une seule instance*.

La juridiction en matière d'assurance-accidents ne peut pas être remise à divers tribunaux déjà existants, mais doit appartenir à *un seul tribunal*. Dans toutes les contestations en effet, l'établissement fédéral d'assurance est l'une des parties; or il n'est pas admissible que cet établissement soit appelé aujourd'hui devant tel tribunal et demain devant tel autre, au risque de voir, dans deux causes identiques, rendre par des tribunaux différents des jugements contradictoires. Etant données les facilités toujours croissantes des communications, rien n'empêche de remettre toutes les affaires d'assurance-accidents à un seul tribunal.

Le rédacteur de nos projets proposait de créer à cet effet un *tribunal spécial*, dit « tribunal fédéral des assurances ». Trois des membres de cette autorité auraient été nommés par l'assemblée fédérale, et le reste par le peuple dans chaque arrondissement d'assurance; le siège du tribunal fédéral des assurances aurait coïncidé avec celui de l'office fédéral. Nous n'avons pas pu nous résoudre

à entrer dans ces vues avec la commission d'experts, et nous vous proposons de reconnaître comme seul tribunal de première et de dernière instance, en matière d'assurance-accidents, *notre tribunal fédéral actuel* (article 80 accidents). L'institution des assurances-maladies et accidents entrainera déjà — nous aimerions dire « comme un mal nécessaire » — la création d'un certain nombre d'autorités et de fonctions nouvelles ; ce fait en lui-même sera peu sympathique à l'opinion publique, et l'on exposerait nos projets à de graves dangers de rejet par le peuple si l'on ne se contentait pas de créer les autorités strictement indispensables au fonctionnement des assurances. Au reste, nous ne voyons pas pourquoi le tribunal fédéral ne pourrait pas — aussi bien qu'un tribunal spécial — liquider les affaires d'assurance-accidents avec toute la célérité désirable et s'inspirer de l'esprit particulier de la loi.

Il est évident d'autre part que la procédure ordinaire du tribunal fédéral ne saurait être appliquée aux contestations relevant de l'assurance-accidents, et qu'il est nécessaire de prévoir pour ce genre d'affaires une procédure beaucoup plus simple ; nous vous proposons — du moins pour les premières années — que le conseil fédéral fixe cette procédure par voie d'ordonnance et sur préavis du tribunal fédéral (article 81 accidents).

**36.** Comment convient-il d'organiser le service judiciaire de l'assurance-*maladies* ?

S'il faut en croire les renseignements dont nous disposons, les caisses-maladies actuelles ont eu jusqu'ici très peu de contestations avec leurs membres et avec des tiers. Mais en sera-t-il de même à l'avenir ? L'effectif des assurés croîtra beaucoup avec l'introduction de l'assurance obligatoire ; le nombre absolu des contestations augmentera donc sûrement, même si le nombre de contestations par cent assurés reste stationnaire ou diminue ; or ce dernier nombre croîtra probablement aussi, du moins durant les premières années d'application de la loi : celle-ci en effet créera une foule de nouveaux rapports de droit qui donneront lieu parfois à des interprétations divergentes, jusqu'à ce que l'usage et la jurisprudence se soient établis. La plus-value des prestations que les caisses garantiront, par rapport à la valeur des prestations fournies par les caisses actuelles, entrainera aussi — sans qu'on puisse le reprocher au régime même de l'assurance — une augmentation du nombre des contestations par cent assurés ; il est évident en effet que beaucoup de personnes qui renonçaient à soutenir un procès contre leur assureur pour une indemnité de chômage de 1 franc engageront ce procès, dans des circonstances d'ailleurs identiques, lorsqu'il s'agira d'une indemnité de 5 francs. L'augmentation du nombre

relatif des contestations sera favorisée encore — et en soi on ne peut que s'en féliciter — par l'introduction d'une procédure gratuite, simple et expéditive ; la gratuité de cette procédure entraînerait une augmentation même à égalité de valeur des litiges.

En résumé, le nombre absolu des procès sera notablement plus élevé qu'aujourd'hui, sans que la valeur litigieuse moyenne cesse d'être faible.

Or c'est précisément en matière de contestations de faible importance que la procédure diffère le plus d'un canton à l'autre : ici, la moindre bagatelle est traitée à l'égal du plus gros procès et donne lieu aux mêmes lenteurs et aux mêmes frais ; là au contraire, on applique avec plus ou moins de succès aux petites affaires une procédure simplifiée et accélérée ; dans tel canton, tout jugement — quelle que soit sa portée pécuniaire — est susceptible de recours ; dans tel autre, les affaires minimales ne peuvent donner lieu qu'à revision ou à cassation ; dans tel autre enfin, il n'y a pas de recours. En Allemagne, de nombreuses plaintes se font entendre sur le chaos que cette même diversité entraîne (voir l'avant-propos de « das Krankenversicherungsgesetz, » de Th. Petersen, Grefe et Tiedemann, à Hambourg).

Notre œuvre serait imparfaite si nous ne veillions pas à ce que les institutions que nous aurons créées fonctionnent normalement, et si nous abandonnions les cas de contestations aux hasards de procédures tantôt satisfaisantes, tantôt défectueuses.

Par ces motifs, nous faisons du service judiciaire une partie intégrante du service de l'assurance, et nous instituons, pour les contestations relevant de l'assurance-maladies, une *juridiction spéciale et uniforme*, tout à fait indépendante de la juridiction ordinaire et sans aucune influence sur elle.

La procédure applicable aux contestations-maladies doit être aussi simple et aussi rapide que possible ; chaque jugement sera immédiatement exécutoire et ne pourra donner lieu qu'à un recours en revision, soumis au tribunal même qui aura prononcé (article 170, alinéa 6, maladies).

Quant à la *composition* de ce tribunal, on ne saurait absolument imiter les caisses actuelles qui prévoient la réunion d'arbitres pris parmi les membres de la caisse ; ces assurés sont ainsi juges en même temps que parties. Nous nous sommes demandé par contre s'il ne suffirait pas que la loi ordonnât une procédure arbitrale et qu'elle fixât le nombre des arbitres, que les parties elles-mêmes éliraient pour chaque cas particulier ; la loi désignerait aussi



une personne chargée, en cas de désaccord des parties, de nommer un surarbitre ou de fonctionner elle-même en cette qualité. Toutefois, après examen attentif, nous avons reconnu que ce système allégerait sans doute notre projet de loi mais serait fort peu simple et en même temps insuffisant en pratique. Souvent en effet rien n'est plus compliqué que d'assembler un tribunal arbitral dont les membres sont nommés en vue d'une seule audience; les obstacles à l'acceptation puis à la réunion sont pour chaque arbitre d'autant plus péremptoirs que l'indemnité de séance est plus modeste. Quant aux longueurs de procédure, elles deviennent infinies pour peu que le cas se complique.

Nous préférons donc constituer par avance des tribunaux arbitraux qui soient toujours prêts à fonctionner, et dont les réunions ne dépendent pas du bon plaisir de leurs membres; chaque arrondissement d'assurance aura son « *tribunal arbitral d'arrondissement* », présidé par l'administrateur d'arrondissement ou par son suppléant (article 165).

Le système admis pour l'élection des arbitres fait de ces derniers les représentants des intéressés; nous tenons compte ainsi d'un vœu très légitime, tout en choisissant le mode d'élection le plus simple. L'assemblée générale des assurés ou des délégués de chaque caisse publique-maladies de l'arrondissement nomme un arbitre par cent assurés; de son côté, l'assemblée générale des employeurs de chaque caisse communale de l'arrondissement, avec le concours des employeurs qui entretiennent sur le territoire de la caisse communale des caisses d'entreprises, élit autant d'arbitres que les ouvriers de tous ces employeurs en ont nommé ensemble (articles 167 et 168). Il y a donc par commune, et par conséquent aussi par arrondissement, autant d'arbitres élus par des employeurs que d'arbitres nommés par des assurés.

Les assurés ou délégués peuvent nommer arbitre tout assuré de sexe masculin et de nationalité suisse, qui a atteint l'âge de vingt ans révolus et qui jouit d'une entière capacité civile (article 167, alinéa 3); nous n'avons pas adhéré aux idées du rédacteur de nos projets, qui proposait de rendre éligible les femmes et les étrangers.

Il pourra arriver — et ce sera fréquemment le cas pour les caisses d'entreprises occupant surtout des étrangers ou des femmes — que le nombre des *assurés* éligibles soit très restreint. Pour qu'on puisse néanmoins disposer d'un choix suffisant et désigner comme arbitres des personnes qualifiées, nous étendons dans ce cas l'éligi-

bilité à toutes les personnes de nationalité suisse, qu'elles soient membres de la caisse ou non, qui exerceront leurs droits civiques dans l'arrondissement (article 167, alinéa 3, fin).

Les employeurs éliront leurs arbitres parmi les personnes de nationalité suisse, résidant dans la commune et jouissant de leurs droits civiques (article 168, alinéa 4).

Pour tous les arbitres, la durée des fonctions est d'un an (articles 167 et 168, alinéa 1).

Quant au mode de convocation de ses membres, le tribunal arbitral d'arrondissement est un véritable jury civil : pour chaque audience, l'administrateur tire au sort et convoque deux des arbitres élus par les assurés et deux de ceux qu'ont nommés les employeurs ; chaque affaire est ainsi soumise à quatre arbitres, présidés — avec droit de vote — par l'administrateur ou par son suppléant (articles 165, alinéa 4, et 170, alinéa 2).

Les tribunaux arbitraux d'arrondissements sont des autorités fédérales ; mais les arbitres ne comptent pas comme fonctionnaires fédéraux et sont indemnisés suivant le nombre des audiences auxquelles ils prennent part (articles 166 et 154, alinéa 3).

La procédure est gratuite et orale ; à l'exception de la délibération du tribunal, elle est publique (article 170, alinéas 4 et 5).

Le service judiciaire de l'assurance-maladies constitue une innovation complète. Parmi toutes les variantes qui se présentaient à notre choix, nous avons préféré celle qui paraît le mieux répondre au but poursuivi et à la manière de voir actuelle de notre peuple ; mais nous serions les premiers à accueillir tel système encore préférable, et que l'on proposerait au cours de la discussion de nos projets par les chambres fédérales.

### VIII. Les caisses libres.

37. Pour terminer cette partie générale, il nous reste à examiner la situation faite par nos projets aux établissements privés, soit aux caisses libres d'assurances contre les accidents et contre les maladies.

Si la constitution fédérale nous ordonne de tenir compte des « sociétés de secours existantes », soit des sociétés actuelles d'assurance contre les maladies, elle ne contient pas de réserve de cette nature en faveur des sociétés d'assurance contre les accidents. Aucune de ces sociétés n'a réclamé contre cette omission intentionnelle, et aucune ne se plaindra de la situation qui lui est faite par nos projets.

Nous limitons en effet pour le moment l'activité de l'établissement-accidents à l'assurance des personnes *tenues d'être assurées*, c'est-à-dire des salariés (articles 1, et 6 ou 7 maladies); nous ne retirons ainsi aux sociétés privées que leurs polices collectives, et nous rendons sans objet leurs assurances-responsabilité. Or on dit couramment que ces deux genres de contrats ne seront pas sérieusement regrettés par les sociétés d'assurances, auxquelles ils ne procurent plus guère de bénéfices; il ne nous appartient pas de rechercher dans quelle mesure cette dernière affirmation est exacte.

En tout état de cause, les établissements privés continueront à avoir en Suisse un champ d'activité très étendu. Nous souhaitons vivement que les compagnies suisses prospèrent; en général, leur gestion est consciencieuse et ne donne plus lieu à des plaintes. Les sociétés suisses ont en outre le mérite d'amener dans notre pays un grand nombre de millions perçus à l'étranger sous forme de primes.

Tout présage que l'établissement fédéral d'assurance-accidents vivra en bonne intelligence avec les entreprises privées, et nous n'hésitons pas à faire les premiers pas dans ce but en prévoyant la réassurance, auprès de ces entreprises, de tels risques ou catégories de risques assurés en première ligne par l'établissement fédéral (article 21, lettre b, accidents). Cette attitude conciliante ne nous empêche pas de conserver notre liberté quant à l'extension du service de l'établissement fédéral, dans le sens de la conclusion de polices volontaires (article 21, lettre a, accidents); nous faisons ensorte que cette extension puisse avoir lieu sans qu'il faille modifier la loi.

L'article 95 de notre projet-accidents permettra d'éviter les cas de conflits et d'assurances multiples par la reprise amiable de

polices des entreprises privées; ces reprises n'auront aucunement le caractère d'expropriation, puisqu'elles seront subordonnées à l'assentiment des trois parties en cause, savoir l'assuré, l'établissement privé et l'établissement fédéral. Mais il serait fâcheux qu'au cours de la discussion de nos projets, les sociétés d'assurance augmentent le nombre de leurs polices-accidents — conclues à long terme avec des personnes tenues à l'assurance — au point de rendre toute reprise impossible et d'obliger les chambres fédérales à biffer l'article 95 dont il s'agit.

38. En matière d'assurance-*maladies*, l'article 34<sup>bis</sup> de la constitution prescrit de « tenir compte des caisses de secours existantes ». Cette disposition ne figurait pas dans le projet d'article constitutionnel que nous vous soumettions en 1889 (voir page 1 du présent message); elle est issue des délibérations communes de vos commissions, après que les représentants de la Suisse romande eurent déclaré que leurs mandants étaient inquiets du sort réservé aux sociétés de secours mutuels, et particulièrement à la grande société vaudoise qui porte ce titre. On a donc voulu donner aux caisses de secours certaines garanties, et c'est en vain qu'une proposition a été faite au conseil national, tendant à biffer, comme dangereuse et indéterminable dans sa portée, la réserve insérée en faveur des caisses libres.

L'avant-projet contenait au sujet de ces caisses les dispositions suivantes :

« Art. 161. Les caisses d'assurance contre les maladies exploitées en Suisse, à l'exception des caisses communales et des caisses d'entreprises, sont soumises à la surveillance de la Confédération conformément à la loi fédérale du 25 juin 1885, sur la surveillance des entreprises privées en matière d'assurance.

« La disposition de l'article 1, alinéa 2, de la loi précitée est abrogée pour autant qu'elle est contraire à l'alinéa précédent.

« La Confédération exerce sa surveillance par l'intermédiaire de l'office fédéral des assurances et des autorités administratives d'arrondissements.

« Les caisses d'assurance mutuelle contre les maladies sont exemptes de la contribution prévue par l'article 12, alinéa 2, de la loi précitée.

« Art. 162. Les personnes ne faisant pas partie d'une caisse communale ou d'entreprise, mais tenues de s'assurer peuvent satisfaire à cette obligation en s'affiliant à une caisse libre d'assurance contre les maladies (article 161). Cette caisse doit toutefois remplir à l'égard de ces assurés les conditions prévues par l'article 127,

alinéas 2 et 4 de la présente loi [article 138, alinéas 3, 4 et 5, de notre projet actuel maladies] et par la loi fédérale sur l'assurance contre les accidents; elle doit en outre fournir des garanties suffisantes de l'exécution de ses engagements.

« L'autorité administrative de l'arrondissement dont l'assuré relève voit si telle caisse satisfait aux conditions prévues par l'alinéa précédent, et peut en tout temps réformer sa décision à cet égard.

« Une ordonnance du conseil fédéral déterminera la procédure à suivre par toute personne qui voudra faire usage de la faculté prévue par l'alinéa 1 ci-dessus; le conseil fédéral veillera à ce que cette procédure soit aussi peu gênante que possible pour les intéressés, et évite toute interruption dans leur assurance.

« Les caisses libres d'assurance contre les maladies doivent tenir un contrôle de leurs membres assujettis à l'assurance, et porter immédiatement à la connaissance de l'autorité administrative de l'arrondissement la sortie ou l'exclusion de chacun de ces membres. »

Vous voudrez bien comparer ces dispositions avec celles de nos articles 176 à 184; actuellement, nous prévoyons en faveur des caisses libres le paiement par la Confédération des mêmes subsides qu'aux caisses publiques (articles 177 et 183, alinéa 1), et nous obligeons l'employeur dont l'ouvrier tenu à l'assurance entre dans une caisse inscrite à supporter la même part de contributions que si cet ouvrier avait adhéré à une caisse publique (article 183, alinéa 2, 73 et 74). Il n'en était pas ainsi précédemment.

Ces modifications très importantes ont été apportées à l'avant-projet sur le vu des vives résistances auxquelles le texte primitif s'était heurté dans la commission d'experts (bulletin sténographique, pages 548 à 598) et dans le public en général; notre désir était en effet et reste encore aujourd'hui d'organiser l'assurance de telle sorte qu'elle soit accueillie avec joie par le peuple suisse tout entier.

**39.** Quels doivent être exactement le sens et la portée de la disposition constitutionnelle qui prescrit de « tenir compte » des caisses privées? On a voulu empêcher que la loi ne déclare ces caisses dissoutes ou que, tout en les respectant pour la forme, elle ne les voue à une mort prochaine, en leur enlevant leur clientèle. Mais, au moment où fut discuté l'article constitutionnel, on n'avait encore aucune opinion sur la question de savoir si les caisses de secours devaient coopérer au service de l'assurance obligatoire; on ne savait même pas, quel serait le plan des établissements principalement chargés de ce service.

L'article 34<sup>bis</sup> ne nous oblige strictement de tenir compte que des « caisses de secours *existantes* », soit de celles qui fonctionnaient déjà au moment de l'entrée en vigueur de cet article. Adoptant une interprétation plus large, nous pourrions tout au moins vous soumettre un projet de loi qui n'aurait d'égards que pour les caisses de secours existant au moment de l'entrée en vigueur de la loi. Bien des personnes s'attendaient à ce qu'il en fût ainsi, et même de fervents adeptes des caisses privées ne songaient pas à le trouver mauvais; ils pensaient qu'après avoir fait leur part aux sociétés fondées antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi, nous interdissions ou nous rendrions plus difficile la création de caisses privées nouvelles. Nous ne voulons pour preuve de cette attente que la hâte mise, durant ces dernières années, à la fondation d'un grand nombre de caisses de caractère confessionnel; cette hâte ne peut s'expliquer que par l'idée de profiter d'une situation acquise, au moment où se produisait le changement de régime que l'on prévoyait.

Cette prévision, comme vous le voyez, est entièrement trompée. Nous n'aspérons nullement à rendre la vie impossible aux caisses de secours fondées postérieurement à l'entrée en vigueur de la constitution ou même de la loi; notre désir n'est pas non plus que l'assurance privée maladies s'éteigne de mort naturelle, par la disparition successive des caisses libres seules autorisées. L'avant-projet soumis à la commission d'experts et plus encore notre projet actuel démentent catégoriquement cette appréhension ou cet espoir.

Nous sommes de chauds partisans de l'initiative individuelle et de la liberté personnelle; nous ne croyons opportun et juste d'y apporter des limites qu'en présence d'un intérêt supérieur. Mais nous ne nous laissons pas intimider par les protestations effarées qu'on a fait entendre contre l'obligation à l'assurance au nom du principe de liberté. Ces protestations, qui dénotent chez leurs auteurs une confusion entre la situation économique réelle et un état de choses idéal, aboutissent à ne pas vouloir conformer la législation aux besoins effectifs de l'individu; le « laisser faire et laisser passer » à outrance a vécu, et notre époque ne se contente plus d'appliquer aux misères sociales des remèdes homéopathiques, en se résignant à ce qu'ils soient sans effet. Nous sommes toutefois les premiers à ne consentir à une limitation de la liberté personnelle qu'autant que cette limitation est nécessaire; nous ne saurions donc vous la proposer dans le seul but d'atteindre une uniformité inutile. C'est à la lumière de ces principes que nous avons réglé dans nos projets la situation des caisses privées. Le maintien de ces dernières et la fondation de caisses libres nouvelles nous paraissent devoir profiter à l'extension des bienfaits de l'assurance populaire

à un plus grand nombre de personnes. Peu nous importe que telle caisse privée poursuive principalement ou comme accessoire un but qu'en notre qualité d'autorité ou de citoyens nous n'approuvons pas; il suffit que ce but soit licite. Autant nous espérons que les caisses publiques seront appréciées et populaires, autant nous sommes heureux de la concurrence que leur feront les caisses privées et qui sera pour l'ensemble des établissements d'assurance un puissant motif d'émulation et une cause de prospérité.

En laissant aux caisses privées leur liberté d'action, nous remplissons aussi envers ces caisses un devoir de reconnaissance; les institutions qui ont rendu des services méritent la même reconnaissance que les individus particulièrement utiles. Or les caisses de secours ont exercé autour d'elles une action bienfaisante; elles ont préparé le terrain et nous montrent aujourd'hui la route à suivre. Des centaines et des milliers de citoyens ont, durant de nombreuses années, consacré leurs loisirs et leurs peines à l'administration de ces caisses et à la vulgarisation du principe de l'assurance; on ne saurait donc s'étonner ni regretter que dans maint endroit la population soit profondément attachée aux caisses de secours actuelles.

Bien loin de porter préjudice à ce qui existe, il s'agit aujourd'hui de le développer et de recouvrir le pays de tout un réseau de caisses d'assurance. Il est permis de dire que certaines caisses privées seront heureuses de se dissoudre et de remettre aux institutions créées par l'état la suite de leurs affaires. Mais il est certain que beaucoup d'autres tiendront à subsister et resteront prospères sous le nouveau régime; elles voudront continuer à administrer elles-mêmes et à leur convenance les fonds de réserve qu'elles ont patiemment amassés et les donations qu'elles ont reçues. Il serait absurde de les en empêcher, par un vain désir d'uniformité.

40. Nous nous bornons donc à *soumettre les caisses libres à la même surveillance de l'état que les caisses publiques*. Cette surveillance n'est nullement instituée dans l'intérêt exclusif de ces dernières caisses; elle sera la même pour toutes, c'est-à-dire pour toutes également utile et bienveillante.

L'article 34 de la constitution porte, à son alinéa 2: « Les opérations des agences d'émigration et des *entreprises d'assurance non instituées par l'Etat* sont soumises à la surveillance et à la législation fédérales ».

A l'occasion de l'élaboration de la loi sur la surveillance des entreprises privées en matière d'assurance, du 25 juin 1885, on a

discuté la question de savoir si les caisses de malades, de secours au décès, d'assistance des veuves et des orphelins, et autres caisses analogues devaient être soumises à cette loi.

Notre message du 13 janvier 1885 s'exprimait à ce sujet comme suit (F. f. 1885, I, p. 96) :

« Ces sociétés, qui rendent de si grandes services dans leurs domaines respectifs, et qui contribuent à résoudre pacifiquement bien des côtés de la question sociale, doivent-elles être soumises à la loi, ou est-il à craindre que l'immixtion de l'Etat ne paralyse leur activité, et ne fasse plus de mal que de bien? Il nous paraît préférable de laisser vivre ces institutions dans l'atmosphère de liberté dans laquelle elles ont porté de si beaux fruits. Il y aurait peut-être lieu de faire une exception relativement aux caisses de secours en cas de décès, qui ne forment pas de réserves, et qui, par ce motif, ont été si souvent au-devant d'une ruine certaine, en causant à leurs membres d'amères déceptions. En 1879, il existait 101 de ces sociétés de secours en cas de décès, dont 4 seulement reposaient sur des bases scientifiquement exactes. Toutefois il n'est pas possible de formuler d'entrée des règles obligatoires en ce qui a trait à cet exception, mais il y a lieu plutôt de laisser ce point à la décision du conseil fédéral. »

Ensuite d'une motion de MM. Curti, Scheuchzer et Grubemann, le conseil national a pris, en date du 15 juin 1886, l'arrêté suivant :

« Le conseil fédéral est invité à examiner si, et de quelle manière, la Confédération pourrait intervenir pour rectifier les bases des sociétés de secours mutuels, pour déterminer les garanties à exiger pour leurs placements de fonds et pour faciliter autant que possible leurs affiliations entre elles. »

« En outre, le conseil fédéral est invité à examiner la question de savoir si la Confédération ne peut pas obtenir que les caisses de secours des compagnies de chemins de fer soient organisées de telle manière :

1° qu'en cas de changement de propriétaire d'une ligne ou de celui qui l'exploite, les droits résultant pour le personnel de sa participation à la caisse de secours et de ses années de service soient sauvegardés;

2° que les agents qui passent du service d'une compagnie à l'autre conservent les avantages résultant de leur participation à la caisse de secours et de leurs années de service. »

Dans son message du 24 novembre 1888 (F. féd. 1888, IV., p. 665 et suivantes), le conseil fédéral proposa de ne légiférer que



sur les caisses de secours des compagnies de chemins de fer. Cette proposition fut adoptée par l'assemblée fédérale et donna lieu à la loi sur les caisses de secours des compagnies de chemins de fer et de bateaux à vapeur, du 28 juin 1899.

Mais, depuis la rédaction du message précité du 13 janvier 1885, il s'est produit un grand nombre de faits qui, sans infirmer ce que nous disions des services rendus par les caisses de secours en général, donnaient à regretter qu'on n'eût pas soumis *l'ensemble de ces caisses* à la surveillance de la Confédération. Heureusement que des hommes de cœur — et à leur tête M. le professeur Kinkelin, à Bâle — se sont efforcés de réformer les caisses de secours défectueuses, ou de les amener à réassurer leurs membres auprès d'établissements solides. Ces efforts ont souvent été couronnés de succès, en même temps que nous voyions, vers 1885, se fonder quelques caisses reposant sur des bases absolument rationnelles. Aujourd'hui, la plupart des caisses travaillent consciencieusement et offrent le maximum de sécurité que permet d'atteindre le système primitif de la simple répartition des charges. Mais d'autre part la situation même d'un grand nombre de caisses a beaucoup empiré depuis dix ans : leurs membres ont vieilli et ne sont pas remplacés par un nombre suffisant d'éléments jeunes; il faut presque s'en féliciter, car plusieurs de ces caisses se trouvent à la veille d'une faillite. Nous pourrions citer certaines d'entre elles — qui assurent précisément contre les maladies — et qui, bien que parmi les plus importantes, voient régulièrement leurs bilans solder par des déficits; l'une de ces caisses comble même ses vides en puisant dans les ressources de l'assurance au décès qu'elle exploite accessoirement. L'état ne saurait assister impassible à ce spectacle. La fortune totale des caisses de secours atteint plusieurs millions et les contributions de leurs membres continueront à dépasser un million par an; cet argent provient en plus grande partie de « petites gens », surtout d'ouvriers, qui l'ont amassé péniblement en prévision de leurs jours de maladie ou de vieillesse, ou bien pour qu'il profite à leurs survivants. C'est là une épargne qui mérite la sollicitude particulière des pouvoirs publics.

La surveillance de l'état se justifie au plus haut degré pour les caisses de secours au décès, les caisses de vieillesse et de retraite et, en général, pour toutes les branches d'assurance dans lesquelles les mathématiques exigent qu'on réunisse des capitaux de couverture; cette surveillance est également nécessaire pour les grandes caisses d'assurance contre les maladies, qui opèrent sur un territoire étendu; elle s'impose moins en ce qui touche les caisses-maladies locales. Nous étendrions cette surveillance à *toutes* les caisses dont il vient d'être question, s'il n'était pas plus sage de se borner à l'exécution de notre tâche principale; c'est pourquoi nous

ne prenons de mesures qu'à l'égard des caisses libres *qui s'occupent d'assurance contre les maladies* (article 176 maladies). Peut nous importe d'autre part qu'une caisse exploite exclusivement ou non cette branche d'assurance.

41. La question de savoir si ce sont *les cantons ou bien la Confédération qu'il convient de charger de cette surveillance* doit être tranchée dans le dernier sens. L'article 34 de la constitution nous impose formellement cette solution, et ce serait dénaturer son texte que de faire exercer par les cantons la « surveillance fédérale » à laquelle il soumet les entreprises d'assurance non instituées par l'état. Au reste, le contrôle des subsides fédéraux et des caisses inscrites devrait en tous cas être remis à la Confédération — qui serait aussi de toute manière obligée d'établir une instance de recours, chargée de veiller à l'uniformité de la surveillance exercée par les cantons. Au point de vue pratique enfin, il est préférable que les autorités de surveillance — pour la constitution desquelles plus d'un canton ne disposerait pas d'un personnel spécial suffisamment qualifié — soient en rapports étroits avec les organes exécutifs que la Confédération devra nécessairement créer ensuite de l'entrée en vigueur de nos projets.

Les motifs qui précèdent nous déterminent aussi quand à la convenance qu'il y aurait de remettre la surveillance fédérale au *bureau fédéral des assurances*, actuellement déjà en fonctions et créé conformément à l'article 12, alinéa 2, de la loi précitée du 25 juin 1885. Du moment que l'on devra en tous cas établir des autorités d'assurance pour contrôler l'emploi des subsides fédéraux et pour surveiller les caisses inscrites, il vaut mieux remettre tout le service de surveillance à ces autorités. Ces dernières présenteront les mêmes garanties d'impartialité que notre bureau actuel, et rien n'autorise à craindre qu'elles favorisent les caisses publiques au détriment des caisses privées.

Nous réunissons les établissements d'assurances auxquels il s'agit d'étendre l'application de la loi du 25 juin 1885 sous le titre de « caisses libres de secours, basées sur le principe de la mutualité et qui exploitent en Suisse l'assurance contre les maladies » (article 176 maladies). Nous admettons quant à ces caisses les définitions données par M. Kinkelin, dans son ouvrage déjà cité, et par notre message du 13 janvier 1885. M. le professeur Kinkelin dit (page 62) :

« On considérera comme sociétés de secours mutuels les sociétés qui ont pour but d'accorder des secours à leurs membres dans certaines circonstances prévues par les statuts, par exemple en cas de maladie, de vieillesse, d'incapacité ou de manque de travail, etc., ou aux familles de leur membres en cas de décès; ces secours

sont fournis par une caisse commune qui est alimentée principalement par les cotisations périodiques des membres de la société, et qui est gérée avec leur concours. »

Notre message parlait (F. féd. 1885, I, p. 95) d'« associations fondées sur le principe de la mutualité, dont les membres se secourent dans les circonstances dépendant de la santé, de la vie ou du décès de ces membres eux-mêmes ou de leurs parents. »

La surveillance que nous avons en vue sera gratuite et devra s'exercer en principe d'après la loi du 25 juin 1885. Mais cette loi n'a été élaborée que pour son application à de grandes sociétés d'assurance; le contrôle qu'elle prévoit serait donc trop compliqué pour les caisses de secours. Nous avons dès lors prévu (article 176, alinéa 3) qu'une ordonnance du conseil fédéral réglera le détail de cette surveillance, en simplifiant dans la mesure convenable la loi du 25 juin 1885, pour son application aux caisses de secours. Au lieu de recourir à une ordonnance, il aurait été plus correct de reviser la loi elle-même; mais cette révision aurait retardé encore la mise en activité de l'assurance, dont une partie essentielle consiste précisément en la surveillance des caisses de secours. Au reste, il sera toujours possible de réformer plus tard la loi de 1885 d'après les expériences faites sous le régime des ordonnances du conseil fédéral, et d'annuler ainsi ces ordonnances.

Le fait que nous laissons au conseil fédéral le soin de régler le détail de la surveillance n'empêche pas que les principes applicables ne soient déjà déterminés par l'article 176. Nous statuons dès maintenant que l'on fera usage de la loi du 28 juin 1889 et de la loi du 24 juin 1885 simplifiée. L'autorité de surveillance n'interviendra en aucune manière dans la gestion des caisses; elle leur accordera une concession, sur le vu des statuts, des tarifs et du bilan de chacune d'elles; elle se bornera à examiner leurs comptes et rapports annuels, et les modifications importantes de leurs statuts et de leurs tarifs. L'autorité de surveillance, il est vrai, pourra demander des renseignements complémentaires et examiner les livres et la comptabilité; elle aura enfin le droit de retirer sa concession à une caisse qui n'offrirait plus à ses membres des garanties suffisantes ou dont le maintien serait contraire à l'intérêt général. Les contestations d'une caisse de secours avec tel de ses membres n'intéresseront pas l'autorité de surveillance, mais seront tranchées par le juge ordinaire ou par le juge compétent aux termes des statuts. Toutes mesures disciplinaires seront du ressort exclusif du juge ordinaire, et ne pourront être encourues que pour déclarations mensongères fournies à l'autorité de surveillance ou au public. Ces principes sont ceux de notre loi ac-

tuelle de 1885 (articles 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 et 13) en même temps que de notre projet-maladies (articles 176 et 195).

Nous sommes persuadés qu'une surveillance de ce genre — gratuite, nullement tracassière, mais au contraire bienveillante et exercée par des personnes expertes en matière d'assurances — sera très utile aux caisses elles-mêmes et joyeusement acceptée par elles. Cette surveillance fournira aux caisses sérieuses un solide appui; elle sera pour les caisses inexpérimentées un conseiller éprouvé et donnera enfin aux caisses peu sûres des avertissements bienveillants. Tout présage donc qu'elle aura les meilleurs effets et que les autorités qui l'exerceront s'acquerront la reconnaissance des caisses de secours, aussi bien que notre bureau actuel des assurances s'est fait apprécier des entreprises de la Suisse et de l'étranger.

42. Comme nous l'avons dit en traitant des *subsides de la Confédération* à l'assurance-maladies, ces subsides seront aussi payés *aux caisses libres*. Mais il va de soi que ce paiement doit être subordonné au fait par la caisse de garantir à ses assurés des prestations au moins égales, en quantité et durée, à celles fournies par les caisses communales à leurs membres volontaires à assurance restreinte (soins médicaux et indemnité funéraire); si l'on ne fixait aucun minimum, telle caisse pourrait prétendre aux subsides pour un individu qualifié d'assuré mais n'ayant droit à aucune prestation, et ce subside serait pur bénéfice pour la soi-disante caisse et le pseudo-assuré, qui se le répartiraient; or il n'est pas question pour l'état de patronner des escroqueries en les rendant légalement possibles. On se demande uniquement si, pour qu'il y ait égalité « en quantité et durée » (article 177), les membres de la caisse libre doivent bénéficier d'une disposition semblable à celle de l'article 29; nous résolvons négativement cette question, pour les mêmes motifs qui nous ont fait la laisser pendante à l'article 136, alinéa 6. C'est avec intention que nous n'exigeons pas des caisses libres en général — comme des caisses d'entreprises (article 138, alinéa 3) — qu'elles fournissent des prestations égalant en *qualité* celles des caisses communales; il importait en effet d'éviter jusqu'à l'apparence d'idées mesquines ou tracassières à l'égard des caisses libres; il n'était du reste pas nécessaire au but que nous poursuivons d'obliger ces caisses à imiter les caisses communales dans les plus minimes détails de leurs prestations.

L'autorité de surveillance ne se bornera pas à constater que la caisse libre *promet*, par ses statuts ou autrement, le minimum fixé; elle s'assurera que la caisse *fournit effectivement* ce minimum. Ce contrôle permanent devra s'exercer d'une manière discrète,

et les assurés eux-mêmes ne manqueront pas de le faciliter, en défendant ainsi leurs justes intérêts. Pour les caisses qui ne prétendront pas à des subsides, la surveillance de l'état sera du reste moins stricte, et se bornera au contrôle général dont nous parlions au paragraphe précédent.

Telle caisse libre ayant droit aux subsides pour ses assurés-maladies ne s'occupera pas exclusivement de la branche-maladies et ne sera dès lors pas, à proprement parler, une caisse d'assurance « contre les maladies » ; c'est pourquoi l'article 177 vise les caisses libres « de secours », en général.

Les caisses qui rempliront les conditions légales auront, sur leur demande, *droit* aux subsides ; mais elles pourront aussi renoncer à ce droit, soit formellement soit en ne le faisant pas valoir. La Confédération n'aura pas d'obligation à l'égard des assurés eux-mêmes ou de leurs employeurs et si, d'autre part, l'un d'entre eux renonçait aux subsides fédéraux et tenait à payer lui-même la valeur de ces subsides, ce fait — qui sera évidemment peu fréquent en réalité — serait tout bénéfique pour la caisse et ne déchargerait en rien la Confédération.

On se demandera peut-être s'il conviendrait de statuer que les subsides de la Confédération pourront être refusés pour l'avenir aux caisses libres qui auraient — à répétées fois et malgré sommation — manqué aux engagements qui sont la condition du paiement des subsides, sans toutefois qu'il y ait lieu de retirer la concession en vertu de l'article 176. Nous résolvons cette question négativement ; le refus des subsides ne pourrait en tous cas être définitif, et ne devrait porter que sur une période déterminée (voir une disposition de ce genre à l'article 179, fin de l'alinéa 4).

**43.** Comme on l'a dit plus haut, l'avant-projet soumis à la commission d'experts se bornait à statuer que les personnes tenues d'être assurées pourraient satisfaire à cette obligation en s'affiliant à une caisse libre qui leur garantit des prestations égales en quantité et durée à celles que la loi imposerait aux caisses communales. Mais les personnes qui auraient ainsi préféré une caisse libre à une caisse communale ou d'entreprise seraient restées chargées de l'entier de leurs contributions. Autrement dit, *les employeurs n'étaient tenus de verser l'entier des contributions-maladies — et d'en supporter la moitié — que pour leurs employés assurés auprès d'une caisse publique* ; les communes d'assurance, garantes vis-à-vis de ces caisses du paiement des contributions de certains assurés, n'avaient aucune obligation de ce genre à l'égard des caisses libres.

Ces dispositions éveillèrent de vives protestations au sein de la commission d'experts, dans les cercles ouvriers et parmi les caisses-maladies actuelles; on fit valoir que le régime qu'elles créaient serait fatal aux caisses libres.

La fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande alla d'abord, comme on l'a vu (page 148 ci-dessus), jusqu'à demander que les caisses libres soient en premières ligne chargées du service public de l'assurance, et que les caisses publiques n'aient qu'une fonction subsidiaire; nous avons montré plus haut (pages 186 à 189) que ce système serait inadmissible et impossible à appliquer.

On a émis d'autre part le vœu que les caisses libres qui fourniraient à leurs membres tenus d'être assurés des prestations au moins égales à celles des caisses communales ou d'entreprises bénéficient des mêmes droits que ces caisses; cette égalité de droit se manifesterait principalement dans le fait que les caisses libres auraient aussi, comme débiteurs des contributions totales de leurs membres soumis à l'assurance, les employeurs ou les communes d'assurance de ces membres, et que ces employeurs seraient tenus de supporter la moitié des dites contributions. Les représentants des caisses libres proposèrent à la commission d'experts de donner en conséquence, à celles de ces caisses qui seraient assimilées quant à leurs droits aux caisses publiques, un *caractère d'officialité*.

La reconnaissance de ce caractère nous semble inopportune et d'ailleurs indépendante de la question d'assimilation de certaines caisses libres aux droits des caisses publiques.

Les caisses libres dites officielles seraient exemptes d'impôts, et jouiraient de la franchise de port pour leur correspondance et leurs mouvements de contributions et d'indemnités; leurs membres enfin bénéficieraient des dispenses qui facilitent l'entrée, comme assurés volontaires d'une caisse publique, aux anciens membres d'une autre de ces caisses (articles 33 à 35).

La principale raison pour laquelle on ne saurait reconnaître à des caisses libres un caractère officiel est que ce caractère réside précisément pour les caisses communales ou d'entreprises dans l'*obligation* d'accueillir comme assurés les personnes qui remplissent les conditions légales; or les caisses libres ne sauraient se soumettre à cette obligation, qui serait la négation formelle de leur qualité de caisses « libres » (article 181, alinéa 1, fin). D'autre part, le caractère officiel est ici le seul motif de la franchise de port et de l'exemption d'impôts; quant à cette dernière, chaque canton pourra s'il lui convient en faire bénéficier des caisses libres de son territoire, et l'exemption d'impôts sera particulièrement justifiée s'il

s'agit de caisses libres ayant uniquement ou principalement un but d'intérêt public.

44. Après avoir ainsi écarté l'idée de reconnaître comme « officielles » certaines caisses libres, il nous reste à examiner la question spéciale de l'assimilation de ces caisses aux caisses publiques, quant aux obligations des employeurs.

Il est certain que les personnes tenues à l'assurance doivent pouvoir s'assurer à leur choix auprès d'une caisse publique, ou auprès d'une caisse libre qui leur garantisse le minimum légal de prestations. Mais ce droit à lui seul n'a qu'une valeur théorique ; toute son importance dépend en pratique de la solution que nous donnerons à la question suivante :

*La contribution d'une personne tenue à l'assurance, et qui a fait usage de son droit de s'affilier à une caisse libre, sera-t-elle due à cette caisse — comme à une caisse publique — par l'employeur de cet assuré et supportée pour moitié par cet employeur ?*

En répondant *négativement*, on avantagerait les caisses publiques. Ces dernières seules auraient pour débiteur direct l'employeur, qui est en moyenne plus solvable que l'assuré lui-même. En outre, l'affiliation à une caisse libre coûterait à l'assuré — à égalité de prestations — le double de l'affiliation à une caisse publique, soit la contribution entière au lieu d'une moitié seulement ; il en résulterait que l'assuré préférerait les caisses publiques. Ce régime amènerait donc la disparition ou l'affaiblissement de toutes les caisses libres qui recrutent principalement ou accessoirement leurs membres parmi les personnes que nous obligeons à l'assurance.

Mais en résolvant *dans un sens absolument affirmatif* la question posée, nous tomberions dans l'extrême contraire. Les caisses libres auraient tous les avantages des caisses publiques : le droit aux subsides fédéraux, et l'obligation de l'employeur de payer les contributions et d'en supporter la moitié ; elles échapperaient par contre à l'obligation qui pèse sur les caisses publiques de recevoir indistinctement toutes les personnes tenues à l'assurance et qui remplissent les conditions légales. Les caisses libres choisiraient donc et n'accepteraient que de bons éléments, c'est-à-dire des hommes et parmi eux les plus jeunes et les plus sains ; pour le même prix elles pourraient dès lors garantir des prestations plus considérables que celles des caisses publiques, ou bien — et c'est là ce qu'elles feraient le plus volontiers — elles fourniraient les prestations légales à un prix plus bas que les caisses communales ou d'entreprises. Les caisses publiques ne conserveraient donc que les mauvais éléments, incapables de s'assurer à meilleur marché auprès des

caisses libres, qui seraient florissantes et trop avisées pour les accueillir. Les caisses communales, empêchées de se dissoudre par le seul fait de leur obligation légale à l'existence, imposeraient à la commune d'assurance des dépenses énormes. Les caisses d'entreprises ne conserveraient aussi que l'assurance des ouvriers représentant de mauvais risques, et, tandis qu'un employeur fournirait aux caisses libres des sommes importantes à titre de contributions, il aurait pour récompense l'obligation de supporter les déficits accablants de la caisse d'assurance de sa propre entreprise. Il chercherait alors à se défaire de cette caisse et, s'il y réussissait, la charge en retomberait encore sur la caisse communale ; mais si au contraire l'employeur restait obligé d'entretenir une caisse d'entreprise, on le verrait recourir à un moyen — peu louable bien qu'excusable dans la situation qui lui serait faite — consistant à renvoyer tous ses ouvriers assurés auprès d'une caisse libre, et à n'embaucher que des ouvriers qui s'engageraient à rester membres de la caisse d'entreprise. En exagérant les avantages accordés aux caisses libres, on serait arrivé à rendre illusoire le libre choix par l'assuré de son assureur.

D'autre part, votre but comme le nôtre n'est évidemment pas de créer des caisses publiques qui soient un objet de pitié ou de risée générales.

En affirmant que la contribution est une partie du salaire de l'assuré et qu'elle peut dès lors être affectée par lui à l'assureur qui lui convient, on part d'une prémisse discutable pour aboutir à une conclusion entièrement inexacte. C'est l'état qui impose l'assurance et qui est ainsi cause de l'existence même de la contribution ; il lui appartient donc d'établir les caractères de cette contribution et en particulier de dire à qui elle doit être versée. Et si même l'on admet que la contribution est une partie du salaire, il n'en résulte pas nécessairement que l'assuré doive pouvoir en disposer librement.

45. Déjà dans la commission d'experts, on a cherché un juste milieu entre les deux régimes que nous venons de caractériser, et dont l'un serait trop favorable aux caisses publiques tandis que l'autre avantagerait trop les caisses libres. Après avoir sans parti pris examiné cette question, nous vous proposons la solution suivante :

*Les caisses libres seront assimilées — sous certaines réserves — aux caisses publiques, en ce qui touche l'obligation des employeurs de payer les contributions et d'en supporter la moitié à la décharge des assurés.*



I. Certaines de ces réserves s'expliquent d'elles-mêmes ; elles visent la protection de l'assuré et de l'employeur, la simplification du contrôle et enfin la sauvegarde des intérêts de l'établissement fédéral d'assurance contre les accidents.

a. La première condition d'assimilation est le fait par la caisse libre de garantir à l'assuré des prestations au moins égales à celles que les caisses communales sont légalement tenues de fournir ; nous avons déjà vu qu'en obligeant une personne à être assurée, il faut nécessairement fixer un *minimum* aux prestations que cette personne devra se faire garantir ; la loi ne saurait donc être satisfaite par l'affiliation à une caisse libre qui ne fournirait pas ce minimum de prestations (article 178, a, 1°, 2° et 3°).

b. L'employeur ne pourra pas devoir *payer, comme contributions, des sommes plus élevées* que si l'assuré s'était affilié à la caisse publique dont le lieu de sa résidence ou de son travail l'aurait fait relever (article 183, alinéa 3) ; la préférence donnée par l'assuré à une caisse libre ne saurait en effet être pour l'employeur la cause d'un accroissement de charges. Si donc l'employé s'affilie à une caisse libre qui coûte plus cher que la caisse publique dont il relèverait, c'est à lui de pourvoir au versement de cette plus-value de contributions. Il va sans dire du reste que nous n'interdisons pas à l'employeur de la fournir volontairement lui-même en tout ou en partie.

c. Le contrôle portant sur la réalité de l'assurance des personnes tenues d'être assurées deviendrait très difficile ou même impossible si, par exemple, un ouvrier résidant et travaillant à Zurich pouvait satisfaire à son obligation en s'affiliant à une caisse libre à Genève ; les employeurs seraient de même très embarrassés par la nécessité de payer des contributions à des caisses diverses installées sur des points très distants. C'est pourquoi nous statuons que l'employé ne pourra s'affilier *qu'à une caisse établie au lieu de sa résidence ou de son travail* (article 181).

d. Comme on l'a vu, les caisses publiques maladies servent d'*organes auxiliaires à l'assurance-accidents* ; elles représentent l'établissement fédéral pour la perception des primes, la constatation des accidents, le paiement des indemnités, etc. (article 9, 12, alinéa 2, 29, 63, alinéa 2, accidents). On ne saurait toutefois obliger une caisse publique à remplir ces fonctions pour des personnes qui ne seraient pas assurées auprès d'elle, mais auprès d'une caisse libre. Il faut donc que cette dernière s'engage à servir d'organe auxiliaire à l'assurance-accidents, en ce qui touche ses membres tenus à l'assurance (article 178, b, maladies et 12, alinéa 2, accidents).

II. Nous faisons dépendre encore l'assimilation des caisses libres aux caisses publiques de trois autres conditions ou réserves, qui sont dans l'intérêt des caisses publiques, des communes d'assurance et du public en général.

a. Le fonctionnement normal du service public de l'assurance suppose une situation suffisamment prospère des caisses publiques. L'état, qui répond du fonctionnement de ce service et par conséquent de la prospérité de ces caisses, a dès lors le droit d'imposer à l'initiative privée les limitations que dicte la poursuite de ce but. *Salus publica suprema lex*. De même que les caisses communales — qui *doivent* subsister en toutes circonstances — ont le pas sur les caisses d'entreprises, il est nécessaire que les caisses publiques en général aient le pas sur les caisses libres; c'est dire que l'intérêt de ces dernières doit, en cas de conflit, céder à l'intérêt des caisses publiques. A ce défaut, mieux vaudrait n'instituer aucune caisse publique et remettre entièrement aux caisses libres le service de l'assurance, en ne nous inquiétant pas du sort des personnes tenues d'être assurées mais qui ne trouveraient nulle part d'assureur.

Le principe de prééminence de l'intérêt public sur l'intérêt privé justifie donc la disposition par laquelle nous subordonnons l'assimilation d'une caisse libre aux caisses publiques, au fait que cette assimilation ne mette pas en péril l'existence d'une caisse publique (article 179, alinéa 2, a). On remarquera que nous ne faisons céder les institutions dues à l'initiative privée que dans la limite strictement nécessaire : c'est seulement aux personnes tenues d'être assurées que l'état a l'obligation de garantir la disposition d'un assureur, d'où nous concluons que les caisses libres ne seront nullement limitées dans la concurrence qu'elles pourraient faire aux caisses publiques en matière d'assurances *volontaires*; en d'autres termes, une caisse libre pourra enlever à une caisse publique jusqu'à son dernier membre volontaire, pourvu que la caisse publique ait encore au moins 200 membres obligés.

b. Il faut prévoir le cas où les *défaut du service* d'une caisse libre — qui aurait parmi ses membres des personnes tenues à l'assurance — obligerait, non pas peut-être à retirer la concession, mais tout au moins à refuser pour un certain temps l'assimilation de cette caisse aux caisses publiques.

Supposons quelques exemples : 1° Les assurés d'une caisse libre se plaignent continuellement, et sans que des sommations adressées à la caisse aient produit le moindre effet, de ne recevoir que d'une manière incomplète ou tardive les prestations légales. Devrait-on se borner à renvoyer chaque fois les plaignants à se pour-

voir devant les tribunaux? — 2° Dans telle caisse libre, les contributions des membres tenus à l'assurance sont — à prestations égales — plus élevées que celles des autres membres; la différence est partagée, suivant certaines proportions et sous certaines formes, entre la caisse et ses membres tenus à l'assurance. Obligera-t-on les employeurs qui font les frais de ce scandale à intenter à la caisse pour chaque contribution un procès soumis à des chances variables? L'autorité de surveillance n'aura-t-elle que la ressource de retirer à la caisse sa concession, — ou ne convient-il pas plutôt, ensuite de sommations, de déclarer la caisse déchuë pour un certain temps de son droit d'accueillir des personnes tenues à l'assurance? — 3° Une caisse libre, par le moyen d'argent ou d'autres dons, enlève à la caisse publique les personnes jeunes et vigoureuses tenues à l'assurance; la commune d'assurance encourt de ce fait l'obligation de supporter des déficits. C'est là, dira-t-on, de la part de la caisse privée un acte de libre concurrence; nous ne le croyons pas, attendu que la caisse publique ne saurait se livrer à une propagande semblable ou qu'elle devrait tout au moins en faire peser les frais sur les membres mêmes de sa direction. Chacun a du reste le sentiment que cette réclame ne convient pas.

Il pouvait encore moins être question dans la loi qu'ici de prévoir spécialement tous les cas imaginables; plutôt que de tenter une énumération et de la faire suivre d'un « *et cætera* », nous avons donc préféré l'expression générale d'« *inconvenients graves* » (article 179, b). L'application de la loi fournira une définition pratique de cette notion.

c. La dernière condition que nous mettions à l'assimilation d'une caisse libre aux caisses publiques est que cette caisse s'engage à *conserver ses membres tenus à l'assurance* (article 178, b, et 181, alinéa 3); à défaut de cette obligation, la caisse libre, qui n'aurait accueilli que des assurés jeunes et bien portants, s'empresserait — avec leur consentement obtenu d'une manière et à un moment quelconques — de s'en décharger sur les caisses publiques quand ces personnes auraient vieilli ou deviendraient malades; les caisses publiques récolteraient ainsi les mauvaises années d'assurance des anciens membres de caisses libres.

L'obligation d'une caisse libre de garder ses membres tenus à l'assurance ne doit pourtant pas être exagérée:

Un ouvrier d'Escher, Wyss et C<sup>ie</sup>, à Zurich, entre dans la caisse catholique de Zurich; mais bientôt il s'engage aux ateliers mécaniques d'Yverdon. Devra-t-il, malgré le désir contraire de lui-même et de la caisse catholique de Zurich, rester membre de cette caisse? — Ou bien, ce même ouvrier quitte Escher, Wyss et C<sup>ie</sup> et

s'établit à son compte à Zurich ; il cesse donc d'être tenu à l'assurance ; mais, après de longues années et alors qu'il est devenu vieux et maladif, il s'engage dans la fabrique de teinture sur soie Fierz, à Zurich. Sera-t-il *obligé* de rentrer dans son ancienne caisse catholique, et cette caisse sera-t-elle *obligée* de le reprendre ?

Le régime consacré par les alinéas 3 et 4 de l'article 181 évite l'exagération des obligations des caisses libres ; si ces caisses commettaient des abus, la caisse publique lésée pourrait ouvrir action en dommages-intérêts et il y aurait lieu d'appliquer l'article 178, lettre *b*.

Les caisses libres envers lesquelles les *communes d'assurance* auront les mêmes obligations qu'envers les caisses publiques seront aussi celles qui rempliront les conditions que nous venons d'énumérer (article 183, alinéa 2) ; en d'autres termes, pour avoir droit à la garantie, par une commune d'assurance, des contributions des personnes tenues de s'assurer en vertu des articles 6 ou 7 (article 75), une caisse libre devra satisfaire aux mêmes conditions que pour pouvoir réclamer directement aux employeurs de ses assurés obligés les contributions de ces assurés. Il est du reste probable que les caisses libres ne rechercheront guère la clientèle des personnes assurables en vertu des articles 6 ou 7, ces personnes constituant en moyenne des éléments onéreux pour leurs assureurs.

46. Après avoir établi les conditions d'assimilation d'une caisse libre aux caisses publiques, en matière d'obligations des employeurs et des communes d'assurance, il nous reste à déterminer la forme extérieure qui consacrera cette assimilation. Comme on l'a vu, l'avant-projet soumis à la commission d'experts se bornait à énoncer le principe que les personnes tenues d'être assurées pourraient satisfaire à cette obligation en s'affiliant à une caisse libre remplissant certaines conditions ; on aurait examiné dans chaque cas particulier la question de savoir si ces conditions étaient remplies. Mais, nous étant décidés à faire une place plus large aux caisses libres, nous devons prévoir que l'affiliation à ces caisses sera très fréquente, et il convient dès lors de consacrer formellement l'existence des caisses libres autorisées à recevoir des assurés tenus à l'assurance. Nous distinguons par conséquent les « caisses inscrites » du nombre des « caisses libres de secours » en général. L'expression de « caisse inscrite » est employée déjà dans un sens analogue par d'autres législations (voir le rapprochement du texte de nos projets et des textes des lois allemandes et autrichiennes).

La situation des caisses inscrites est réglée par les articles 178 à 184 de notre projet maladies ; on peut résumer ces articles comme suit :

Art. 178. Toute caisse libre de secours qui veut se faire reconnaître comme caisse inscrite doit s'annoncer à l'autorité d'assurance,

a. en fournissant la preuve qu'elle garantit un minimum de prestations (condition I a ci-dessus);

b. en s'engageant à servir d'organe auxiliaire à l'établissement fédéral d'assurance contre les accidents (condition I d).

Ensuite de cette preuve et de cet engagement, la caisse est reconnue comme « caisse inscrite », pour autant que ce fait ne met pas en péril l'existence d'une caisse publique (condition II a).

Art. 179. La qualité de caisse inscrite se perd par renonciation ou par retrait. Le retrait peut être prononcé par l'autorité d'assurance,

a. lorsque le maintien de la qualité de caisse inscrite mettrait en péril une caisse publique (condition II a);

b. lorsque des inconvénients graves continuent à se manifester, du fait de la caisse inscrite et malgré sommation adressée à cette dernière, pour ses membres tenus à l'assurance, pour les personnes qui ont à fournir les contributions de ces membres ou pour une caisse publique d'assurance contre les maladies (condition II b).

Art. 181. Les personnes tenues d'être assurées peuvent satisfaire à cette obligation en s'affiliant à une caisse inscrite établie au lieu de leur résidence ou de leur travail (condition I c).

Toute personne qui a fait usage de cette faculté reste membre de la même caisse inscrite aussi longtemps qu'elle est tenue à l'assurance dans l'arrondissement d'assurance où elle avait sa résidence ou son travail au temps de son affiliation, et pourvu que son obligation à l'assurance ne cesse pas durant plus de quatre semaines. Toutefois, avec l'assentiment de l'autorité d'arrondissement, la direction de la caisse publique dont l'assuré relève peut admettre cet assuré sur sa demande, moyennant ou sans indemnité à payer par la caisse inscrite (condition II c).

Art. 183. La part de contributions payable par l'employeur ou par la commune d'assurance ne peut excéder la valeur que l'employeur ou la commune devraient fournir si l'assuré était membre de la caisse publique dont il relève (condition I b).

La concession et le retrait de la qualité de caisse inscrite sont de nature administrative et appartiennent à l'office fédéral des as-

surances; nous prévoyons un droit de recours contre les décisions de cette autorité supérieure au conseil fédéral (article 180). Il semble que les caisses libres aient ainsi toutes garanties contre les décisions arbitraires. Mais si l'on voulait aller plus loin encore, il suffirait de statuer que le retrait de la qualité de caisse inscrite sera de nature judiciaire, et rentrera dans la compétence du tribunal fédéral; toutefois, la procédure serait dans ce cas très compliquée, et les procès de ce genre demanderaient beaucoup de temps.

Au point de vue de l'assurance des personnes tenues d'être assurées, nous ne connaissons que des caisses libres n'assurant aucune de ces personnes, et d'autres caisses libres — celles dites « inscrites » — qui peuvent les recevoir et qui ont, pour leurs membres de cette catégorie, les mêmes droits que les caisses publiques à l'égard des employeurs et des communes d'assurance. Nous ne connaissons donc pas de troisième genre de caisses libres, soit celles qui, pouvant recevoir des personnes tenues à l'assurance, n'auraient pas de droits à l'égard des employeurs de ces personnes et de leurs communes d'assurance.

47. Les observations qui précèdent montrent que nos projets respectent non seulement la lettre, mais aussi l'esprit de la disposition constitutionnelle qui prescrit de « tenir compte des caisses de secours existantes ». Certains partisans convaincus de l'assurance populaire trouveront peut-être que nos concessions aux caisses libres sont excessives et défigurent notre œuvre; mais ils devraient ne pas oublier que nous sommes liés par la Constitution, et qu'on attend de nous une œuvre de paix en même temps que de progrès social. Nous aimerions d'autre part dissuader les représentants des caisses libres de réclamer des concessions plus grande encore, car à trop tendre un arc il se brise. Tout le monde est persuadé de la nécessité de faire « quelque chose »; mais si chacun ne veut se rallier qu'à une solution réalisant exactement ses vues, il est évident que nous n'aboutirons à rien. La législation, surtout dans un état démocratique, est faite de concessions réciproques entre des idées et des tendances divergentes, et nous croyons vous proposer une solution à laquelle tout le monde puisse se rallier.

Nous espérons que les caisses publiques et les caisses libres vivront en bonne intelligence, conscientes du préjudice que leurs dissensions feraient subir au but grandiose qu'elles doivent toutes poursuivre. Nous comptons en particulier que les diverses caisses s'entendront pour se faciliter réciproquement leur service; c'est ainsi que chaque employeur pourrait ne pas verser les contri-

butions de ses ouvriers à chacune des caisses publiques ou libres dont ses ouvriers seraient membres, mais seulement à l'une de ces caisses — à charge pour celle-ci d'opérer la répartition par voie de paiement ou de compensation.

Le sens pratique du peuple suisse, qui a déjà vaincu plus d'un obstacle, ne se laissera pas arrêter par les difficultés que présente l'organisation des rapports entre caisses de natures diverses.

\* \* \*

Nous terminerons ici la partie générale du présent message et, avec elle, l'exposé systématique des motifs de nos projets de lois. Vous trouverez dans les pages qui suivent le commentaire de certains articles de ces projets ; du reste, maint exposé d'ordre général a dû, pour plus de clarté, être intercalé dans cette partie spéciale à propos de l'article qui lui donnait plus directement lieu.

La partie spéciale traitant du projet de loi d'assurance contre les accidents est beaucoup plus brève que celle qui concerne le projet maladies. Cette différence est due à la simplicité plus grande de l'assurance-accidents et au fait que le projet de loi concernant cette assurance s'inspire essentiellement du mémoire déjà cité joint à notre message du 28 novembre 1889.

---

## B. Partie spéciale.

### I. Assurance contre les maladies.

#### A. Etendue de l'assurance.

(Articles 1 à 9.)

**Art. 1. 1.** — Nos projets ne connaissent aucune différence entre les *étrangers* à la Suisse et ses nationaux, quant à l'obligation à l'assurance; il suffit qu'une personne travaille en Suisse dans les conditions fixées à l'alinéa 1 pour qu'elle soit assurée, sans distinction de nationalités. L'exclusion des étrangers, spécialement de ceux qui sont depuis longtemps établis parmi nous, constituerait une injustice; d'autre part, on rencontrerait de grandes difficultés à tracer une limite entre les étrangers habitant la Suisse et ceux qui n'y font qu'un court séjour. En outre, si l'on excluait les étrangers de l'obligation à l'assurance, il faudrait laisser subsister à leur égard le système de la responsabilité civile; de ce fait résulterait pour maint chef d'entreprise la tentation d'employer de préférence des ouvriers étrangers, afin d'éviter de payer des contributions et des primes. Il ne saurait plus être question non plus du principe de réciprocité, à moins d'admettre un système intermédiaire plein de difficultés: n'assurer que les étrangers dont le pays d'origine garantirait à nos ressortissants ou à leurs ayants-droit, en cas de maladies ou d'accidents, des prestations équivalentes ou comparables à celles que nos projets prévoient. L'expérience faite dans d'autres domaines montre qu'un système semblable donne lieu à des enquêtes souvent difficiles et d'un caractère fâcheux.

Il ne faut point, d'autre part, se dissimuler que l'assurance des étrangers entrainera de grandes difficultés pratiques: il arrivera souvent qu'un malade de nationalité étrangère, sitôt que son état le permettra, regagnera son pays d'origine pour y terminer sa convalescence; ce même fait se produira chez l'étranger invalide ensuite d'accident, et très souvent aussi des bénéficiaires de rentes, parents survivants d'un étranger mort en Suisse, habiteront une localité étrangère éloignée de nos frontières. Ces divers cas entraveront le service de nos caisses d'assurance; nous croyons toutefois diminuer les difficultés, dans l'assurance-maladies, en introduisant l'alinéa 2 de l'article 47 et l'article 53, alinéas 2 à 4, du projet-maladies; dans l'assurance-accidents, l'article 28 a le même but en déclarant applicable l'article 47 précité, en même temps que l'article 47, alinéa 2, du projet-accidents permet d'obliger le rentier à se présenter devant telle autorité ou devant telle personne digne de foi, en Suisse ou à l'étranger.



Nous prévoyons du reste, que d'ici à un nombre d'années plus ou moins considérable, la France et l'Italie créeront des institutions analogues à celles qui fonctionnent en Allemagne et en Autriche, et à celles que nous vous proposons de fonder aujourd'hui en Suisse. On pourra alors conclure une entente internationale organisant entre pays divers un échange de renseignements qui fera disparaître les difficultés que nous signalons plus haut. En attendant, rien n'empêchera la Suisse de s'entendre avec l'Autriche et l'Allemagne, sitôt que nos projets auront été adoptés.

2. — Il s'agit de protéger, par le moyen de l'assurance obligatoire, les travailleurs occupés dans des entreprises ayant leur siège en Suisse. L'ouvrière résidant en Alsace et qui vient travailler dans une fabrique de Bâle est assurée, la cause déterminante de son obligation à l'assurance étant le fait de son *occupation, sur territoire suisse*, par une maison ayant son siège en Suisse. Mais si une maison suisse s'établit à l'étranger ou y crée des succursales, et occupe sur territoire étranger des ouvriers *pour un temps considérable*, l'obligation à l'assurance s'éteint pour ces ouvriers; nous les remettons à la protection des institutions du pays dans lequel ils travaillent, attendu qu'il y aurait d'immenses difficultés pour les caisses d'assurance suisses à surveiller leurs assurés établis à l'étranger. Par contre, nous maintenons au bénéfice de l'assurance les personnes travaillant *passagèrement à l'étranger*, pour le compte d'employeurs établis en Suisse. Le domestique de campagne de Rheinau, qui passe chaque jour le pont du Rhin pour aller cultiver la vigne que son maître possède sur territoire badois, est assuré en Suisse. Mais si le propriétaire de Rheinau a engagé, pour sa vigne située sur territoire badois, un ouvrier vigneron établi sur la rive droite du Rhin, nous n'assurons pas ce vigneron: son activité comme ouvrier ne s'exerce pas en Suisse et il demeure pour ainsi dire étranger à l'exploitation rurale de son maître en Suisse. L'ouvrier monteur que la maison Escher, Wyss et C<sup>ie</sup>, de Zurich, envoie à Dijon pour y monter une machine à papier, et dont on prévoit qu'il sera occupé quinze jours ou trois semaines à ce travail, reste tenu à l'assurance; mais l'ouvrier que la même maison charge d'aller monter au Brésil deux machines à vapeur n'est plus considéré comme ne travaillant que « passagèrement » à l'étranger et cesse, à son départ, d'être tenu à l'assurance; si elle le veut, la maison qui l'envoie le munira d'une police d'assurance individuelle. Les ouvriers que la maison Sulzer frères, à Winterthur, occupe dans sa succursale de Ludwigshafen (Palatinat) demeurent étrangers à nos assurances, qu'ils soient Suisses ou non.

Tel est le sens des mots « sur territoire suisse..., ayant leur siège en Suisse..., résidant en Suisse » à l'alinéa 1, et telle est l'explication des alinéas 2 et 3.

L'application pratique des principes que nous venons d'exposer donnera lieu à des doutes et à des difficultés, spécialement dans les régions frontières de notre territoire; il est malheureusement impossible de prévoir et de régler, dans la loi, tous les cas si divers qui se présenteront. La législation suisse et celle des pays limitrophes se trouveront parfois en conflit, et le voisinage de régimes légaux différents donnera lieu à des manœuvres difficiles à prévenir: tel employeur tentera de se soustraire à l'obligation de payer les contributions et les primes de son ouvrier, en alléguant que cet ouvrier n'est pas assurable en Suisse; tel ouvrier prétendra sans droit à des prestations des assurances suisses, attiré qu'il sera par la perspective d'indemnités supérieures à celles que fournissent les assurances de l'étranger; tel autre employé fera valoir, avec succès peut-être, ses prétendus droits dans deux pays à la fois. Pour prévenir ces abus il n'y a qu'un moyen, savoir la conclusion d'une entente internationale, intéressant avant tout les habitants des régions frontières et passée avec ceux des pays voisins qui posséderont des institutions semblables aux nôtres.

3. — La fixation à *quatorze ans révolus* de l'âge minimum que doivent avoir atteint les personnes tenues à l'assurance s'explique par la disposition de l'article 16 de la loi fédérale sur le travail dans les fabriques, du 23 mars 1877.

4. — Il n'y aurait aucune raison pour soumettre à l'assurance les personnes dont on sait d'avance, par les clauses de leur *contrat* de louage ou vu *la nature même* de leurs services, qu'elles ne louent ces derniers que pour une courte durée, — comme l'ouvrière qui va en « journées » ou comme l'agriculteur qui aide passagèrement son voisin durant les gros travaux de la campagne. Il ne vaudrait pas la peine d'inscrire ces personnes dans les registres et de percevoir une contribution et une prime. En outre, à supposer que la loi déclarât tenus à l'assurance — et par conséquent assurés d'office — même ceux qui ne travaillent au compte d'autrui que durant une courte période, on s'exposerait à l'abus suivant: telle personne atteinte d'une maladie ou d'un accident et qui n'était en réalité pas assurée, simulerait après coup l'existence, au temps du sinistre, d'un contrat de louage de services de courte durée, et réclamerait des indemnités en vertu de la prétendue assurance créée de plein droit par ce contrat; comme il est facile de simuler l'existence d'un louage de services de courte durée, on verrait fréquemment des malades peu scrupuleux recourir à cette manœuvre. D'autre part en disant que, pour fonder une dispense d'assurance, la limitation de durée doit être

établie *d'avance et par contrat*, nous soumettons avec raison à l'assurance l'ouvrier qui avait été engagé pour une durée indéterminée ou plus longue que six jours, mais qui en fait a donné ou reçu son congé déjà au cours de la première semaine.

En adoptant *une semaine* comme durée maximum du contrat de louage qui n'entraînera pas soumission à l'assurance, nous négligeons la disposition de l'article 344 du code fédéral des obligations, qui fixe à « deux semaines » la période « considérée comme un temps d'essai ». Il nous était en effet impossible d'admettre ici cette durée de deux semaines; la dispense d'assurance en cas de louage de services d'une durée moindre d'une semaine constitue déjà une exception regrettable, dont il faut éviter d'augmenter la portée.

C'est avec intention que nous ne disons pas: « toutefois, l'obligation ne s'étend point aux personnes dont la durée d'occupation *n'a pas été fixée à plus d'une semaine* », mais « ...aux personnes dont la durée d'occupation *est limitée à moins d'une semaine*, » Un louage de services d'apprenti ou de domestique commence presque toujours avec l'idée, des deux parts, que ce louage durera pendant un temps prolongé, et l'engagement n'est presque jamais « limité à une durée moindre d'une semaine ». De ce fait il résulte que l'apprenti et le domestique, nonobstant l'article 344 C. O., seront dès le début assurables et par conséquent assurés, à moins de limitation expresse de leur occupation — d'avance et par contrat — à une durée moindre d'une semaine.

Les observations qui précèdent permettent de résoudre la question de l'obligation à l'assurance des employés engagés « à l'essai ».

Les personnes que l'article 1 exclut de l'obligation absolue à l'assurance, en raison de la nature même ou du peu de durée des engagements qu'elles contractent, sont précisément au nombre de celles que *les communes d'assurance et les cantons* pourront soumettre à l'obligation, en vertu des articles 6 ou 7.

**Art. 2 et 3.** — Nous n'étendons pas l'obligation de s'assurer à certaines personnes qui, bien que travaillant au compte d'autrui, ne rentrent pas dans la classe des salariés proprement dits et n'ont pas, en général, un urgent besoin de l'assurance; ces personnes jouissent d'une situation économique et sociale préférable à celle des ouvriers, et leur travail est payé en « honoraires » plutôt qu'en « salaires ». Mais ce qui doit les distinguer est le *montant du produit de leur travail* plutôt que le titre de leurs fonctions. Nous statuons dès lors que tout individu dont le traitement annuel excède 5000 francs sera dispensé de l'assurance. La commission d'experts, en fixant le traitement-limite à 3000 francs, avait le tort de créer

la situation suivante: un assez grand nombre de personnes, qui gagnent de 3000 à 5000 francs et qui sont actuellement au bénéfice du régime de la responsabilité civile, auraient vu ce régime abrogé — sans avoir en échange l'avantage d'être comprises dans les assurés obligés, c'est-à-dire de bénéficier d'une assurance dont la majeure partie des frais incombe à d'autres qu'à l'assuré. Dès lors, en se ralliant au chiffre-limite de 3000 francs, il n'aurait plus été possible d'abolir *entièrement* le régime de la responsabilité civile, et il aurait fallu — malgré tous les inconvénients qui en seraient résultés — conserver ce régime en faveur des employés non tenus à l'assurance.

Il faut se garder de confondre la somme de 5000 francs — traitement au-delà duquel on est dispensé de l'assurance —, avec la valeur fixée à l'article 78, dernier alinéa, et qui constitue le maximum de salaire pris en considération par l'assureur: le monteur qui gagne 4800 francs par an n'en est pas moins tenu à l'assurance, mais — pour le calcul de ses contributions et indemnités — il est réputé gagner fr. 7. 50 par jour et non pas 16 francs, comme en réalité.

Les *fonctionnaires et employés de l'état* (Confédération, cantons ou communes) restent en dehors de l'assurance obligatoire: ils ne travaillent pas au compte d'une « personne » physique ou juridique autre que la leur, mais au compte d'une « institution » ou autorité publique. Ces fonctionnaires et employés n'ont pas besoin de l'assurance, du moins en ce qui touche les risques de maladies, vu que leur traitement continue à courir pendant qu'ils sont malades. Presque tous du reste seront assurés à titre volontaire; l'expérience montre en effet que les pouvoirs publics dont ces personnes dépendent les engagent toujours davantage à contracter des assurances, en leur fournissant tout ou partie des primes. En attendant de pouvoir s'assurer volontairement contre les accidents auprès de l'établissement fédéral, les employés de l'état concluront des polices individuelles ou collectives avec des sociétés privées.

Il faut considérer aussi toute une catégorie de personnes qui tiennent le milieu entre les fonctionnaires ou employés de l'état et les employés ou ouvriers des *établissements industriels exploités par la Confédération, les cantons ou les communes* (usines à gaz): ce sont les employés qui, dans ces établissements, remplissent les fonctions de surveillants, de contre-maitres, de comptables, etc., sans être de ce fait des fonctionnaires proprement dits. Nous faisons dépendre leur obligation à l'assurance du fait de gagner un salaire supérieur ou inférieur à la somme de 5000 francs dont nous parlions plus haut, et du *caractère plus ou moins public que la charge de ces fonctionnaires affecte*. Le mode de nomination, la durée de

l'engagement, la possibilité de renvoi et la responsabilité civile et pénale des dites personnes permettront de déterminer le caractère de leur charge.

L'article 2 n'intéresse pas les agents de la police communale, huissiers, veilleurs de nuit, portiers, concierges, guets, etc., qui rentrent parmi les personnes visées à l'article 1.

**Art. 5.** — Du moment que l'obligation à l'assurance est étendue à tous les ouvriers et à toutes les ouvrières, il paraît logique d'étendre aussi aux entreprises *d'une certaine importance, même non soumises à la loi sur les fabriques*, l'obligation de tenir un *contrôle*. L'article 194, à l'examen duquel nous renvoyons, porte *sanction* de cette obligation. — Aux articles 21, alinéa 5, et 77, alinéa 4, nous avons prévu et réprimé l'*usage abusif* des contrôles d'assurés tenus par les caisses, et des états de salaires fournis par les employeurs; mais il nous a paru que l'usage des contrôles d'ouvriers ne pouvait guère donner lieu à des abus, indépendamment de l'usage des états de salaires ou des contrôles d'assurés, et c'est pourquoi nous n'avons pas prévu spécialement les cas d'usage abusif des contrôles institués par le présent article.

**Art. 6 et 7.** — Il s'agit ici des personnes dont l'obligation à l'assurance, « relative » pour ainsi dire, a déjà été examinée dans la partie générale du présent message.

1. — Il n'était peut-être pas nécessaire de dire que *les cantons ne peuvent empêcher les communes d'assurance* de leurs territoires d'exercer les compétences que la loi reconnaît à ces communes. Nous l'avons néanmoins expressément stipulé, en établissant que la *majorité absolue* suffira pour l'exercice de ces compétences; à défaut de la fixation de la majorité requise, tel canton aurait pu rendre illusoire les compétences de ses communes, en exigeant une majorité plus forte, voire même l'unanimité. La reconnaissance formelle de la majorité absolue implique une limitation du rôle d'organiseurs dévolu aux cantons par l'article 13. Nous avons renoncé à fixer dans la loi les caractères de cette « majorité absolue », ne pouvant savoir quelles autorités de leurs communes politiques les cantons chargeront (article 13) de prendre les décisions obligeant leurs communes d'assurance. Il nous a paru décidément superflu de dire que, pour le calcul de la majorité, on devra se baser sur le nombre des votants et non sur celui des électeurs.

2. — Un canton qui veut édicter l'extension de l'obligation ne saurait le faire que pour *toutes les communes d'assurance comprises dans son territoire*. Mais, même dans ce cas et nonobstant le fait que l'extension émane du canton lui-même, les institutions d'assu-

rance n'entrent en rapports directs qu'avec les communes d'assurance; ce sont ces dernières qui répondent avant tout du paiement des contributions et des primes (articles 75 maladies et 67, alinéa 1, accidents), tandis que le canton n'est que subsidiairement responsable des obligations de ses communes (articles 13, alinéa 3, maladies et 67, alinéa 2, accidents).

La création de rapports directs entre les caisses d'assurance et les communes est tout à l'avantage du canton; il va sans dire du reste que ce dernier pourra toujours, s'il le préfère, se substituer à ses communes, pour l'exécution de leurs obligations.

3. — L'article 6, lettre *b*, mentionne les ouvriers d'une industrie domestique, travaillant à leur propre compte; les ouvriers d'une industrie domestique, travaillant au compte d'autrui, sont absolument tenus à l'assurance, en vertu de l'article 1.

4. — Pour les ouvriers d'une industrie domestique, c'est le lieu du travail et non le lieu de résidence qui est déterminant (article 6, lettre *b*).

**Art. 8.** — Une personne est tenue à l'assurance en vertu de la loi même (article 1) ou en vertu de la décision d'une commune d'assurance ou d'un canton (article 6 ou 7). Dans le premier cas, le fait seul d'être assurable emporte d'office la qualité d'assuré (article 26, alinéa 1); dans le second cas par contre, l'assurance ne naît qu'ensuite du fait, par la personne tenue à l'assurance, de s'annoncer ou d'être annoncée (article 26, alinéa 2). L'article 8 règle les compétences quant aux contestations qui s'élèvent sur l'existence de l'assurance d'office ou de l'obligation de s'assurer; ces compétences sont remises à des autorités administratives, tandis que les questions d'affiliation volontaire relèvent de l'ordre judiciaire (article 164, lettre *a*). Nous avons préféré ici les autorités administratives parce qu'il s'agit plutôt de droit public que de droit privé, et parce que les décisions prises valent aussi pour l'assurance-accidents (article 20 accidents). Or, pour cette dernière, ces décisions revêtent une grande importance et il aurait été inadmissible de les faire rendre par les organes subalternes de l'assurance-maladies; d'autre part, en remettant ces décisions — pour ce qui concerne l'assurance-accidents — à des autorités distinctes, on aurait vu se produire l'anomalie suivante: dans des circonstances identiques, les autorités de l'une des branches d'assurance auraient reconnu telle personne comme tenue à l'assurance, tandis que les autorités de l'autre branche se seraient prononcées en sens contraire. Le désir d'éviter de semblables conflits nous a fait attribuer la compétence, pour l'une et l'autre branches, à l'office fédéral des assurances; nous avons réservé un recours au conseil fédéral, en considérant que, si l'office des assurances se

trouvait hors de cause en matière maladies, il était au contraire partie en matière accidents.

Les personnes physiques ou civiles les plus diverses peuvent avoir intérêt à une décision portant sur l'obligation de tel individu à l'assurance; nous n'avons donc pas cru devoir déterminer dans la loi les personnes admises à intervenir à l'occasion de ces décisions. Celles-ci pourront-elles modifier des droits acquis et fonder par exemple une restitution d'indemnités? Si oui, dans quelle mesure? Le règlement de ces questions par la loi elle-même nous aurait entraînés trop loin; il est du reste probable que les constatations de ce genre seront rares.

Il arrivera par contre souvent qu'une question d'affiliation à l'assurance ne naitra que devant le juge, par exemple à propos d'une contestation sur le droit aux prestations des assurances; dans ce cas, il conviendra que le juge sépare les deux questions, renvoie la première à l'autorité désignée par l'article 8, alinéa 1, et reconnaisse la décision de cette autorité. Tel est le sens des alinéas 2 des articles 8 et 184 maladies. Actuellement déjà, nous rencontrons dans la loi sur le travail dans les fabriques, du 25 juin 1881 (article 14), et dans la loi sur l'expropriation pour cause d'utilité publique, du 1<sup>er</sup> mai 1850 (article 26), des dispositions analogues à celles que nous vous proposons (voir le commentaire de Hürlimann à la loi du 1<sup>er</sup> mai 1850, article 26, note 2).

Il n'est pas nécessaire de prévoir spécialement le cas où un juge passerait outre à la décision de l'office des assurances ou du conseil fédéral, touchant l'affiliation de telle personne à l'assurance

**Art. 9.** — L'alinéa 2 est particulièrement important; il interdit par exemple aux cantons de *restreindre*, par le moyen d'ordonnances de police, le droit de s'assurer volontairement contre les maladies. Les cantons au reste conservent la compétence législative que leur réserve l'article 896 C. O.; ils peuvent l'exercer même en matière d'assurance-maladies, mais sans préjudice aux dispositions de la loi dont nous vous soumettons aujourd'hui le projet.

## B. Division du territoire.

(Articles 10 à 14.)

1. — Les dispositions des articles 11, alinéas 2, et 12, alinéa 4, empêchent que l'on trouble l'unité de gestion établie par l'article 20.

2. — L'article 14 reconnaît au conseil fédéral une simple faculté, mais ne lui impose aucune obligation.

## C. Organisation du service public de l'assurance

(Article 15.)

### I. Les caisses publiques d'assurance contre les maladies (article 16).

On ne saurait ranger les caisses libres inscrites parmi les caisses publiques, vu que c'est précisément leur caractère privé qui les distingue de ces dernières. Il ne serait de même possible de faire partager aux caisses inscrites tels des droits des caisses publiques que si les premières n'assuraient que des personnes tenues à l'assurance; mais on ne peut songer à leur imposer cette limitation. Dans ces circonstances, les caisses inscrites ne devraient jouir que pour leurs membres tenus à l'assurance des droits dévolus aux caisses publiques, et ces droits seraient absolument déniés aux caisses inscrites ne comptant que des assurés volontaires. Or de telles distinctions sont impossibles à appliquer.

#### 1. Dispositions communes et générales (articles 17 à 23).

1. — Nous n'avons fait figurer sous ce titre que les dispositions générales ou *de principe* qui régissent les deux espèces de caisses publiques. Quant aux dispositions *de détail* communes à ces deux espèces, elles ont été établies à propos des caisses communales et nous n'avons fait que de les rappeler sous le titre des caisses d'entreprises (voir par exemple l'article 138, dernier alinéa); en les répétant intégralement, nous aurions enflé à l'excès le volume de la loi.

2. — Nous nous sommes demandé s'il ne conviendrait pas, dans l'intérêt de la dignité des délibérations, d'interdire aux caisses publiques de tenir leurs assemblées générales ou les séances de leurs directions ou de leurs comités dans des débits de boissons, — et si la loi ne devrait pas formellement proscrire la consommation de boissons alcooliques durant ces assemblées et ces séances. Tout en renonçant à adopter une disposition de ce genre, nous rappelons que chaque caisse publique sera libre de l'insérer dans ses statuts.

3. — La fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande propose (page 150 ci-dessus) de statuer dans la loi que :

« Toutes discussions politiques et religieuses sont rigoureusement interdites au sein des caisses et des sociétés d'assurance ».

L'idée dont cette proposition dérive nous est en elle-même très sympathique. Mais il ne saurait être question d'établir une interdiction semblable à l'égard des caisses libres, et son application aux caisses publiques aurait un caractère inquisitorial; elle nécessiterait une surveillance étroite et néanmoins inefficace. Nous



nous bornons dès lors à interdire les *décisions et dispositions statutaires* qui seraient sans rapport direct avec le but légal des caisses, soit l'assurance contre les maladies (articles 105, a, et 143).

**Art. 18.** — La rédaction définitive de cet article dépendra de la manière dont la question d'exemption d'impôts sera réglée par la loi sur la banque fédérale, que vous examinez maintenant et qui traite d'un sujet analogue à celui de nos caisses publiques d'assurance.

**Art. 21.** — A l'alinéa 3, on comparera les termes de « qui justifie d'un intérêt direct » avec ceux de l'article 163, alinéa 1.

**Art. 22.** — Il est nécessaire que les décisions et élections qui ne peuvent donner lieu à recours que dans un délai déterminé (article 163) soient publiées; dès le jour de la publication, chacun est censé avoir connaissance de la décision ou de l'élection, et le délai de recours commence par conséquent à courir.

**Art. 23. 1.** — La double assurance est bien le point le plus compliqué du problème qui nous occupe. Le projet qui a servi de base aux premières discussions de notre département de l'industrie et de l'agriculture, en janvier 1893, contenait un article 20 ainsi conçu :

« Toute double assurance d'une personne affiliée à une caisse communale ou d'entreprise est interdite, pour autant qu'elle porte sur les prestations garanties par ces caisses.

« Toute violation intentionnelle de l'interdiction statuée à l'alinéa précédent sera réprimée. Au cas où un assuré, ensuite de sa double assurance, aura perçu les prestations de sa caisse communale ou d'entreprise concurremment avec celles d'une autre caisse, la valeur des prestations fournies par cette caisse sera remboursée par l'assuré à la caisse publique; l'assuré perd tout droit à des prestations ultérieures de la caisse communale ou d'entreprise, pour le temps qui s'écoule jusqu'à ce que le remboursement soit intégralement opéré. Lui-même, soit son employeur, n'en doit pas moins payer les contributions afférentes à cette période de suspension. S'il est membre volontaire, l'assuré peut en outre être exclu. »

Notre département de l'industrie et de l'agriculture chargea M. le Dr Rölli, chef de la division juridique au bureau fédéral des assurances, de lui faire un rapport sur la question de la double assurance. Après avoir étudié ce problème sous toutes ses faces (voir n° 16 des publications officielles), M. Rölli proposa l'introduction de la disposition suivante :

« Les caisses communales ou d'entreprises ne fournissent, à ceux de leurs assurés qui sont en même temps affiliés à d'autres caisses, que la différence entre les prestations de ces caisses et le dommage que les assurés prouvent avoir subi du fait de leurs maladies (frais de traitement et moins-value de salaires).

« Les membres de caisses communales ou d'entreprises, sous peine de perdre leurs droits aux prestations de ces caisses, sont tenus d'annoncer aux directions de ces dernières le fait de leur appartenance à d'autres caisses. L'avis doit être donné dans les 10 jours dès la date d'entrée dans la caisse communale ou d'entreprise, ou dans les 10 jours dès la date d'entrée dans l'autre caisse. »

Ensuite de la délibération qui eut lieu en janvier 1893, l'article 20 précité fut biffé et remplacé par l'article 23 actuel. Les avis les plus divers se firent jour au sein de la commission d'experts, mais on fut unanime sur les points suivants : la double assurance impliquant de graves dangers de simulation, l'on doit empêcher que l'assurance-maladies ne couvre plusieurs fois la valeur de la capacité de travail — pour autant que cette capacité est estimable en argent ; d'autre part, et bien que de puissants motifs militent en sens opposé, il ne convient pas d'interdire une assurance-maladies portant sur la part de dommage non-assurée par la caisse publique. La commission d'experts s'est toutefois abstenue d'énoncer aucune disposition de détail et n'a fait qu'admettre le principe que nous consacrons par l'article 23. La grande difficulté consiste à établir une sanction satisfaisante à toute interdiction plus détaillée ou plus complète que celle de cet article : nous manquons aujourd'hui des expériences nécessaires, et ne pourrions les acquérir qu'ensuite de l'entrée en vigueur des projets actuels. Si l'on éprouve plus tard le besoin de nouvelles dispositions légales, il sera toujours facile de les introduire dans la loi-maladies. Quant à ce qui concerne l'assurance-accidents, la situation est plus simple, vu qu'il ne peut être question d'interdire une double assurance portant sur les risques de décès ou d'invalidité.

Au reste, la législation fédérale sur les assurances, prévue par l'article 896 C. O., est sur le chantier et devra trancher en général, soit pour toutes les branches, la question de la double assurance.

2. — L'interdiction prononcée par l'article 23 est aussi claire que formelle, mais il sera souvent difficile d'en constater les violations : le lieu d'occupation et celui de résidence sont parfois très écartés l'un de l'autre, et une même personne pourra sans qu'on le sache être durant de nombreuses années membre obligé de la caisse communale ou d'entreprise opérant au lieu de son travail, et membre volontaire de la caisse communale du lieu de sa résidence.

Pour déjouer cette combinaison, le seul moyen serait que les caisses se communiquent réciproquement les contrôles de leurs membres (article 21 maladies). L'avis donné à l'autorité d'arrondissement en cas d'accident (article 25 accidents) ou le fait, par l'assuré malade, de séjourner en dehors du domaine des caisses dont il sera membre (article 48 maladies) fourniront aussi l'occasion de constater des doubles assurances.

3. — Les articles 177, alinéas 2 et 3, et 182 visent des cas de double assurance étrangers à l'article 23 et qui ne donnent pas lieu à une interdiction : ce sont les doubles assurances intéressant deux caisses libres, ou bien une caisse publique et une caisse libre, ou bien encore une caisse libre inscrite et une caisse publique.

## 2. Les caisses communales, assurant contre les maladies.

### a. Etendue territoriale (articles 24 et 25).

Pas d'observations.

### b. Membres des caisses communales.

#### 1. Membres obligés (articles 26 à 29).

**Art. 26 et 28. 1.** — Ces articles statuent (articles 26, alinéa 1, et 28, a) que l'appartenance à une caisse communale naît ou s'éteint *par le fait seul* d'acquérir ou de perdre la qualité qui emporte *obligation absolue* à l'assurance (article 1). Certaines dispositions permettent à la caisse communale de connaître toutes les personnes tenues à l'assurance en vertu de l'article 1, et d'être ainsi constamment au courant du début et de l'extinction de l'assurance de ces personnes. Ce sont : les dispositions de l'article 44, alinéa 1, combinées avec celles de l'article 21, alinéa 1, — les conséquences attachées à un défaut d'avis par les articles 44, alinéa 4, et 187, a, maladies, et l'assimilation établie par l'article 20, alinéa 1, accidents.

Il serait contraire au principe de l'obligation absolue à l'assurance de subordonner le début ou l'extinction de l'assurance au fait d'aviser la caisse ou bien au fait, pour cette dernière, d'être au courant du début ou de l'extinction du louage de services. Ce système du reste serait cause de graves injustices, tant aux dépens de l'assuré que de la caisse d'assurance. Prenons quelques exemples :

Le 15 février, A. entre au service de B. ; le 17, il tombe malade ; n'étant pas encore annoncé (article 44, alinéa 1) il n'aurait aucun droit aux prestations de la caisse. Entré le 15 février chez D., C. subit un accident mortel le même jour, une heure après son arrivée ; l'avis d'entrée, bien que rédigé, n'ayant pas

encore été remis à la poste ou n'étant pas encore parvenu à la caisse, les parents survivants de C. ne recevraient rien. Le 15 mars, E. a quitté le service de F.; on a oublié ou négligé d'en aviser la caisse, dont la direction ignore le départ de E. Celui-ci continue à figurer dans le contrôle des assurés et subit un accident le 15 avril, soit plus de quatre semaines après sa sortie de chez F. Il recevrait des indemnités de la caisse, par la seule raison que la loi aurait été violée (article 44, alinéa 1); la caisse ne pourrait que recourir (alinéa 4) contre l'employeur fautif, qui peut-être serait insolvable.

On a proposé de faire dépendre le *début* de l'assurance d'un avis donné dans un certain délai dès le commencement du louage de services; c'est seulement à l'échéance de ce délai qu'aurait lieu l'affiliation d'office. Ce système, inapplicable au reste à la détermination de l'*extinction* de l'assurance, ne préviendrait pas les injustices signalées plus haut.

Il faut donc se résoudre à statuer que le fait seul d'acquiescer ou de perdre l'obligation à l'assurance entrainera de plein droit le début ou l'*extinction* de l'assurance elle-même. L'application de ce principe ne manquera pas toutefois de donner lieu à de grandes difficultés pratiques. Pour l'*extinction* de l'affiliation, l'intérêt de l'employeur il est vrai nous viendra en aide: la crainte de devoir inutilement payer des contributions engagera le patron à annoncer la sortie de ses ouvriers. D'autre part, l'employeur n'aura en général aucune raison pour prétendre que tel employé malade ou victime d'un accident soit encore à son service, alors qu'en réalité cet employé serait sorti antérieurement au sinistre.

Mais c'est pour la détermination du *début* de l'assurance que les difficultés seront considérables. La naissance et l'existence d'un louage de services ne peuvent souvent pas être exactement constatées; c'est particulièrement le cas pour les personnes qui travaillent au compte d'un membre de leur famille: vivant chez ce parent dès leur enfance, ces personnes acquièrent insensiblement et pour ainsi dire inconsciemment la qualité d'employés qui les soumet à l'obligation d'être assurées.

Comme on le voit, la tentation sera grande, pour des personnes non assurées, de simuler ensuite d'un sinistre l'existence d'un louage de services, dans le but de se procurer abusivement les prestations de l'assurance: nous avons dit plus haut, à propos de l'article 1, que c'est entre autres pour éviter cet abus dans les cas où il pourrait le plus facilement se produire, que nos projets ne considèrent pas un louage de services de courte durée comme entraînant obligation à l'assurance. Mais, même pour des louages de plus longue

durée, l'abus sera difficile à déjouer dans tous les cas où des raisons de famille, d'amitié ou d'argent engageront un tiers à favoriser la fraude en se donnant pour l'employeur. Le seul moyen qui nous reste est l'intimidation produite par une répression énergique des cas de simulation; c'est pourquoi nous avons introduit les dispositions des articles 188, lettre *a*, maladies, et 53, 54, 83, lettre *c*, et 87 accidents.

2. — Tout ce qu'on a lu jusqu'ici à propos des articles 26 et 28 se rapporte uniquement à l'obligation *absolue* à l'assurance, soit aux personnes réellement ou soit-disant assurées en vertu de l'article 1. Il nous reste à parler des personnes dont l'obligation à l'assurance n'est que *relative*, c'est-à-dire issue d'une décision prise en application des articles 6 ou 7. Nous n'avons pas affaire ici dans chaque cas à deux individus qui, tout intéressés qu'ils fussent, pouvaient nous renseigner: l'employeur et l'employé-assuré. Le plus souvent, la personne assurée ou soit-disant telle est seule vis-à-vis de la caisse, et il serait dès lors entièrement impossible de subordonner la conclusion de l'assurance au seul fait pour cette personne de revêtir une qualité dont rien ne permet de constater la réalité. C'est dire que le *début* de l'assurance doit dépendre d'un avis formel donné par l'intéressé ou par la commune (article 26, alinéa 2).

La caisse restera indifférente au fait que toutes les personnes tenues à l'assurance en vertu des articles 6 ou 7 soient annoncées: c'est aux communes d'assurance et aux cantons qu'il appartiendra de faire respecter leurs décisions portant extension de l'obligation. Mais la caisse aura le droit d'examiner et, le cas échéant, de faire trancher conformément à l'article 8, la question de savoir si telle personne qu'on lui annonce est réellement tenue à l'assurance.

3. — Pour toute personne assurable en vertu des articles 6 ou 7, l'affiliation obligée *s'éteint* entre autres:

par le fait de perdre la qualité qui entraînait sa soumission obligatoire à l'assurance (art. 28, *a*) ou, ce qui revient au même, par le fait que la décision communale ou cantonale intéressant l'assuré cesse d'être en vigueur (art. 28, *b*).

Nous serions tentés de remplacer la première de ces conditions d'extinction par celle d'un avis donné à la caisse. Mais il faudrait alors régler la valeur relative de l'avis provenant de l'assuré lui-même et de l'avis provenant de la commune d'assurance; il faudrait en particulier décider que l'avis ne peut être donné que par telle des deux — personne assurée ou commune —, par les deux ensemble ou enfin par l'une ou par l'autre. Une disposition de ce genre serait compliquée et dès lors peu compréhensible pour le public. Aussi

avons-nous renoncé à introduire ici, à propos de l'*extinction* de l'assurance des personnes affiliées en vertu des articles 6 ou 7, la nécessité d'un avis correspondant à celui dont dépend le *début* de leur assurance.

Les abus que notre système pourrait occasionner seront prévenus par l'intérêt qu'aura l'assuré à ne pas devoir inutilement payer des contributions et des primes, et par sa crainte de mesures de police pour le cas où il n'annoncerait pas sa sortie (article 44, alinéas 2 et 4, et 187, lettre a).

4. — Mieux que partout ailleurs, l'on voit par les observations qui précèdent les immenses avantages que les caisses libres ou d'entreprises auront sur les caisses communales. Quelque système que nous adoptions, ces dernières seront — de la part de prétendus assurés — victimes d'abus qui augmenteront leurs frais d'administration et leurs dépenses en indemnités. Les caisses inscrites ou d'entreprises n'auront au contraire qu'à s'en tenir aux contrôles de leurs membres; elles pourront ainsi repousser à coup sûr les prétentions de toute personne qui ne figurera pas dans ces contrôles.

**Art. 29. 1.** — Cet article, qui a son correspondant à l'article 20, alinéa 3, accidents, a pour but de remédier à une lacune de nos deux projets de lois :

Les assurances que nous instituons ont leur base dans le louage de services; elles naissent et s'éteignent avec ce dernier. Or le maintien du contrat de louage dépend dans une large mesure de la volonté des parties, savoir de l'employeur et de l'employé; pour peu que cela convienne aux deux parties ou à l'une d'entre elles, le contrat — et avec lui les assurances obligées — expirent immédiatement ou à l'échéance d'un court délai. Lorsque ce sera l'employé qui aura dénoncé le contrat, il ne pourra généralement pas se plaindre des conséquences de cette dénonciation. Mais la situation sera différente au cas où la résiliation du louage émanera de l'employeur, sans qu'il y ait eu faute de l'employé. On doit regretter qu'il dépende de la volonté d'un tiers de faire cesser les assurances de l'employé; si cette situation ne peut être évitée, il est au moins possible d'en atténuer les conséquences. Ordinairement, l'employé licencié d'une entreprise possédera les qualités requises des membres volontaires; souvent aussi il entrera dans une autre entreprise et sera ainsi de nouveau membre obligé d'une caisse. L'article 29 le maintient au bénéfice de l'assurance, en attendant qu'il soit redevenu assuré obligé ou volontaire. Dans les discussions préliminaires on a hésité, pour la fixation de la durée théorique de cette période de transition, entre deux et *quatre semaines*; si nous nous sommes décidés pour cette

dernière durée, c'est qu'il est souvent difficile ou même impossible — spécialement durant la morte-saison — de trouver de l'ouvrage en deux semaines. Les dispositions de l'article 29 sont complétées par celles des articles 6, alinéa 4, 40, 136, alinéas 6 et 7, 178, lettre a, chiffres 1 et 3, maladies, et 20, alinéa 3, accidents.

On trouvera peut-être que les dispositions de l'article 29 vont trop loin, étant donnés les motifs que nous invoquons. Ces dispositions, en effet, ne profitent pas seulement à l'employé licencié contre son gré et sans qu'une faute lui soit imputable; elles s'appliquent aussi à l'assuré qui a été l'auteur de son renvoi ou qui a lui-même dénoncé le louage de services, de même qu'aux personnes qui n'étaient tenues à l'assurance qu'en vertu des articles 6 ou 7 (article 6, alinéa 4, fin). Mais si l'on faisait dépendre l'application de l'article 29 des circonstances qui ont présidé à l'extinction du louage de services, la direction de la caisse devrait dans chaque cas instruire une enquête portant sur ces circonstances. Dans ce rôle de juge d'instruction, la direction ne serait pas impartiale, vu qu'elle comprend uniquement des assurés. Pour les personnes assurées en vertu des articles 6 ou 7, le bénéfice de l'article 29 évite que, tout en payant des contributions et des primes égales à celles des autres membres, ces personnes ne possèdent que des droits moindres.

Il faut reconnaître que l'article 29 profitera à maint assuré indigne de cet avantage, et qu'une période de jouissance de quatre semaines sera souvent en disproportion avec la durée du louage de services, soit des assurances elles-mêmes. Nous savons aussi que la conscience d'être assuré durant quatre semaines sans avoir à travailler ni à payer de contributions n'engagera pas l'ancien assuré à se procurer au plus tôt du travail; cette conséquence contredit à l'idée générale de nos projets, qui est de récompenser et de protéger le travailleur. Il est certain enfin qu'en cas de chômage général ou de grève étendue, l'article 29 imposera à l'assureur — et spécialement aux caisses d'entreprises — des charges pesantes, sans aucune compensation. Ces inconvénients inévitables ont heureusement pour contre-partie l'influence que l'article 29 exercera dans le sens d'une diminution des renvois arbitraires, des congés donnés à la légère, et en général des résiliations de contrats de louage. En effet, toute résiliation — soit tout arrêt dans l'affiliation d'un assuré — tendra à faire croître les contributions puisque, durant les quatre semaines qui suivront la sortie de l'assuré, la caisse continuera à courir les chances de devoir fournir des prestations, mais sans continuer à percevoir de contributions. Les membres de la caisse et leurs employeurs prendront dès lors des mesures pour éviter de trop fréquentes mutations parmi les assurés; actuel-

lement déjà, l'article 129, alinéa 2, et — d'une manière plus générale encore — la publicité des discussions annuelles portant sur la gestion de la direction (art. 98, *i*, 101, *g*, 120, alinéa 1, 121, 122 et 143), permettront d'agir dans ce sens. Dans les caisses d'entreprises, l'employeur sera plus que tout autre intéressé à la fixité de son personnel : c'est lui qui souffrirait le plus d'une augmentation des contributions (article 139, alinéa 1, et 74) ou de la formation d'un déficit (article 139, alinéas 4 et 5).

2. — On pourrait statuer que les sinistres survenus durant les quatre semaines qui suivent la sortie de l'assuré ne donneront droit qu'aux soins médicaux. Mais il faudrait alors établir la même limitation à propos de l'assurance-accidents, ce qui rendrait dérisoires, pour cette assurance, les avantages de l'article 29. C'est pourquoi nous avons reconnu le droit aux prestations complètes, y compris l'indemnité de chômage.

3. — L'article 29 établit une limitation importante — et qui se justifie d'elle-même — aux droits de l'ancien assuré ou de ses parents survivants: la maladie, l'accouchement ou le décès postérieurs à la sortie de l'assuré doivent, pour donner lieu à des indemnités, s'être produits *en Suisse*. Cette limitation manquait dans l'avant-projet soumis à la commission d'experts.

## 2. Membres volontaires (articles 30 à 40).

**Art. 31. 1.** — Tout habitant de la Suisse a le droit d'être reçu comme membre volontaire d'une caisse communale, pourvu qu'il remplisse les conditions légales; ce droit est garanti par l'action judiciaire dont dispose tout candidat évincé (art. 164, *a*).

2. — Le droit du candidat ne saurait évidemment être invoqué contre n'importe quelle caisse communale; seule, la caisse *dans le territoire de laquelle le candidat réside* est tenue de le recevoir; toute autre caisse communale n'y est ni tenue *ni même autorisée*. De ce fait résulte que le transfert, par un assuré volontaire, de sa résidence hors du domaine de la caisse à laquelle il appartient emporte extinction de son assurance (article 38, *b*); mais ce membre ne subit aucun préjudice, puisqu'il est reçu sans conditions par la caisse communale dans le domaine de laquelle il fixe sa nouvelle résidence (articles 33, *a*, et 34, *a*).

3. — Personne ne saurait s'étonner de ce qu'on exige du membre volontaire qu'il soit *en bon état de santé* au moment où il s'annonce. On pourrait même se demander s'il ne conviendrait pas de mettre aussi cette condition à l'affiliation *obligatoire*, en



particulier à celle des personnes visées aux articles 6 et 7. Trois motifs principaux nous font repousser cette idée :

Le louage de services lui-même s'éteint ordinairement quand l'état de santé subit une atteinte grave ou de longue durée, d'où il résulte que la question qui nous occupe ne se pose même plus.

Les individus qui considèrent l'obligation à l'assurance comme une charge auraient cherché à s'y soustraire en simulant une maladie; on sait que le même moyen est employé pour éluder l'obligation au service militaire, bien que, dans ce dernier domaine, l'existence de la taxe militaire fournisse un contre-poids qui manquerait dans l'assurance.

En excluant les personnes déjà malades de l'obligation à l'assurance-maladies, on serait amené à les exclure aussi de l'obligation à l'assurance-accidents; au cas contraire, en effet, on renoncerait à l'identité si avantageuse des assurés des deux branches. Conservant le principe de l'identité, il faudrait donc maintenir le régime de la responsabilité civile en faveur des ouvriers repoussés par l'assurance; mais ce fait aurait inévitablement la conséquence suivante: craignant d'encourir une responsabilité, les employeurs ou fabricants refuseraient d'occuper ces personnes qui, bien que trop peu valides pour être assurés, auraient pu travailler et gagner leur vie.

Du moment que nous ne faisons pas d'un état de bonne santé une condition à l'affiliation des personnes *absolument* tenues à l'assurance, nous ne saurions introduire cette condition en ce qui touche les personnes *assurables en vertu des articles 6 ou 7*. En établissant une distinction, on compliquerait en effet beaucoup le service déjà très difficile de la caisse.

Par tous ces motifs, nous subordonnons l'admission des membres volontaires à leur état de santé, en négligeant cette circonstance pour les membres obligés. On fera peut-être valoir que ces derniers bénéficient ainsi d'une position privilégiée. Cette observation ne serait pas exacte; l'avantage que nous venons de reconnaître à l'assuré obligé est plus que compensé par le fait suivant: la maladie du membre volontaire n'entraîne pas sa sortie de la caisse, tandis qu'il suffit à l'assuré obligé de ne plus louer ses services — ensuite de maladie ou de toute autre cause — pour qu'il voie son assurance s'éteindre. Ce désavantage au préjudice de l'assuré obligé est si grand qu'il nous a fait établir (articles 33, a, et 34, a) des dispositions facilitant aux anciens assurés obligés leur affiliation comme assurés volontaires.

4. — Quant à la fixation d'un *âge maximum*, nous renvoyons au mémoire de M. Moser sur « La charge financière des caisses

contre les maladies », pages 133 à 135 ; l'auteur y développe les données mathématiques qui l'ont amené à proposer la fixation à 45 ans de l'âge maximum d'admissibilité des assurés *volontaires*. Les motifs qu'il y a pour ne pas faire dépendre l'obligation à l'assurance d'un état de santé satisfaisant, militent aussi en faveur de la non-fixation d'un âge maximum d'admissibilité pour les assurés *obligés*.

5. — Il nous reste à parler de l'âge *minimum*. Pour les *membres volontaires à assurance entière*, nous sommes amenés à admettre le même minimum d'âge que pour les assurés obligés (14 ans), afin de ne pas créer une nouvelle difficulté d'administration. Mais, en ce qui touche les membres volontaires à assurance *restreinte*, il faut faire abstraction de tout minimum d'âge, puisque c'est précisément aux enfants qu'est destinée cette assurance. Nous nous sommes demandé cependant s'il ne conviendrait pas d'exclure de l'assurance les enfants en bas âge, ceux par exemple qui, n'ayant pas atteint leur première année, présentent une morbidité et une mortalité considérables. Nous avons toutefois renoncé à cette idée, par les motifs suivants : la morbidité et la mortalité que l'on observe chez les enfants de moins d'un an ne diminuent pas, durant plusieurs années, d'une manière bien sensible d'une année à l'autre ; nous serions donc obligés d'élever beaucoup l'âge minimum, ce qui réduirait à fort peu de chose l'importance de l'assurance restreinte et l'opportunité de sa création.

L'adoption d'un âge minimum interdirait l'assurance restreinte à un grand nombre d'enfants dont les parents seraient assurés obligés ou volontaires ; si l'un de ces parents se trouvait malade en même temps qu'un enfant n'ayant pas atteint l'âge minimum, le médecin et le pharmacien qui soigneraient toute la famille répugneraient à l'idée de faire chacun deux notes : l'une pour le père, concernant l'enfant non-assuré, et l'autre pour la caisse, concernant les malades assurés ; ils céderaient aisément à la tentation de mettre le tout au compte de la caisse.

6. — Le texte ne porte pas « elle doit toutefois être en bon état de santé », mais « elle doit fournir la *preuve* qu'elle est en bon état de santé ». La différence est évidente : dans le premier cas, tel membre de la direction auquel se serait présenté le candidat, voulant éviter à ce dernier le dérangement et les frais qu'occasionne la demande d'un certificat médical, aurait cru pouvoir juger lui-même ; cette situation aurait donné lieu à des abus. Nous les prévenons en exigeant la « preuve » du bon état de santé.

**Art. 32.** — Nous sommes peu partisans du système des *finances d'entrée* ; en théorie, ces finances se justifient, mais à la

condition d'être graduées suivant les circonstances qui influent sur les charges probables de la caisse, telles que l'âge, le sexe, le salaire, etc. Or cette graduation complique l'administration de la caisse. En outre, l'établissement de finances d'entrée implique logiquement celui de *remises de sortie*; quant à ces dernières, l'exemple de l'Autriche doit nous éclairer. La loi autrichienne du 30 mars 1888, sur l'assurance contre les maladies, statuait :

« Art. 13. Les membres des caisses de districts sont soumis aux règles suivantes : .... 6° Si un membre se retire d'une caisse et se rattache, dans le courant de la même année, à une autre caisse de district, de fabrique, de construction ou de société, la nouvelle caisse reçoit de l'ancienne la part revenant au membre dans le fonds de réserve (article 28) .... Dans tous les autres cas, cette part de fonds de réserve reste à la caisse que le membre a quittée. »

« Art. 28. A la fin de chaque année, la caisse doit calculer le rapport du montant du fonds de réserve au montant des versements totaux effectués pendant la durée totale de leur affiliation par tous les membres inscrits; ce rapport est exprimé en centièmes de ces versements totaux. »

« Si, l'année suivante, il est nécessaire de remettre à certains membres (article 13, chiffre 6) la part du fonds de réserve qui leur revient, cette somme est obtenue en multipliant la valeur du fonds de réserve, par le rapport désigné ci-dessus. »

Or ces dispositions réglant le calcul et la remise de parts de fonds de réserve furent abrogées déjà — comme inexécutables — par la loi du 4 avril 1889.

Au reste, il est tout aussi impossible d'exiger des membres *obligés* une finance *d'entrée* que de les soumettre à des conditions d'âge maximum ou de bonne santé. D'autre part, l'imposition d'une finance aux assurés *volontaires* seuls provoquerait le sentiment d'une inégalité de traitement.

Le système des finances d'entrée contredit du reste à notre but, qui est de populariser le plus possible l'assurance-maladies et de procurer aux caisses un nombre considérable de membres.

Les finances d'entrée peuvent tout au plus servir à établir l'équilibre d'une part entre une personne déjà âgée et qui risque de coûter à la caisse des indemnités considérables — vu son salaire élevé —, et d'autre part le reste des assurés, qui payent des contributions depuis longtemps déjà et ont amassé un fonds de réserve important.

Par ces motifs, nous renonçons à *instituer* des finances d'entrée et nous nous bornons à *autoriser* leur institution. Mais nous avons soin de soumettre à certaines conditions la perception d'une finance : cette dernière doit avoir été prévue par les *statuts* eux-mêmes, ce qui empêche tout arbitraire; elle est limitée à des *maxima* assez bas, et ne peut enfin être graduée que *d'après l'âge du candidat et le montant de son salaire*. On ne saurait admettre de graduation d'après le salaire seul, ce qui du reste aurait pour conséquence d'éloigner de l'assurance certains éléments profitables, c'est-à-dire des personnes qui en moyenne paient à leur assureur davantage qu'elles n'en retirent. Une graduation d'après *l'âge et le salaire* n'est autorisée que pour les membres volontaires à *assurance entière*, vu que, pour les membres à assurance restreinte, le montant de leur salaire doit être indifférent à la caisse; ce montant, en effet, n'influe pas sur la valeur des prestations de l'assurance, puisque ces membres n'ont droit à aucune indemnité de chômage (article 30, alinéa 2).

Les dispositions de l'article 32 ne sont pas reproduites à propos des caisses d'entreprises, attendu que nous ne tranchons pas la question même de savoir si ces caisses auront des assurés volontaires. Par l'article 136, nous nous bornons à établir la possibilité d'affiliations volontaires, mais nous ne favorisons pas ces affiliations, de peur de nuire aux caisses communales; nous prévenons cependant toutes décisions arbitraires en édictant que l'admission de membres volontaires doit avoir été prévue par les *statuts* eux-mêmes, et en déclarant les dispositions de l'article 32, alinéa 2 éventuellement applicables aux caisses d'entreprises (article 136 alinéa 4).

L'alinéa 2 de l'article 32 s'inspire des mêmes principes de « libre passage » que les articles 33 et 34; son effet sera de détourner les caisses de la fixation de finances d'entrée se rapprochant du maximum autorisé: quand un assuré ne versera que 5 francs d'entrée *parce qu'il aura déjà payé* 20 francs à une autre caisse publique, on renoncera à percevoir 25 francs des assurés qui ne pourront invoquer le fait d'une précédente assurance. Cette tendance à l'abaissement des entrées sera plus forte que la tendance contraire, consistant à vouloir encaisser une grosse somme au préjudice des autres caisses dans lesquelles l'assuré entrerait plus tard, ensuite d'un changement de résidence.

En fait, l'alinéa 2 de l'article 32 établit qu'une finance d'entrée versée à l'une quelconque des caisses publiques suisses vaut, pour son montant, à l'égard de toutes les autres caisses publiques.

A propos de finances d'entrée, il convient d'examiner maintenant une proposition ayant trait à l'article 31 ; elle consiste à statuer que les personnes âgées d'au moins 45 ans révolus ne seront pas exclues de l'assurance volontaire, mais soumises à leur entrée au paiement d'une finance. Il nous semble qu'on ne saurait exiger une finance de 25 francs ou davantage d'un candidat qui vient précisément d'avoir 45 ans, et accorder au contraire gratuitement l'entrée à tel autre candidat âgé de 2 jours de moins. On devrait donc choisir entre deux systèmes : n'autoriser la perception d'une finance d'entrée que pour les candidats de 45 ans ou davantage, cette finance étant *très réduite* et dès lors sans rapports avec les risques que ces assurés feraient courir à la caisse ; ou bien rendre la finance d'entrée *obligatoire* pour tous les âges, en la fixant à un montant proportionné aux risques de dépenses de la caisse, la finance des candidats de 44 ans n'étant donc que peu inférieure à celle des candidats de 45 ans. Or nous n'approuvons ni l'une ni l'autre de ces solutions.

**Art. 33 à 37. 1.** — Ces articles consacrent le principe du libre passage d'une caisse dans l'autre ; ils constituent une des parties les plus importantes du projet et auront pour effet d'amoinvrir considérablement, sinon de faire disparaître, les inconvénients du système de décentralisation que nous avons admis pour l'assurance maladies.

Chaque caisse travaille pour son propre compte et l'on ne saurait lui demander de subordonner son intérêt particulier à celui d'autres caisses ; c'est dire qu'elle ne peut être absolument tenue d'accueillir les anciens assurés de ces caisses. Une personne âgée fait courir à son assureur plus de risques que si elle était encore jeune, et il est en soi indifférent à une caisse que cette personne n'ait encore jamais été assurée ou qu'elle ait été assurée durant 20 ans, mais à d'autres caisses.

Une caisse devrait donc soumettre un assuré d'une autre caisse aux mêmes conditions d'entrée qu'une personne qui en serait à sa première assurance. Mais la stricte application de ce principe revêtirait une grande dureté à l'égard des assurés anciens, dont des milliers seraient repoussés — en raison de leur âge — par les caisses nouvelles auxquelles ils se présenteraient, alors qu'ils auraient longtemps fourni des contributions supérieures aux indemnités retirées par eux. Prenons un exemple : L'assuré A. a été durant de longues années membre volontaire de la caisse communale de Genève ; il transporte sa résidence à Zurich, mais, comme il est âgé de plus de 45 ans, il se voit repoussé par la caisse communale de Zurich comme candidat à l'assurance volontaire. Cette situation sera

particulièrement déplorable si A. n'a pas quitté Genève pour son bon plaisir mais forcé par le besoin d'entretenir sa famille. Nous contredirions ainsi au principe de la liberté d'établissement, et ne mettrions au jour qu'une œuvre rudimentaire.

Il faut donc chercher un moyen d'établir, dans la mesure du possible, la liberté de passage d'une caisse dans l'autre. C'est pourquoi nous demandons aux caisses de se solidariser à un certain degré, à l'effet de constituer en quelque sorte un « droit de bourgeoisie suisse, pour l'assurance contre les maladies »; ce droit, une fois acquis régulièrement sur un point du territoire, vaudra pour la Suisse tout entière.

Dans le premier avant-projet d'assurance maladies, on avait strictement consacré l'indépendance des caisses, en créant d'autre part dans l'intérêt des assurés l'institution des « membres permanents ». Les dispositions suivantes permettaient à toute personne qui avait fait partie durant un certain temps d'une caisse communale de rester membre de cette caisse, nonobstant son changement de résidence :

#### *Membres permanents.*

« Art. 29. Quiconque cesse de posséder les qualités qui entraînent son obligation à l'assurance, ou bien cesse d'être membre volontaire de la caisse — ensuite d'acquisition des qualités ci-dessus ou *ensuite de changement de sa résidence* — peut rester affilié à la caisse comme membre permanent; toutefois, cette faculté est subordonnée au fait, par l'assuré, 1° de déclarer son intention dans un délai de 4 semaines, 2° d'être membre de la caisse depuis au moins un an, sans interruption, et 3° d'avoir été membre de la caisse durant 2 ans au moins, au cours des 5 années qui ont immédiatement précédé la cessation de son affiliation obligée ou volontaire ».

« Art. 30. Tout membre permanent est assimilable aux membres volontaires, même s'il acquiert de nouveau la qualité qui entraîne son obligation à l'assurance. Dès l'acquisition de cette qualité et jusqu'à son extinction, l'employeur soit la commune de résidence doivent supporter la même part des contributions de ce membre que s'il était assuré obligé; toutefois, cette participation est subordonnée au fait que la caisse dont l'assuré est membre ait son siège dans le même district d'assurance que celui où résident l'employeur soit la commune, ou dans un district immédiatement voisin ».

« Les membres permanents peuvent, sur leur demande, être transférés comme membres permanents dans une nouvelle caisse

communale ou d'entreprise; le consentement de cette caisse est nécessaire.»

Le rédacteur de l'avant-projet se convaincra bientôt que cette formule était trop étroite, et que le service de l'assurance se compliquerait beaucoup s'il y avait un grand nombre de membres permanents résidant en dehors du domaine de leurs caisses. Les dispositions que nous venons de citer furent donc remplacées par le principe de la véritable liberté de passage *d'une caisse dans l'autre*. Les articles 33 à 37 développent ce principe tout en réglant une question connexe, savoir celle du passage — *dans une même caisse* — de l'assurance obligée à l'assurance volontaire, de l'assurance volontaire entière à l'assurance volontaire restreinte, et vice-versa.

Si le passage d'une caisse dans l'autre ou d'une catégorie d'assurés dans l'autre était absolument libre, on verrait se produire des abus et les dispositions de l'article 31, établissant un âge maximum et des conditions de santé, resteraient lettre morte. Il faut donc faire en sorte que chacun ait intérêt à être assuré depuis le plus long temps possible, sans interruption, et n'attende pas de voir arriver les mauvais jours pour se munir d'une assurance; il faut éviter qu'après s'être facilement procuré une assurance obligée de courte durée, une personne puisse plus tard arguer de cette assurance pour s'affranchir des conditions ordinaires de l'assurance volontaire; il faut enfin empêcher qu'une assurance volontaire restreinte de courte durée permette à une personne de faire courir à la caisse les risques beaucoup plus importants qui résultent d'une assurance entière, sans que cette personne soit de nouveau soumise aux conditions ordinaires de santé et d'âge maximum.

Voici quelques exemples des abus qui résulteraient d'une entière liberté de passage: Ne pouvant pas produire de certificat de santé, A. prend du travail et devient assuré obligé; après 2 semaines, il quitte sa place et, fort de sa précédente affiliation, s'impose à la même ou à une autre caisse, comme assuré volontaire. — Le nommé B., âgé de 60 ans, n'a jamais fait partie d'aucune caisse d'assurance; de même que A., il se procure pour quelques jours une assurance obligée et se fait inscrire ensuite comme assuré volontaire. — L'assurance entière paraissant trop chère à C., il s'affilie comme membre volontaire à assurance restreinte; mais un jour qu'il se sent malade, C. s'empresse de prendre une assurance entière sans qu'on puisse exiger de lui un nouveau certificat de santé.

Ces abus auraient bientôt fait de discréditer l'assurance populaire, en portant préjudice aux assurés consciencieux.

Nous espérons l'avoir évité, tout en garantissant une suffisante liberté de passage, par les dispositions des articles 33 à 37 ; ces dispositions exerceront une influence heureuse et ne tarderont pas à être fréquemment appliquées. Quelques caisses sans doute trouveront dur de devoir supporter les mauvais jours d'assurance de tel individu, tandis qu'une autre caisse aura bénéficié des jours favorables. Mais le temps amènera dans ce domaine une compensation entre les assureurs ; tout au plus les caisses de la campagne subiront-elles l'influence du fait — constaté par la statistique suisse — que les jeunes paysans affluent vers la ville, pour rentrer à la campagne alors qu'ils sont devenus vieux et malades.

2. — Les délais de *quatre semaines* établis sous lettres *a* et *b* des articles 33 et 34 correspondent à la durée de quatre semaines prévue par l'article 29.

3. — L'article 35 permet aux caisses communales d'aller encore notablement plus loin que la loi, dans le sens des facilités accordées aux anciens membres de caisses publiques ; c'est même un des domaines dans lesquels les statuts de chaque caisse ont le plus de latitude. Mais, pour éviter que les caisses ne compliquent encore leur service, nous statuons que les facilités qu'elles croiront devoir ajouter au régime créé par les articles 33 et 34 devront s'appliquer *dans la même mesure aux membres volontaires des deux catégories.*

4. — Les dispositions touchant le libre passage ne visent pas d'une manière égale toutes les espèces de caisses. Elles concernent avant tout les caisses communales entre elles, et profitent aussi aux membres des caisses d'entreprises, à leur passage comme assurés volontaires dans une caisse communale. Nous hésiterions par contre à les déclarer applicables aux personnes qui s'annoncent comme membres volontaires d'une caisse d'entreprise, attendu que nous n'avons fait, dans ces caisses, que d'autoriser et non d'imposer l'institution d'affiliations volontaires (article 136). La question n'a du reste d'importance pratique que pour les personnes qui ont été durant de longues années membres obligés d'une caisse d'entreprise, et qui voudraient en devenir membres volontaires lorsqu'elles quittent l'entreprise dans leurs vieux jours. Or nous craignons qu'en donnant à ces personnes, de par la loi, le droit d'être reçues comme membres volontaires de la caisse d'entreprise, nous compromettrions leur situation : tel employeur au cœur dur — et l'expérience montre qu'il en existe — congédierait ceux de ses employés qu'il verrait sur le point d'atteindre la durée minimum d'affiliation obligée donnant droit de s'assurer comme membre volontaire. Nous n'ignorons pas que notre solution est préjudiciable aux caisses communales, qui se verront tenues d'accueillir (articles 33 et 34, lettres *c*) comme



membres volontaires d'anciens assurés obligés d'une caisse d'entreprise, mauvais risques que cette caisse elle-même se refuserait à assurer ; mais nous espérons que la plupart des caisses d'entreprises qui admettront des assurés volontaires (article 136) reconnaîtront pour elles-mêmes les principes établis sous lettres *c* des articles 33 et 34. Ces principes pourraient être appliqués par chacune d'elles à tous ceux « qui ont appartenu à une ou plusieurs caisses publiques » ou bien seulement à ceux « qui ont appartenu à la caisse d'entreprise elle-même » — en distinguant peut-être, dans le système admis, suivant que cette affiliation a été obligée ou volontaire.

Il ne saurait être question d'assimiler l'appartenance à une caisse *libre* et l'affiliation à une caisse publique, quant à l'application des articles 33 à 36. En effet, si les anciens membres de caisses libres bénéficiaient de ces articles, on verrait les jeunes gens affluer auprès de ces caisses puis, devenus vieux, s'imposer aux caisses publiques comme assurés volontaires. Et si d'autre part nous établissions la réciprocité en donnant aux anciens assurés des caisses publiques le *droit* d'entrer dans des caisses libres, ces dernières cesseraient par ce fait même d'être « libres » ; l'obligation d'assurer certaines personnes et le caractère de caisse libre sont en effet deux notions inconciliables.

5. — Les dispositions des articles 33 et 34 sont complétées par celles des articles 200 à 202.

**Art. 40. 1.** — Il n'y a pas de raison pour accorder le bénéfice de l'article 29 à l'assuré qui cesse d'être membre volontaire pour l'une des causes prévues sous lettres *c* et *d* de l'article 38 ; il en est encore moins question dans le cas prévu par la lettre *a* du même article. C'est pourquoi nous avons uniquement visé à l'article 40 le cas du membre volontaire *qui cesse de résider dans la commune* (article 38, *b*).

2. — Le fait de fixer sa résidence à l'étranger n'exclut pas en lui-même le bénéfice de l'article 29 ; il suffit que le sinistre à propos duquel on invoque ce bénéfice *se soit produit en Suisse* (voir sous article 29, observation 3). Exemples : Le membre volontaire A. quitte Lausanne pour aller s'établir à Grenoble ; en passant à Genève, il tombe malade ; — le nommé B. sort de la caisse de Neuchâtel et se fixe à Dijon ; avant l'échéance de quatre semaines dès sa sortie, il fait un voyage en Suisse et meurt à Berne. L'article 29 sera applicable dans chacun de ces deux cas.

3. *Représentants de membres volontaires* (articles 41 à 48).

1. — Par l'institution de membres volontaires à assurance restreinte, nous augmentons en une large mesure le nombre des

assurés *ne jouissant pas de leur capacité civile*, ni de leur responsabilité au point de vue pénal; ces assurés ne peuvent acquérir par eux-mêmes aucun droit, ni s'obliger en aucune manière. Or l'assurance implique une foule de droits et d'obligations qui supposent un acte de volonté valable; elle fournit l'occasion de nombreuses actions ou omissions qui entraînent des conséquences civiles ou pénales. Les articles 41 à 43 ont donc pour but de pourvoir — tout au moins à l'égard des membres volontaires — à ce que l'assuré soit assisté d'une personne qui supplée dans la mesure du possible à son défaut de capacité et de responsabilité.

Etant donné qu'à part la loi fédérale du 22 juin 1881, tout ce qui touche la capacité civile relève du droit cantonal, nous avons dû adopter ici une formule aussi générale que possible.

Dans la règle, la femme mariée aura pour représentant son mari, l'enfant mineur son père, et la personne sous tutelle son tuteur. Lorsque le mari, le père ou le tuteur résideront à une grande distance de l'assuré, soit *en dehors de la commune d'assurance*, on désignera un autre représentant, avec lequel la caisse puisse entrer en rapports, verbalement et sans retard, plus spécialement en cas de maladie de l'assuré.

2. — La fréquente application du droit cantonal nous a fait donner ici la première place aux cantons. Mais nous avons prévu que les dispositions cantonales seraient *soumises à l'approbation du conseil fédéral*, afin d'éviter entre autres que tels cantons n'entraînent, par des dispositions trop rigoureuses touchant les conditions d'inscription ou de sortie (article 41, alinéa 2, et 43), une utilisation aussi fréquente que nous l'espérons de l'assurance volontaire et spécialement de l'assurance restreinte.

3. — Le deuxième alinéa de l'article 42 paraît dur, mais il est absolument nécessaire. Du reste, l'obligation qu'il établit n'est pas exagérée quant au mari et au père, et tout autre représentant pourra éviter un dommage imminent en retirant l'inscription ou en notifiant la démission de l'assuré. Les dispositions édictées par les cantons (article 41, alinéa 2) n'interdiront pas ce retrait ou cette notification, lorsqu'il sera certain ou très probable que la continuation de l'assurance entraînerait un préjudice pécuniaire pour le représentant.

c. Avis d'entrée et de sortie, bureaux d'avis (articles 44 et 45).

Pas d'observations.

**d. Procédure à suivre en cas de maladie, prestations des caisses.**

(Articles 46 à 66).

**Art. 46, dernière phrase.** — Dans les cas de faute légère, il serait injuste de compenser le montant du dommage avec les prestations ultérieures de la caisse; et si d'autre part l'on voulait distinguer entre la faute légère et la faute grave, en n'autorisant la compensation que dans ce dernier cas, il faudrait retenir l'indemnité de chômage et faire attendre l'assuré et sa famille jusqu'à ce que l'on ait tranché la contestation portant sur le degré de la faute. C'est pourquoi nous excluons la compensation pour toute espèce de faute.

**Art. 47, alinéa 3.** — Du fait que l'assuré « doit accorder libre accès » et que le représentant « est tenu d'autoriser la visite », il ne résulte en aucune manière que le médecin ou le commissaire puissent recourir à l'exécution forcée de cette obligation; le refus du malade ou du représentant ne peut être suivi que des conséquences prévues au dernier alinéa.

**Art. 48.** — En cas de contestation sur l'équité du montant de l'indemnité, l'autorité d'arrondissement sera appelée à statuer en vertu de l'article 162, lettre c. Tantôt ce sera la caisse assureur qui, trouvant exagérée la note fournie par la caisse du lieu de séjour, se plaindra à l'autorité d'arrondissement dont cette dernière caisse relève; tantôt ce sera la caisse du lieu de séjour qui se plaindra du non-paiement intégral de sa note à l'autorité d'arrondissement de la caisse assureur. Un recours à l'office des assurances (article 174, alinéa 3) coupera court aux conflits de compétence qui pourraient s'élever entre autorités d'arrondissements.

**Art. 50.** — L'indemnité de chômage est *journalière*, c'est-à-dire qu'elle est aussi due par la caisse pour les jours *fériés*, tandis que la contribution entière n'est payable à la caisse que pour les jours *ouvrables* (article 69); cette dernière disposition se comprend d'elle-même, attendu que la contribution entière est une part du salaire journalier et ne peut donc être payée pour les jours durant lesquels l'assuré ne gagne ordinairement aucun salaire. Comme l'indemnité de chômage représente une part du salaire perdu, on pourrait aussi, pour la même raison, ne pas la faire payer par la caisse pour les jours où l'assuré n'aurait probablement pas gagné de salaire; il suffirait alors d'établir une règle analogue à celle de l'article 69, alinéa 2. C'est la solution qu'avaient admise les premiers projets. Aujourd'hui au contraire nous proposons de ne pas distinguer les jours fériés des jours ouvrables, au point de vue du droit à l'indemnité de chômage. On évitera ainsi de

laisser le malade sans indemnité durant *quatre* jours, lorsque le troisième jour qui suit celui où a débuté sa maladie tombera sur un dimanche; on empêchera que l'indemnité de chômage soit refusée pour les dimanches, mais accordée pour les jours de fêtes religieuses; on obtiendra enfin, et c'est là notre raison principale, une augmentation de la valeur réelle de l'indemnité de chômage: 7 fois  $\frac{2}{3}$  de salaire font par semaine 4 salaires et  $\frac{2}{3}$ , soit par jour ouvrable  $\frac{7}{9}$  et non pas  $\frac{2}{3}$  de salaire, tandis que les  $\frac{2}{3}$  de ce que l'assuré aurait gagné dans la semaine ne feraient que 6 fois  $\frac{2}{3}$  de salaire soit par semaine 4 salaires.

Nous reconnaissons qu'il y aura une certaine contradiction entre le calcul de la contribution et celui de l'indemnité de chômage; dans la fixation des rentes-invalidité de l'assurance-accidents (article 33), nous avons évité cette contradiction en n'accordant réellement que  $\frac{2}{3}$  du salaire perdu; nous justifions cette différence par la considération suivante: Dans les premiers temps qui suivent l'accident — encore réputé maladie —, le sinistre impose à toute la famille des dépenses et des moins-values de salaires qui diminuent plus tard, quand le lésé est entré dans la période de la rente; on peut admettre que la différence entre les indemnités des  $\frac{7}{9}$  et des  $\frac{2}{3}$  répond à cette différence de charges.

**Art. 51.** — Cet article vise en première ligne les prestations prévues aux articles 49 et 50.

**Art. 52, 52<sup>bis</sup>, 52<sup>ter</sup> et 53. 1.** — Ces articles complètent l'alinéa 1 de l'article 47, en ce qui touche les « mesures nécessaires au traitement de l'assuré. »

La commission d'experts a discuté d'une manière particulièrement approfondie l'article 52<sup>bis</sup>. Les avis différaient à tel point (voir bulletin sténographique, page 243 à 262) que nous nous sommes demandé s'il ne valait pas mieux n'introduire dans la loi aucune disposition touchant le traitement des malades, et laisser à chaque caisse le soin de résoudre par l'expérience les multiples questions que cette matière soulève. Après réflexion, il nous a cependant paru nécessaire de régler dans la loi les questions principales, entre autres celles qui ont trait aux droits et aux obligations de l'assuré quant à son traitement.

*a.* Le malade peut-il être tenu d'accepter les soins du médecin et de suivre les prescriptions de ce dernier? Comme contre-partie de son obligation à fournir des indemnités, la caisse doit avoir le droit d'exiger qu'un homme de l'art préside au traitement et que le malade lui obéisse. Il va sans dire du reste que l'obligation du

malade n'est point absolue, spécialement en ce qui concerne des opérations chirurgicales.

b. Le malade peut-il être tenu de se faire soigner dans un hôpital ou *établissement de santé*, et peut-il être astreint à une *cure* en dehors du lieu de sa résidence? Cette question doit être résolue affirmativement, pour le même motif et sous les mêmes réserves que celle qui précède. D'autre part, le refus de se soumettre aux obligations résultant des articles 52, alinéa 1, et 53, alinéas 2 et 3, ne saurait donner lieu à une exécution forcée; il entraînera simplement la *privation partielle ou totale des prestations de la caisse* (articles 52 et 53, alinéa 4) et l'*exclusion*, s'il s'agit d'un membre volontaire (article 39, lettre b). La caisse ne sera du reste pas tenue de sévir contre l'accusé; c'est pour elle une pure faculté, mais la mesure dans laquelle elle en fera usage pourra donner lieu à un recours au tribunal arbitral (article 164, lettres b et c).

c. La question la plus importante que soulève l'article 52 consiste à savoir si le malade doit pouvoir *librement choisir son médecin*.

L'intérêt de l'assuré et de sa famille exige que le malade reçoive sans retard la visite du médecin, qu'il soit traité avec humanité et de la manière la plus conforme à son état, et qu'il se rétablisse le plus tôt et le plus complètement possible. La qualité du médecin, de même que ses relations avec le patient, ont donc une grande importance; la confiance que le médecin inspire à son client est un des éléments essentiels de la guérison et contribue puissamment à faire supporter les ennuis de la maladie. Le médecin qui possède la plus grande douceur et les plus éminentes qualités scientifiques ne sera pas toujours celui que le malade préférera. Une foule de circonstances diverses et souvent personnelles déterminent la préférence d'un patient et redoublent en retour le zèle du praticien.

De son côté, la caisse a intérêt à ce que la maladie lui coûte le moins d'argent possible, dans le présent et à l'avenir. Elle atteindra ce but en faisant immédiatement et soigneusement traiter le malade, en se procurant à bon compte l'assistance de médecins qualifiés, mais en refusant de payer des visites superflues ou des ordonnances inutiles. Comme la caisse est obligée de s'en remettre sur beaucoup de points au médecin, elle a un gros intérêt à ce que celui-ci sache résister aux fantaisies du malade et de sa famille, et ne fournisse à la caisse que des renseignements exacts. Par ces motifs, elle peut prétendre à désigner le médecin qu'elle paie; car si le malade n'est pas là pour la caisse, cette dernière non

plus n'est pas là uniquement pour le malade, mais bien pour l'ensemble des assurés.

Les intérêts des malades et des caisses ne sont du reste pas seuls en jeu : la situation du corps médical en général peut être sensiblement influencée par la création de l'assurance populaire, qui fait continuellement appel à la collaboration des médecins. Ces derniers sont un des éléments les plus importants et les plus considérés de notre société moderne ; les qualités morales et scientifiques, le dévouement et les services que l'on exige d'eux augmentent chaque jour. Toutes ces raisons nous obligent à examiner quel est l'intérêt du corps médical dans la question qui nous occupe.

Cet intérêt consiste à ce que la situation technique et scientifique du médecin, ainsi que sa position sociale et la considération dont il jouit ne soient pas diminuées ; il consiste en outre à ce que le praticien ne soit pas empêché par des considérations pécuniaires de faire et de prescrire ce que la science indique comme étant le plus approprié ; il consiste enfin à ce que les services médicaux soient convenablement rétribués.

Comme on le voit, les intérêts du malade, de la caisse et du médecin concordent sur plusieurs points ; ils divergent d'autre part spécialement sur les questions pécuniaires. Il serait absurde de sacrifier l'un de ces intérêts aux autres ; la loi doit au contraire chercher à les concilier dans la plus large mesure. Mais c'est une tâche très épineuse, et il semble en tous cas impossible de trouver un système absolument incritiquable.

Le rédacteur du projet nous proposait de régler la question par un article portant :

« La caisse peut établir un tarif pour le paiement des soins médicaux, ou désigner un ou plusieurs médecins à la consultation desquels le malade devra se borner sous peine de perdre, ensuite d'une sommation restée sans effet, tout ou partie de ses droits aux prestations ultérieures de la caisse. Autant que possible, la caisse doit toutefois faire ensorte que l'assuré ait le choix entre deux médecins au moins. »

« Si des motifs suffisants ont milité ou militent en faveur de la consultation d'une personne autre qu'un médecin de la caisse, le fait de cette consultation est sans préjudice des droits du malade aux prestations de l'assurance. La caisse n'est toutefois point tenue de supporter des frais superflus ou inutiles. Pour le paiement des soins médicaux, elle peut s'en tenir au tarif qu'elle a établi. »

Nous n'avons pu adhérer à ce système de médecins attitrés ; il nous paraît en effet que le malade et sa famille ont — à pou-

voir consulter leur médecin de confiance — un intérêt absolument légitime et qui doit primer toute autre considération. L'intérêt de la caisse sera suffisamment garanti par l'applicabilité d'un ou de plusieurs tarifs et — pour que la fixation de ces derniers ne soit pas une occasion de mise au rabais de la part de caisses peu consciencieuses, ou d'exploitation des caisses établies sur un domaine pauvre en médecins — nous chargeons l'autorité d'établir les tarifs. Nous adoptons aussi une disposition qui permettra, le cas échéant, de remettre à l'ordre les médecins coupables d'abus.

d. On comprendra sans peine que nous n'ayons voulu reconnaître comme *médecins*, en matière d'assurances, que des personnes ayant fourni — en la forme prescrite par la Confédération — la preuve de leurs capacités; la caisse ne saurait avoir ni l'obligation ni le droit de payer des notes fournies par des « mèges » ou des « rebouteurs ». Tel est le sens du dernier alinéa de l'article 52<sup>bis</sup>.

e. Les principes que nous avons admis à propos du service médical nous ont aussi dirigés dans la question connexe du choix des pharmacies (article 52<sup>ter</sup>.)

Nous repoussons l'idée de pharmacies attitrées, seules agréées par telle ou telle caisse; le malade ou son représentant *doivent pouvoir librement choisir la pharmacie* à laquelle ils confieront l'exécution des ordonnances du médecin. Toutefois, cette faculté peut être limitée par le fait que la caisse acquierre des médicaments et les livre elle-même aux malades (articles 104 maladies et 11 accidents). Tout en sauvegardant ainsi les intérêts des assurés et des pharmaciens, nous protégeons les caisses contre les abus en prévoyant que l'office des assurances fixera le prix des médicaments par le moyen d'un tarif auquel pourront se tenir toutes les caisses publiques.

f. Pour ne pas rendre plus difficile la comparaison de notre projet actuel avec celui qui fut soumis à la commission d'experts, nous conservons l'ancienne numérotation en donnant les n<sup>os</sup> 52, 52<sup>bis</sup> et 52<sup>ter</sup> aux articles qui ont remplacé l'article 52 du projet soumis aux experts. La même raison nous amène à prévoir un article 147<sup>bis</sup>.

g. Loin de prétendre avoir trouvé le meilleur système possible d'assistance médicale, nous espérons que le corps médical suisse — au caractère duquel nos projets rendent hommage — discutera d'une manière complète la question qui nous occupe et fera aux chambres fédérales des propositions de nature à satisfaire au mieux les intérêts en présence.

2. — L'article 53 vise les « soins de garde », tandis que l'avant-projet soumis à la commission d'experts (article 43) avait en vue des « soins élémentaires ». Il nous a paru nécessaire de préciser cette dernière motion, afin qu'il ne pût être question d'entretenir soit de nourrir à domicile le malade aux frais de la caisse.

**Art. 55. 1.** — En parlant, à l'alinéa 2, des *personnes dont le malade est chargé*, nous englobons certaines personnes que le malade entretenait entièrement ou en partie, sans y être légalement tenu. Par le fait seul de se charger de cet entretien, il s'est moralement obligé à le continuer. L'assuré A. a « recueilli » mais non pas « adopté » un orphelin; aucun tribunal ne saurait l'obliger à continuer d'entretenir cet enfant, mais la morale lui en fait un devoir. Quand A. tombe malade, on doit pouvoir — même contre sa volonté et sans être obligé d'aller le consulter à l'hôpital éloigné où il se trouve — prélever une part de son indemnité de chômage pour l'entretien de l'orphelin. C'est avec intention que nous ne parlons pas de « personnes que l'assuré entretenait », attendu que cette formule excluerait les personnes que l'assuré avait — même de par la loi — l'obligation d'entretenir, mais à l'égard desquels il négligerait ses devoirs.

2. — En opposition avec l'alinéa 2, l'alinéa 3 ne mentionne que *les personnes dont l'assuré était légalement chargé*; nous voulons en effet restreindre le droit accordé aux autorités d'assistance de se récu-pérer, sur l'indemnité de chômage, de ce qu'elles ont fourni. Prenons un exemple: L'assuré A. payait — sans y être légalement tenu — une contribution mensuelle de 5 francs en mains de la commune, pour l'entretien de son cousin assisté; A. tombant malade, la commune ne saurait retenir sur son indemnité de chômage, et même contre sa volonté, 5 francs par mois. L'obligation pour la commune de présenter sa réclamation *en temps opportun* et de l'exercer sur l'indemnité de chômage *afférente au temps de son assistance* confirmant notre principe, tendant à limiter le droit de prélèvement de la commune.

Nous reconnaissons qu'on peut imaginer des cas dans lesquels il y aura conflit entre les alinéas 2 et 3.

3. — Ainsi qu'il ressort de l'alinéa 4 et abstraction faite des droits de l'assuré, la caisse n'aura d'obligations directes en vertu de la loi qu'à l'égard: *a.* des autorités d'assistance (article 55, alinéa 3), *b.* de l'employeur (alinéa 2 de l'article 205), *c.* du médecin qui aura soigné un assuré (article 52<sup>bis</sup>, alinéas 1 et 2); vis-à-vis du médecin, la caisse aura les exceptions tirées du défaut de motifs suffisants pour sa consultation, de l'inutilité ou de la superfluité de



certaines frais, ou enfin de la non-observation du tarif. Les contestations auxquelles pourrait donner lieu l'exécution des obligations ci-dessus relèvent du tribunal arbitral d'arrondissement (article 164, lettre *b*). Par contre, les personnes dont les prétentions contre la caisse se fondent sur un contrat passé avec elle (par exemple pour l'achat de médicaments, article 104) doivent saisir le juge ordinaire.

Quant aux réclamations fondées sur l'article 64, nous renvoyons aux observations touchant cet article.

**Art. 57.** — Le fait de fournir des prestations à un assuré dont on sait qu'il était déjà malade lors de son entrée dans la caisse constitue une libéralité injustifiée et dont la direction répond vis-à-vis de la caisse.

**Art. 58.** — La situation n'est pas la même qu'à l'article précédent; ici, la caisse — soit la direction agissant au nom de la caisse — n'est pas tenue, mais bien autorisée, à fournir tout ou partie des prestations ordinaires. La décision de la direction peut être réformée par le tribunal arbitral d'arrondissement, en vertu de l'article 164, alinéa 2.

**Art. 59.** — La suspension des prestations, prévue à l'alinéa 1, s'impose à la direction; dans le cas de l'alinéa 2, la direction a au contraire le droit de fournir entièrement ou partiellement les prestations, tout en n'y étant pas obligée; la mesure dans laquelle elle fera usage de ce droit pourra donner lieu à réforme par le tribunal arbitral d'arrondissement (article 164, alinéa 2).

**Art. 60.** — Le *délit* peut être intentionnel ou consister en une négligence; mais, pour justifier une déchéance, il doit être personnel à l'assuré. C'est ainsi que l'assuré, compromis sans sa faute dans une rixe au cours de laquelle il est blessé, a droit aux prestations de la caisse. Si, par contre, il y a de sa part une faute grave, on pourra appliquer l'alinéa 2.

L'application de l'alinéa 1 ne présuppose pas nécessairement une condamnation de l'assuré par un juge de l'ordre pénal.

**Art. 63.** — Comme exemples de *prononcés portant déchéance de toutes les prestations de la caisse* (alinéa 3), on peut citer ceux rendus en application des articles 61 ou 62.

**Art. 64. 1.** — C'est avec intention que nous parlons de frais et d'indemnités *funéraires* et non « d'ensevelissement ». Ce dernier terme excluerait la crémation et tout autre mode de sépulture ne consistant pas en la mise en terre.

2. — Nous ne déterminons pas dans la loi elle-même la *personne ou l'autorité à laquelle l'indemnité funéraire sera payée par*

la caisse; les statuts ont pleine liberté à cet égard. En général, l'indemnité sera versée en mains de la personne qui aura pris soin des funérailles; mais on peut imaginer des exceptions à cette règle: Le nommé A. fait la commande du corbillard et du cercueil de son frère, l'assuré B.; mais le voiturier et le menuisier envoient leurs notes directement à la caisse, connaissant l'insolvabilité de A.; la caisse fera bien de régler ces notes avec les fournisseurs eux-mêmes.

3. — Dans les localités où la gratuité complète ou partielle des funérailles aura été introduite, l'indemnité funéraire s'appliquera uniquement à la part de frais qui ne serait pas couverte par la gratuité; c'est dire entre autres que les cantons ou les communes ne sauraient se récupérer sur la caisse de tout ou partie des frais que leur causerait la gratuité des funérailles.

**Art. 65.** — La caisse a le droit mais non l'obligation d'invoquer la prescription; de même, le tribunal arbitral d'arrondissement a le droit mais non l'obligation d'accueillir l'exception tirée de la prescription, lorsqu'il statue en application de l'article 164, alinéa 2.

**Art. 66.** — L'article 164, lettre c, exclut la compétence des tribunaux arbitraux pour les actions fondées sur l'article 66. Celui-ci est reproduit, dans son essence, par l'article 55 accidents.

#### e. Recettes des caisses, fonds de réserve (articles 67 à 88).

**Art. 69.** — Au lieu d'adopter une contribution journalière, c'est-à-dire calculable *par jour ouvrable*, on aurait pu consacrer ici — et en même temps aux articles 56, 61 et 62 accidents — le système de la *contribution mensuelle*. Ce système aurait eu l'avantage de faciliter beaucoup la comptabilité de la caisse, surtout si l'on avait déclaré la contribution mensuelle indivisible; pour le membre entrant dans la caisse ou la quittant au cours d'un mois, la caisse aurait perçu ou conservé l'entier de la contribution du mois d'entrée ou de sortie. Mais notre peuple a l'habitude de compter par centimes, et il n'admettrait le système des contributions mensuelles que si la caisse déduisait ou remboursait pour les mois d'entrée ou de sortie la part de contribution mensuelle afférente aux jours antérieurs ou postérieurs à l'assurance. Même avec cette restriction, le système des contributions mensuelles aurait encore des avantages — au point de vue de la simplicité — sur celui des contributions calculables par jour, attendu que l'affiliation d'un membre se prolonge en moyenne sur plus de deux mois; pour l'assuré entré au milieu de janvier et sorti au courant d'octobre, la caisse percevrait

huit contributions mensuelles entières et seulement deux contributions fragmentaires.

Par les motifs suivants, nous n'en avons pas moins préféré le système des contributions journalières :

Pour les membres volontaires et pour ceux tenus à l'assurance en vertu des articles 6 ou 7, on connaît exactement la date du début de leur assurance; la caisse connaît de même la date exacte de la sortie des membres volontaires. Mais, pour les personnes tenues à l'assurance en vertu de l'article 1, elle doit principalement s'en remettre, quant aux entrées et aux sorties, aux indications des employeurs. De ce fait résulte qu'avec un système de contributions mensuelles — beaucoup plus qu'avec celui de contributions journalières — on prendrait l'habitude de ne pas déclarer à la caisse la date réelle du début ou de la fin du louage de services entraînant obligation à l'assurance : 1° L'ouvrier A. s'engage à l'usine de B. le 16 février; on attendra jusqu'au 1<sup>er</sup> mars pour l'annoncer à la caisse. S'il ne subit ni maladie ni accident du 16 au 28 février, personne ne dira mot de ce retard volontaire dans l'inscription de A., et la caisse perdra la valeur de la part de contribution mensuelle afférente aux jours de retard; mais si au contraire A. tombe malade ou meurt le 18 février, la caisse sera tenue de payer, car on prouvera aisément que l'obligation à l'assurance — et dès lors l'assurance même — ont commencé pour A. le 16 février. 2° L'ouvrier C. quitte l'usine de B. le samedi 3 juin, mais on annonce son départ déjà pour le 1<sup>er</sup> de ce mois; si rien ne se produit entre le 1<sup>er</sup> et le 3, la caisse perdra la part de contribution afférente à ces 3 jours; par contre, si C. subit un accident le 2, il fera valoir qu'à ce moment il était encore tenu à l'assurance et par conséquent assuré. Le système des contributions mensuelles frustrerait donc la caisse des parts de contributions afférentes aux jours d'assurance des mois d'entrée ou de sortie réelles.

En résumé, il n'est pas possible d'admettre le système des contributions mensuelles pour les personnes absolument tenues à l'assurance; et comme nous devons n'avoir qu'un seul système *pour tous les membres à assurance entière*, il ne reste plus qu'à adopter celui des contributions journalières aussi pour les membres volontaires à assurance entière et pour les personnes tenues d'être assurées en vertu des articles 6 ou 7.

**Art. 70.** 1. — Pour la *contribution restreinte*, rien n'empêche d'adopter la simplification qu'apporte à la comptabilité le système du calcul par *mois*. Il n'y aurait aucune raison pour régler la con-

tribution restreinte d'après le nombre de jours ouvrables, puisque ce nombre est sans influence sur le montant des indemnités que la caisse peut devoir payer.

2. — En ce qui touche les *finances d'entrée* (article 32), nous n'autorisons de graduation — pour les membres volontaires à assurance *restreinte* — que d'après l'âge du candidat; cette base de graduation est en effet la plus naturelle. Mais ici la loi doit entrer dans plus de détails, vu qu'il ne s'agit plus — comme pour la finance d'entrée — d'une prestation unique et limitée à 25 francs, mais d'un paiement à faire cent fois peut-être et dont il importe dès lors de nuancer exactement le montant.

D'autre part, l'assurance restreinte est une institution absolument nouvelle et nous ne saurions nous exposer au risque de commettre des fautes capitales, en donnant à cette institution un caractère trop déterminé et en faisant dépendre les réformes de l'assurance restreinte d'une revision de la loi; avant que cette revision — toujours longue et difficile — soit opérée, mainte caisse verrait son existence compromise.

C'est pourquoi nous statuons en principe que la contribution restreinte sera d'un montant *uniforme* pour tous les membres de la caisse; mais nous prévoyons des exceptions, telles que la graduation *d'après le sexe, l'âge*, etc. Ces exceptions à leur tour sont soumises à certaines réserves qui sont: 1° la défense de faire acceptation de personnes, au profit ou aux dépens de l'assuré, c'est-à-dire l'obligation de se déterminer d'après des *considérations de fait*; 2° la nécessité de soumettre à *l'approbation de l'office fédéral des assurances*, avant toute application et non seulement en cas de recours, les systèmes de graduation établis en vertu de l'article 70.

**Art. 71. 1.** — Comme on l'a vu dans la partie générale du présent message, il est opportun de fixer un *taux maximum* pour les contributions entières d'assurance-maladies; l'employeur, l'assuré obligé et l'assuré volontaire sauront ainsi par avance quelles sommes leur coûtera l'assurance au cas le plus défavorable. Il est bon de donner à ce maximum la fixité qui résulte de sa détermination par la loi elle-même. S'il se produit un déficit élevé ou des déficits répétés, alors que le taux de contributions atteint déjà le maximum, la commune d'assurance doit fournir ce qui manque, le cas échéant par la voie de l'impôt (article 87, lettre *d*). Ni les décisions de l'assemblée générale des assurés ou des délégués, ni les sommations de l'assemblée générale des employeurs, ni enfin les blâmes des autorités d'assurance n'exerceront une influence semblable à celle du

mécontentement de l'opinion publique, dans le sens d'une administration plus économe des biens de la caisse par la direction.

Le taux du 4 % est le maximum qui correspond aux prestations prévues; c'est ce qui résulte du mémoire sous n° 7 des publications officielles, pages 44 et 159 à 181. Si les chambres fédérales abaissaient ce maximum, elles devraient en même temps diminuer les prestations.

Il est aussi nécessaire ou plus nécessaire encore de fixer un *montant maximum à la contribution restreinte* que d'établir un *taux maximum* pour la contribution entière. Tout en laissant une certaine latitude à chaque caisse, il faut en effet éviter que les intentions qui ont inspiré au législateur la création de l'assurance restreinte ne soient mises en échec par la fixation de contributions dont le montant exagéré détourne le public de l'assurance. L'équité du reste exige que l'on tienne compte de la différence entre les droits qui résultent d'une part de l'assurance entière et de l'autre de l'assurance restreinte: le membre volontaire à assurance entière peut prétendre aux soins médicaux et à l'indemnité de chômage (articles 49 et 50), tandis que le membre à assurance restreinte n'a pas droit à cette indemnité (article 30, alinéa 2). Il est donc naturel que cette dernière assurance, qui ne donne lieu en aucune circonstance à des indemnités supérieures à celles de l'assurance entière, ne puisse pas non plus coûter davantage qu'elle.

Tels sont les motifs pour lesquels nous fixons à la contribution restreinte un maximum qui coïncide avec le minimum de la contribution entière.

2. — Les subsides de la Confédération sont compris dans les maxima. La contribution entière payable mensuellement par l'employeur de l'assuré obligé ou par l'assuré volontaire de nationalité suisse ne peut donc excéder, pour un mois de 31 jours dont 4 dimanches, 27 fois les 4 % du salaire journalier, moins 31 centimes; cela fait, pour la 5<sup>me</sup> classe de salaires (article 79), 27 fois les 4 % d'un salaire de 3 francs, moins 31 centimes, soit  $(27 \times 12) - 31 = \text{fr. } 2.93$ . Cette somme incombe pour fr. 1.46 à l'assuré obligé et pour fr. 1.47 à son employeur.

**Art. 72.** — On a proposé à la commission d'experts d'autoriser les caisses communales à instituer le paiement des contributions aux jours de paie et non pas *par mois*. Si une caisse accordait cette facilité à l'établissement A., elle devrait l'accorder aussi aux établissements B. et C., au maître-cordonnier D. etc., — de telle sorte que presque chaque jour serait pour cette caisse un jour de perception; ce fait entraînerait des complications auxquelles nous ne

pouvons souscrire : la nécessité de veiller à ce que chaque employeur verse ses contributions à la date des jours de paie qu'il a choisis causerait autant de travail que la surveillance des échéances de change dans une grande maison de banque.

La situation est différente pour les caisses d'entreprises, ainsi qu'on le verra à l'article 139, alinéa 3.

**Art. 73.** 1. — L'alinéa 2, qui établit une disposition semblable à celles de l'article 29, est également applicable aux caisses inscrites ou d'entreprises (articles 139 et 178, a, 2); mais il n'y a pas eu lieu de le reproduire à propos de l'assurance-accidents, qui ne connaît point d'assurés volontaires.

2. — Au sujet de l'alinéa 2, voir par analogie notre observation sur l'article 65.

**Art. 76.** — Cet article est complété par l'alinéa 2 de l'article 129 maladies, et par l'article 97 accidents.

**Art. 77 et 78.** 1. — Pour le choix du genre de *salaires* — réel, présumé ou déclaré — qui servira de base au calcul des contributions et des indemnités, une grande difficulté consiste dans le fait que chaque caisse réunit des assurés obligés et des membres volontaires. Pour les premiers, il est évidemment nécessaire de se baser sur leur salaire réel. On aimerait par contre pouvoir laisser à chaque assuré volontaire la liberté de ne se faire garantir pour le cas de maladie qu'une partie de son gain, c'est-à-dire de ne déclarer par exemple qu'un salaire de 3 francs alors qu'il gagne réellement 6 francs par jour. Mais pour concilier le système du « salaire réel » applicable aux assurés obligés avec celui du « salaire déclaré » applicable aux assurés volontaires, la caisse devrait consacrer à chacune de ces espèces d'assurés un service distinct ayant sa comptabilité spéciale; or il ne peut être question d'adopter cette solution, qui compliquerait d'autant plus l'administration de la caisse qu'il faudrait encore ajouter un troisième service pour l'assurance volontaire restreinte. Une autre idée consisterait à fonder pour l'assurance volontaire — entière ou restreinte — des caisses communales spéciales, pour autant que les caisses libres ne suffiraient pas. Cependant on voit bien vite, de quel côté qu'on envisage la question, que cette coexistence de deux genres de caisses communales serait en réalité absurde; on se heurterait aux plus grandes difficultés en voulant régler les rapports et les conditions de passage d'un genre de caisses dans l'autre.

Il faut donc faire entrer tous les assurés — obligés ou volontaires — dans les mêmes caisses. Mais on ne peut alors exiger des uns qu'ils indiquent leur salaire réel et les punir en cas d'inexactitude, tout en laissant aux autres la liberté de déclarer le salaire qu'il leur convient; les membres volontaires s'assureraient sur la base de faibles salaires et seraient ainsi à la charge des assurés à salaires plus élevés, comme M. Moser le démontre en ce qui concerne en général les assurés des plus basses classes de salaires (voir page 60 du n° 7 des publications officielles). Or les assurés volontaires devraient normalement améliorer la situation des caisses et non l'obérer.

Les motifs qui précèdent nous amènent à admettre comme base de l'assurance du membre volontaire le même genre de salaire que pour l'assuré obligé; nous exigeons donc de tous les assurés, sous commination des mêmes peines, l'indication de leur salaire réel.

L'adoption du salaire réel, comme base du calcul des contributions et des indemnités, n'est pas sans entraîner certaines difficultés. Il sera souvent aussi impossible de contrôler l'exactitude des déclarations de salaire d'un membre volontaire que de se rendre compte de la véracité des déclarations de fortune de certains contribuables; dans beaucoup de cas, par conséquent, on arrivera aux mêmes résultats pratiques avec le système du salaire réel que si l'on avait formellement établi en faveur de l'assuré volontaire le droit de déclarer le salaire qu'il voudrait. En outre, l'assuré sera souvent incapable, malgré la meilleure volonté possible, d'indiquer exactement ce qu'il gagnera. Fréquemment aussi, un assuré volontaire n'appartiendra pas du tout à la classe des personnes qui travaillent en vue d'un gain; or on ne saurait le repousser pour ce fait, vu qu'il a toutes chances d'être pour son assureur un élément profitable.

Dans l'impossibilité où nous sommes de connaître avec une certitude absolue le salaire réel, il est nécessaire d'admettre certaines fictions, qui font l'objet de l'article 78.

2. — Le dernier alinéa de l'article 78 fixe un *maximum de salaire* pour le calcul des contributions et des indemnités: les salaires réels dépassant fr. 7. 50 sont, pour l'assurance, réputés égaux à cette somme. Nous mettons par ce moyen une limite infranchissable aux fausses déclarations de salaires, et nous évitons d'assurer pour leur salaire réel les membres qui gagnent des salaires très élevés. Ce dernier fait a beaucoup d'importance car, bien que les assurés gagnant des salaires élevés constituent — pris individuellement — de bons éléments, l'ensemble de ces assurés fait courir à la caisse de gros risques: il suffit qu'un assuré ayant droit à

de fortes indemnités de chômage soit longtemps malade pour qu'il impose à la caisse des dépenses considérables, et d'autre part le nombre des assurés d'une classe diminue précisément avec l'élévation du salaire moyen de cette classe. Les risques de grosses dépenses que fait courir à la caisse chacun des assurés à salaire élevé ne sont donc pas compensés par le nombre de ces assurés, et cette branche d'activité devient dès lors dangereuse pour la caisse.

Nous avons choisi, comme « salaire maximum considéré », le salaire que gagne un ouvrier très bien payé; cette valeur maximum de fr. 7. 50 correspond à une indemnité de chômage maximum de 5 francs.

**Art. 79. 1.** — La simplification de l'administration des caisses exigeait que nous répartissions en *classes de salaires* les assurés ayant droit à des indemnités de chômage. Quant à la fixation du nombre de ces classes, il fallait tenir compte aussi de l'assurance accidents, dans laquelle les classes de salaires déterminent le montant des rentes d'invalidité (article 33, alinéa 2, accidents). Or les assurés tiendront à ce que ces rentes — de même que jusqu'ici les indemnités ensuite de responsabilité des fabricants — se règlent le plus possible d'après le salaire réel du temps de l'accident. Nous ne devons donc pas nous contenter d'un nombre de classes trop restreint.

Dans le projet soumis à la commission d'experts, chaque classe comprenait « les salaires dépassant de 75 centimes au maximum le salaire le plus élevé de la classe immédiatement inférieure »; l'indemnité de chômage différait donc de 50 centimes d'une classe à l'autre. Le salaire des assurés de la classe la plus élevée était comme maintenant réputé égal à fr. 7. 50 et donnait droit par conséquent à une indemnité de chômage de 5 francs. La commission trouva que des différences d'indemnités de 50 centimes étaient trop grandes pour les classes les plus basses; elle proposa de réduire ces différences à 20 centimes, soit de fixer à 30 centimes les différences de salaires; elle maintint l'indemnité maximum à 5 francs et prévint une indemnité minimum de 80 centimes. Ce système aurait le désavantage d'entraîner la création de 22 classes de salaires, c'est-à-dire de compromettre la simplification que l'on poursuivait par l'institution des classes. Au reste, une différenciation par 30 centimes — naturelle quand il s'agit de petits salaires — n'a plus sa raison d'être pour des salaires élevés: pour l'ouvrier qui gagne 7 francs par jour, 30 centimes n'ont pas la même importance que pour l'ouvrier dont le salaire est de 90 centimes. L'on ne comprendrait pas que jusqu'à concurrence du salaire maximum on poursuivît une différenciation par petites sommes, alors qu'au-delà de ce salaire on ne



connaîtrait plus aucune différenciation quelconque. Une considération pratique enfin nous engage à varier la différence entre les salaires-limites de chaque classe: on peut sans danger arrondir d'une quantité importante les salaires réels d'un montant élevé, afin de les amener au salaire-limite de la classe considérée; mais si l'on voulait, dans le même but, arrondir de la même quantité les salaires restreints, on redoublerait les dangers de la simulation. Supposons par exemple qu'un salaire réel de 95 centimes soit arrondi de 55 centimes pour être porté au salaire-limite de fr. 1. 50 applicable à tous les salaires réels égaux ou inférieurs à ce chiffre: l'indemnité de chômage des  $\frac{2}{3}$  serait dans ce cas de 1 franc, c'est-à-dire qu'elle excéderait le salaire réel; si au contraire c'est un salaire de fr. 5. 45 que nous arrondissons de la même somme de 55 centimes pour le porter au salaire-limite de 6 francs, l'indemnité de chômage de 4 francs reste encore bien inférieure au salaire réel.

Les considérations qui précèdent nous engagent à établir des classes de salaires se succédant d'après une progression géométrique et non arithmétique; nous avons donc adopté en principe les propositions présentées dans ce sens à la commission d'experts par M. le professeur Kinkelin. Tout en évitant de créer un nombre de classes exagéré, nous faisons droit pour les plus basses classes au vœu de la commission, consistant à réduire les différences de salaires à 30 centimes. D'une classe à l'autre, le salaire — et par conséquent aussi l'indemnité de chômage — croissent environ de  $\frac{1}{4}$ .

2. — En réputant le salaire réel de chaque assuré égal au salaire-limite *maximum* de la classe à laquelle cet assuré appartient, l'alinéa 2 consacre la solution la plus conforme aux intérêts des membres et aussi de la caisse: la valeur productive de contributions et de primes augmente, et l'assuré est sûr de recevoir une indemnité de chômage ou une rente d'invalidité *au moins* égale aux  $\frac{2}{3}$  du salaire réel qu'il a perdu. Nous parons de même au danger de déclarations de salaires inférieurs à leur montant réel.

**Art. 82.**— Nous nous sommes demandé s'il ne conviendrait pas que les tribunaux correctionnels ou criminels répriment spécialement le fait, par l'employeur, de retenir une part de la contribution sur le salaire de l'ouvrier (art. 74) puis de ne pas payer la contribution à la caisse; en d'autres termes, cette conduite de l'employeur ne constitue-t-elle pas un délit *sui juris* supposant une intention dolosive ou une simple négligence?

Le législateur allemand a résolu affirmativement cette question, en exigeant toutefois qu'il y ait dol (article 82, b, loi assurance maladies, du 15 juin 1883). Nous nous décidons au contraire

pour la négative, principalement afin d'éviter une augmentation nouvelle du chaos dont le droit pénal fédéral fournit le spectacle. Il semble au reste que les mesures dont nous menaçons l'employeur déshonnête suffiront à le corriger : l'amende atteindra le coupable dans ce qu'il a de plus cher, tandis qu'à l'arrière-plan apparaîtront la prison et les travaux publics sans détention (article 192.) On remarquera aussi que, d'après l'alinéa 2, des mesures de police peuvent être prises contre l'employeur de mauvaise volonté, pour chacune des contributions arriérées ; un employeur qui refuserait de payer les contributions de 20 ouvriers pour deux mois pourrait donc être condamné au maximum à une amende de 40 fois 50 francs (article 187, lettre b).

Les articles 69 et 83, lettre b, accidents, correspondent aux articles 82 et 187, lettre b, maladies.

**Art. 83.**— Sans être en général partisans de la création de nouveaux privilèges en matière de poursuite pour dettes, nous estimons qu'il est opportun d'accorder des facilités aux caisses d'assurance contre les maladies et à l'établissement d'assurance contre les accidents, en considération de leur caractère marqué d'utilité publique. Telle est la raison d'être des articles 83, 142 et 183, alinéa 2, maladies, et 70 accidents. Ces articles emportent modification de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889 ; dans le texte définitif des deux lois, ils devront donc être rangés parmi les autres dispositions modifiant ou abrogeant des lois fédérales (par exemple l'article 205 maladies et les articles 96 à 99 accidents).

**Art. 84.**— Lorsque l'assuré est malade, il ne peut pas travailler et ne gagne rien, ni pour lui-même ni pour son employeur. Il ne serait donc pas juste d'exiger de l'employeur — seul tenu à paiements vis-à-vis de la caisse — des contributions pour la durée de cette maladie. Au cas contraire, l'employeur s'empressement de dénoncer le louage de services de l'assuré malade.

Pour éviter dans la mesure du possible des abus qui obèraient gravement la caisse, nous avons ajouté à l'alinéa 1 les dispositions de l'alinéa 2 ; à ce défaut, chaque caisse aurait eu bientôt ses parasites, juste assez malades pour ne pas fournir de contributions mais non malades au point de ne plus être assurés.

L'article 68 accidents correspond à l'article 84 maladies.

L'employeur et la commune d'assurance ont, pour la contribution payable en vertu de l'alinéa 3, les mêmes obligations vis-à-vis de la caisse que pour toute autre contribution.

**Art. 87. 1.**— Cet article était représenté, dans le projet soumis à la commission d'experts, par un article 73 ainsi conçu :

« Si l'on constate un déficit à la clôture d'un exercice durant lequel le taux de la prime a été inférieur au quatre pour cent, ce déficit est réparti entre les personnes tenues à contribution, au prorata du montant des salaires (article 65) du dit exercice. Cette répartition a lieu par l'appel d'une prime supplémentaire, dont l'employeur n'est pas autorisé à faire supporter la charge à l'assuré. »

« Le taux de la prime totale, formée de la prime supplémentaire et de la prime simple, ne doit pas excéder le quatre pour cent du salaire. Il ne peut être perçu de prime supplémentaire pour un exercice durant lequel le taux de la prime simple atteignait déjà le quatre pour cent. »

« Les dispositions des articles 61, alinéa 4, et 68, alinéa 2, [articles 65 et 83 actuels] s'appliquent au paiement de la prime supplémentaire. »

« Lorsque le déficit de l'exercice n'a pas pu être entièrement couvert par un appel de prime supplémentaire, l'autorité administrative de l'arrondissement, sur le préavis de l'autorité communale et de la présidence du comité des employeurs, détermine le montant du prélèvement à faire sur les fonds de réserve de la caisse ou de l'association. »

« La part de déficit qui pourrait exister encore doit être couverte par la commune d'assurance. »

Le projet partait, comme on le voit, du principe que chaque exercice se suffit à lui-même, qu'à la fin de chaque année on doit faire table nette et que le déficit ou une part de celui-ci ne peut pas être porté à compte nouveau mais doit être éteint par l'appel d'une contribution supplémentaire. Ce système a été vivement attaqué dans la commission d'experts, et nous nous sommes convaincus que c'était à bon droit. La perception d'une contribution supplémentaire soulèverait un vif mécontentement et serait très difficile ou même impossible, par suite de l'insolvabilité ou du départ des employeurs soumis au paiement de cette contribution. En outre, cette perception entraînerait des injustices dont voici un exemple : L'assuré A. est affilié à la caisse L. et l'assuré B. à la caisse M.; la première de ces caisses a appliqué durant l'exercice un taux de contributions du 3 % et la dernière du 4 %. A. et B. ont tous deux un salaire de 3 francs. La caisse L. perçoit une contribution supplémentaire du 1 %. L'employeur de A. verse donc en définitive à la caisse L. exactement la même somme que l'employeur

de B. à la caisse M. — soit pour 300 jours 36 francs, moins fr. 3. 65 de subside fédéral, soit fr. 32. 35 — mais il n'a pu retenir à son ouvrier que fr. 11. 67, tandis que l'employeur de B. a retenu fr. 16. 17.

Par ces motifs, nous avons renoncé à toute contribution supplémentaire et nous établissons une certaine solidarité entre les divers exercices d'une même caisse, en autorisant l'*inscription à compte nouveau* du déficit ou d'une partie de celui-ci (art. 87, a).

2. — Non seulement la commune ne pourra pas faire porter intérêts, contre la caisse, aux sommes qu'elle aura payées pour couvrir le déficit (article 87, lettre d) mais — ainsi qu'en dispose l'alinéa 2 — elle ne saura prétendre à un *remboursement ultérieur* de ces sommes par la caisse. La commune ne devant être chargée d'une part du déficit que lorsque la situation de la caisse est tout à fait mauvaise et le fonds de réserve presque épuisé, il vaut mieux veiller à ce que la caisse se fortifie en rétablissant son fonds de réserve et en pouvant abaisser son taux de contributions que de l'obliger à rembourser la commune. Cette dernière au reste ressentira indirectement les heureux effets d'une amélioration dans la situation de la caisse.

#### f. Organes des caisses, statuts et règlements, organisation du service (Articles 89 à 128.)

1. — En instituant des caisses communales, on peut adopter deux méthodes différentes. La première consisterait à fonder simplement ces caisses — tout en laissant aux intéressés une entière liberté d'organisation et d'administration —, sauf à intervenir sur la demande de la caisse s'il s'élevait des contestations entre intéressés. D'après la seconde méthode, la loi elle-même établirait pour toutes les caisses un certain nombre de prescriptions uniformes, touchant l'organisation et l'administration de chaque caisse, et un contrôle portant sur l'observation de ces prescriptions. Nous avons préféré ce dernier système, pour les raisons suivantes : Les intérêts en présence dans une seule et même caisse sont très divers et souvent opposés ; les membres absolument tenus à l'assurance, ceux dont l'obligation dépend d'une décision du canton ou de la commune, les membres volontaires à assurance entière, ceux à assurance restreinte, les employeurs, la commune d'assurance, la Confédération pour ses subsides et l'établissement d'assurance contre les accidents sont autant d'intéressés différents. Si on les laissait absolument libres de se subordonner eux-mêmes les uns aux autres, ils ne tarderaient pas à entrer en conflit ; l'intervention de l'état serait continuellement réclamée et revêtirait — au

mécontentement de tous — un caractère inégal. Pour l'éviter, l'état se verrait forcé de sanctionner certains principes, qu'il appliquerait dans la solution des conflits touchant les droits et les responsabilités des différentes classes d'intéressés. On aboutirait ainsi, dans la pratique, à une ingérence de l'état en matière d'organisation et d'administration des caisses communales; ce serait là, en fait, le second des systèmes dont nous parlions tout à l'heure, mais avec cet inconvénient qu'on ne serait arrivé à un service régulier de l'assurance qu'après une période de contestations et de mécontentement qui aurait duré plusieurs années. Il nous a donc paru préférable de poser dès le début certaines règles que toutes les caisses devront observer.

La difficulté consiste à déterminer les bornes de l'intervention de l'état dans l'organisation intérieure des caisses; ces dernières doivent jouir d'une large autonomie, c'est-à-dire pouvoir librement fixer, dans de justes limites, les formes et le mode de leur activité. En laissant à chaque caisse ce que l'on pourrait appeler son « individualité », nous encouragerons les efforts que cette caisse fera pour subsister, pour se développer, pour fournir un service normal et des résultats favorables; nous augmenterons le sentiment de responsabilité des organes de cette caisse. Au reste, la loi serait impuissante à prévoir et à régler chacun des besoins si divers qui se feront jour dans les différentes localités de la Suisse; elle ne saurait escompter les résultats de l'expérience, qui montrera que tel organisme est nécessaire ou superflu, utile ou inadmissible dans telle contrée de la Suisse, suivant la densité et le caractère particulier de sa population, et suivant que telle industrie sera prédominante. La difficulté, nous le répétons, est d'établir une limite entre ce qui doit valoir pour toutes les caisses communales de la Suisse et ce qui doit être laissé à l'initiative de chaque caisse. Que faut-il imposer, que faut-il interdire et que faut-il autoriser? Nous soumettons à votre approbation la solution que nous avons donnée à ces questions et qui est contenue dans les articles 89 à 128 du projet. — Peut-être trouverez-vous qu'il conviendrait de joindre à la loi quelques *modèles ou types de statuts et de règlements*, dont les caisses puissent se servir comme de guides. Il nous a paru préférable d'attendre, pour ce travail, que les caisses publiques se constituent.

2. — Etant admis que les caisses doivent jouir d'une complète autonomie, en dehors de certaines prescriptions qui leur soient communément obligatoires, nous nous trouvons en face des deux questions suivantes: Qui réglera, dans chaque caisse, les points sur lesquels la loi ne statuera pas elle-même? Qui dirigera le service de la caisse et qui sera chargé du contrôle?

Nous avons énuméré (pages 223 et 224 ci-dessus) les différentes personnes, physiques ou civiles, qui seront intéressées à la bonne marche de la caisse. Cette énumération — à laquelle il faudrait ajouter encore l'établissement fédéral accidents, en raison des articles 28 à 38, 61 et 63, alinéa 2, accidents — suffit à montrer qu'il sera difficile de trouver une solution convenable aux deux questions que nous posions tout à l'heure. En théorie, il conviendrait de prévoir, pour la constitution de la caisse et pour la fixation de ses principes généraux d'administration, une *assemblée unique* réunissant tous les intéressés et leur permettant de s'entendre et de voter ensemble, d'après des droits proportionnels à leurs intérêts. Mais cette idée est inapplicable en pratique; la consécration d'une certaine inégalité entre les intéressés, quant au droit de vote, choquerait en particulier notre manière de voir dans le domaine politique.

Le genre et l'importance des intérêts en présence sont très divers. A ce point de vue, on doit mettre au bas de l'échelle *l'établissement d'assurance contre les accidents*; il peut se faire représenter par la Confédération, qui lui est très voisine. *La Confédération* elle-même, pour ses subsides, peut charger de la défense de ses intérêts les autorités fédérales supérieures en matière d'assurance; ces autorités représenteront aussi l'établissement d'assurance contre les accidents. *La commune d'assurance* n'intervient jamais que comme garante; plutôt que de lui réserver une place dans l'assemblée législative de la caisse — où il convient d'établir des droits de vote égaux —, on lui permettra donc de faire valoir ses intérêts en exerçant un droit de ratification ou de veto. Il ne reste plus maintenant à considérer que *les assurés* et *les employeurs*, savoir les deux classes de personnes dont les intérêts sont le plus étendus.

Convient-il de prévoir pour les assurés et les employeurs des assemblées communes? La commission d'experts a discuté cette question d'une manière approfondie (voir bulletin sténographique, p. 389 à 395). Certains de ses membres ont fait valoir qu'en réunissant les assurés et les employeurs on favoriserait la bonne marche de la caisse et l'on travaillerait à l'apaisement social dans notre pays; les mêmes personnes ajoutaient qu'aujourd'hui déjà la réunion des deux éléments existait dans beaucoup de caisses et avait une influence excellente. D'autres membres de la commission ont répondu que ce système n'amènerait qu'un apaisement social apparent, et qu'en réalité la présence de leurs employeurs empêcherait beaucoup d'assurés de s'exprimer en toute liberté; bien qu'ils fussent numériquement en minorité, les employeurs donneraient le ton dans l'assemblée et feraient passer, lors des élections,

les personnes qui parleraient et agiraient de manière à leur être agréables.

Après avoir mûrement examiné la question, nous nous sommes prononcés pour le système des *assemblées distinctes*, tel que l'avant-projet le prévoyait déjà. Trois ordres de considérations nous déterminent :

Nous tenons à ce que les ouvriers — qui formeront dans la règle la majorité des membres de la caisse — puissent agir avec le plus de liberté possible ; sans rechercher si ce résultat est impossible à atteindre en présence des employeurs, il nous suffit de constater que les ouvriers se sentent gênés lorsqu'ils ne sont pas entre eux. En outre, le bien de la caisse exige que chacun supporte une responsabilité, au sein de l'assemblée ; il ne faut pas, si les affaires vont mal, que les assurés puissent se décharger de leur responsabilité sur les employeurs. En troisième lieu, nous considérons une séparation comme de l'intérêt des employeurs eux-mêmes ; cet argument exige quelques développements :

Partisans convaincus de l'égalité de vote en matière politique, nous considérerions comme une faute de rompre sans nécessité absolue avec ce principe dans l'organisation d'assemblées qui, bien que s'occupant exclusivement d'assurance, n'en revêtiront pas moins un caractère de droit public. D'autre part, les employeurs auraient une position injustement sacrifiée dans une assemblée où, réuni avec ses ouvriers, chacun d'eux ne posséderait qu'un droit de vote égal à celui de chacun de ses ouvriers ; les employeurs se verraient constamment majorisés et n'auraient pour toute ressource que le droit de recourir à l'autorité d'assurance. Or on n'oubliera pas que si l'assuré supporte la moitié de la contribution et retire le bénéfice entier de l'assurance, l'employeur fournit la contribution entière, en supporte la moitié et n'a aucun droit quelconque aux prestations de la caisse. Dans ces circonstances, il est juste qu'il dispose d'une part d'influence ; et si, en renvoyant l'employeur à faire valoir une voix unique au sein d'une assemblée commune, nous le mettions hors d'état d'exercer l'influence qui lui revient légitimement, il chercherait à agir personnellement sur les ouvriers qui l'entourent. Ce résultat — auquel la logique amènerait aussi dans les caisses d'entreprises — serait de tout point fâcheux pour la dignité et l'indépendance de l'assemblée. En résumé, autant il serait difficile et fâcheux de graduer ici les droits de vote comme dans une assemblée d'actionnaires et autant il serait d'autre part injuste d'assimiler les employeurs aux assurés dans des assemblées communes, autant il est nécessaire de prévoir des assemblées distinctes.

Nous aboutissons donc au système de deux chambres coordonnées (article 89, 1° et 2°). On ne manquera pas de nous reprocher de sanctionner ainsi légalement la différence des classes, voire même de travailler à une œuvre de haine sociale ; ce reproche a exactement la même valeur que celui qui consisterait à dire qu'en groupant les employeurs en des assemblées distinctes nous soumettons les caisses d'assurance à la tutelle des employeurs.

Les *personnes tenues à l'assurance en vertu des articles 6 ou 7* se rattacheront tout naturellement aux personnes assurées en vertu de l'article 1, et participeront avec elles aux assemblées générales d'assurés (article 91). On peut se demander par contre s'il convient de ranger les *assurés volontaires* parmi les autres assurés ou parmi les employeurs. Le membre volontaire s'assure spontanément et supporte seul les frais de sa police ; au point de vue des charges, il est donc à la fois assuré et employeur et devrait participer aux deux espèces d'assemblées générales. Mais en pratique il faut choisir ; or l'assuré volontaire se rapproche davantage des autres assurés que des employeurs : s'il est soumis à des charges, de même que les autres assurés et les employeurs, il a droit à des indemnités, à la différence des employeurs. Les assurés obligés ne considéreront évidemment pas les membres volontaires comme un élément étranger qui leur soit artificiellement associé ; ils se souviendront que dans des milliers de cas une personne est alternativement assuré obligé et membre volontaire : la solution que nous proposons a l'avantage de ne pas déplacer l'assuré lors de ces mutations.

A laquelle des deux assemblées générales convient-il de donner la *priorité* ? Evidemment à celle dont les membres ont le plus d'intérêt à la bonne marche de l'assurance, c'est-à-dire à l'assemblée des assurés obligés ou volontaires.

Nous avons ainsi résolu la première des deux questions posées : la réglementation des points réservés à l'autonomie de chaque caisse appartiendra en première ligne à l'assemblée générale des assurés, puis à l'assemblée générale des employeurs, qui sera coordonnée à la première (articles 96, 101 et 106). La commune d'assurance jouira d'un *droit de ratification ou de veto* (article 107). Les décisions des assemblées générales seront soumises à l'*examen impartial des autorités d'assurance*, qui veilleront aux intérêts du public et à ceux de la Confédération et de l'établissement d'assurance contre les accidents ; ce sont aussi les autorités d'assurance qui statueront en cas de désaccord entre les deux assemblées générales (article 107, alinéa 3).



Pour que l'autonomie dont la caisse doit jouir ne devienne pas un leurre, nous avons soin de limiter expressément les compétences des autorités d'assurance, dans tous les cas où les deux assemblées générales et la commune d'assurance sont d'accord; l'article 107, alinéa 2, en est un exemple.

Nous avons dû régler dans la loi elle-même les rapports des différents pouvoirs qui auront à intervenir dans l'assurance (articles 106 à 108). A première vue, on trouvera cette partie de notre projet assez compliquée; mais son application sera certainement simple.

3. — Nous passons maintenant à l'examen de la seconde question posée, savoir: Qui dirigera le service de la caisse et qui sera chargé du contrôle?

Chaque caisse possédera une *direction* (article 89, 3<sup>o</sup>), dont les membres seront responsables de la bonne marche du service (article 125). Il faut que la direction se compose d'un *nombre relativement restreint de membres* (article 112), à défaut de quoi chacun de ces derniers aura la tendance de se décharger sur ses collègues. La direction doit le plus possible discuter et liquider toutes les affaires en commun; elle doit former un vrai « collège », uni par le sentiment d'un devoir et d'une responsabilité communs. Pour parvenir à ce but, il est nécessaire que la direction soit *nommée par un pouvoir unique*, à la différence de telles autorités judiciaires, préconsultatives ou de surveillance, dont plusieurs autorités peuvent se partager l'élection. Seule, l'assemblée des assurés doit désigner les membres de la direction (article 96, b) et nous croyons devoir aller plus loin encore et statuer qu'ils seront choisis *dans son sein* (article 112). Nous espérons faire ainsi bénéficier les caisses d'une vie réelle et saine, qui rappelle notre activité communale. L'organisation admise par notre projet témoigne d'une grande et légitime confiance dans notre peuple ouvrier, auquel nous remettons le soin d'administrer et de faire emploi des nombreux millions fournis par lui-même, par les employeurs et par la Confédération.

Nous donnons aux employeurs et à la commune d'assurance le droit de se faire représenter auprès de la direction par des personnes qui jouissent de leur entière confiance (article 118); ces *délégués* seront à même de prendre part aux délibérations de la direction et de contrôler sa gestion, spécialement au point de vue d'une stricte économie. Mais, du moment que nous déchargeons les délégués de toute responsabilité quant aux décisions de la direction, nous ne devons leur donner que voix consultative (alinéa 2).

En prévoyant la nomination, par l'assemblée générale des assurés, de *vérificateurs des comptes* (article 119), nous établissons un contrôle permanent de l'administration de la caisse (alinéa 3). Les vérificateurs des comptes, qui représentent les assurés, complètent la surveillance exercée par les délégués des employeurs et de la commune.

La direction jouit de la plus grande initiative (article 113), ce qui rend son rôle très important et sa responsabilité fort étendue. Mais, comme nous venons de le voir, chacun de ses actes peut être contrôlé et tout directeur digne de son emploi ne saurait qu'en être heureux; ce sera pour lui une tranquillité et une décharge de pouvoir dire: « Il m'est impossible de payer telle indemnité qu'on réclame de la caisse; au reste, les délégués et les vérificateurs des comptes sont là! »

Ainsi qu'il résulte de l'article 156, alinéas 4 et 5, nous envisageons le contrôle de l'état sur les *exercices en cours* des caisses-maladies comme devant être très large et n'avoir guère qu'une portée statistique; nous tenons à éviter jusqu'à l'apparence d'une tutelle exercée par l'état sur les caisses. Par contre, en ce qui touche les *comptes annuels*, il convient non seulement d'autoriser mais encore d'organiser une surveillance attentive, exercée par les divers intéressés. Les articles 120 à 124 mettent à exécution ce principe.

4. — Après avoir créé deux assemblées générales, il nous reste à régler ce qui concerne le *droit de vote* dans chacune d'entre elles. Il est évident que tous les participants d'une assemblée doivent jouir d'un droit de vote égal, c'est-à-dire d'une voix (articles 97, alinéa 1, et 98, alinéa 5). Mais à quelles personnes convient-il de reconnaître ce droit de vote?

Pour les assemblées générales d'assurés, la question ne fait pas de doute en ce qui touche les *assurés obligés* et les *membres volontaires à assurance entière*. Par contre, en considérant que l'assurance restreinte est une innovation, on serait tenté de voir dans cette branche d'assurance une *entreprise* spéciale, comparable aux autres services dont la caisse peut se charger accessoirement à sa tâche principale (article 104). A ce point de vue, les *membres volontaires à assurance restreinte* ne rentreraient pas dans la mutualité et ne seraient qu'une des parties d'un contrat ayant la caisse comme autre contractant; ils ne devraient par conséquent jouir d'aucun droit de vote ou d'administration. Mais cette manière de voir n'est pas exacte: l'assurance restreinte est une branche dont la loi ne se borne pas à *autoriser* l'exploitation, et dont au contraire elle *impose* le service à toute caisse communale. Quiconque

possède les qualités légalement requises a le droit de se faire recevoir comme membre volontaire à assurance restreinte. Au reste, les assurés de ce genre sont comme les autres intéressés à la bonne marche de la caisse : si la situation est mauvaise, leurs contributions demeurent pesantes ; si elle est bonne, ces contributions peuvent être abaissées. Le choix des médecins de la caisse et des membres de la direction touche de très près les membres volontaires à assurance restreinte. Pour toutes ces raisons, il est juste que ces assurés aient leur mot à dire et, comme nous voulons que tous les membres d'une même assemblée disposent d'un droit de vote égal, nous sommes amenés à accorder aux membres à assurance restreinte le même droit de vote qu'aux assurés obligés ou volontaires à assurance entière (article 91).

Il ne doit pas suffire d'être assuré pour avoir accès aux assemblées générales d'assurés ; il faut évidemment satisfaire encore à des *conditions personnelles de capacité civile* (article 91). Nous excluons donc les *enfants*, en fixant comme limite l'âge de majorité politique admis par le droit fédéral ; nous excluons en outre les personnes dont la *capacité civile est suspendue ou restreinte* par application des articles 4 ou 5 de la loi fédérale sur la capacité civile, du 22 juin 1881. C'est avec intention que nous disons à l'article 91 : « L'assemblée comprend les assurés . . . dont la capacité civile *n'est pas* suspendue ou restreinte » ; cette rédaction dénie aux assemblées générales le droit de statuer sur la question de savoir si telles personnes *devraient être* interdites ; on évitera ainsi les contestations pénibles qui se seraient produites à l'occasion des assemblées générales, et l'on n'empiétera pas sur les attributions des autorités compétentes en matière d'interdiction. L'état de minorité politique et le défaut de capacité civile sont les deux seules causes d'exclusion que nous reconnaissons ; il ne nous paraît pas indiqué de tenir compte ici de l'état de *privation des droits civiques*, de la qualité d'*étranger* ou de l'*état de fille ou de femme mariée* ; les motifs qui font dénier tous droits civiques aux étrangers et aux femmes ne sont pas déterminants en matière d'assurance. Il y aurait encore moins de raisons pour établir une distinction entre les filles, les veuves ou les femmes divorcées et les femmes mariées ; du moment qu'une femme mariée est légalement assurée, la loi aussi doit lui permettre d'exercer elle-même les droits résultant de son assurance. Par contre, sitôt qu'il s'agit d'une fonction emportant une certaine responsabilité civile, nous devons poser comme condition un état d'entière capacité civile, et exclure par conséquent les femmes mariées dont la législation cantonale (article 7 de la loi fédérale du 22 juin 1881) restreint la capacité civile. Cette observation — que nous insérons ici par anticipation, afin d'éviter

tout malentendu — sera confirmée à l'article 112; à l'article 167, on verra que nous excluons absolument les femmes des fonctions d'arbitres.

Nous n'admettons pas que les personnes ayant accès aux assemblées générales d'assurés puissent s'y faire représenter par des porteurs de *procurations*. Le principe de délégation est contraire au caractère d'une assemblée de droit public et ne serait admissible qu'à titre de moyen extrême, pour des assemblées ne comprenant légalement qu'un petit nombre de personnes et présentant le risque de ne pouvoir se constituer faute d'assistants.

En interdisant toute délégation dans les assemblées d'assurés, nous sommes logiquement amenés à exclure de ces assemblées les « représentants » de membres volontaires, tels qu'ils sont institués par l'article 41.

Pour les *assemblées générales d'employeurs*, nous arrivons sur plusieurs points à d'autres conclusions touchant le droit de vote que pour les assemblées d'assurés. Les assemblées d'employeurs n'ont pas pour éléments premiers des personnes, mais des exploitations ou des établissements industriels. Or ces derniers peuvent appartenir à une ou à plusieurs personnes physiques, de même qu'à une personne civile; une personne physique ou civile peut posséder plusieurs établissements relevant de caisses différentes, ou résider à une très grande distance du lieu de l'exploitation. Ces considérations ne sont pas seulement un argument de plus en faveur de la distinction à établir entre les assemblées d'assurés et les assemblées d'employeurs; elles amènent à autoriser pour les assemblées d'employeurs la *représentation* de personnes civiles ou de personnes physiques privées de leur capacité civile, par des personnes physiques jouissant de cette capacité. Ces mêmes considérations obligent à admettre des porteurs de procuration, pour représenter tout employeur constitué par une société ou pluralité de personnes; elles imposent enfin l'obligation de prévoir que l'employeur qui réside au loin pourra déléguer une personne résidant dans la commune, et dont nous exigeons qu'elle jouisse d'une entière capacité civile.

Les divers articles du titre que nous examinons donnent lieu, pris isolément, aux observations suivantes:

**Art. 90.** — Nous laissons aux statuts le soin de décider si les assemblées générales d'assurés se composeront de *tous les assurés* mentionnés à l'article 91 ou seulement de *délégués*. De même que nous avons fixé le nombre minimum d'habitants que doit comprendre une commune d'assurance, il aurait fallu déterminer ici le

nombre minimum d'assurés que devrait compter la caisse pour pouvoir remplacer par des assemblées de délégués les assemblées plénières de ses assurés ayant droit de vote; en effet, les caisses dont le nombre d'assurés est restreint et qui pourraient parfaitement tenir des assemblées plénières ne devraient pas leur préférer le système représentatif des assemblées de délégués. Mais en pratique il est difficile d'adopter un chiffre-limite, vu la diversité des circonstances et particulièrement les différences qui peuvent exister entre les communes quant à la densité de leur population d'assurés. Nous avons donc laissé les statuts entièrement libres de choisir entre les deux systèmes, espérant qu'ils respecteront les intentions du législateur. S'ils trompaient notre attente, en établissant des assemblées de délégués dans des caisses où devraient fonctionner des assemblées plénières, nous aimons à croire qu'un des pouvoirs législatifs de la caisse opposera son veto (article 107, alinéa 1); l'autorité d'assurance, appelée à intervenir (article 107, alinéas 3 et 4), sera alors en mesure d'organiser une saine application de la loi.

**Art. 91.** — *L'état de majorité politique* est une condition absolue du droit de participer à l'assemblée; on ne saurait y suppléer par l'état de capacité civile, prématurément acquis au moyen de l'émancipation ou du mariage (articles 1 et 2 de la loi fédérale sur la capacité civile, du 22 juin 1881).

Les dispositions de cet article sont applicables à la *capacité des étrangers*, en dérogation à l'article 10, alinéa 2, de la loi fédérale sur la capacité civile, du 22 juin 1881.

**Art. 94.** — La réunion de l'assemblée ordinaire a été prévue pour le *premier semestre* de l'année, en considération du fait que l'approbation des comptes de l'exercice écoulé (article 96, lettre e, et 121) constitue un des tractanda les plus importants de l'assemblée.

**Art. 96.** — Pour pouvoir proposer la revision des statuts (lettre c), il suffit de remplir les conditions établies à l'article 91; pas n'est besoin de prendre effectivement part à l'assemblée des assurés ou des délégués, ni d'être un des délégués.

**Art. 104.** — Tout en espérant que la caisse d'assurance sera dans la commune le centre des distributions de soins et de secours aux malades, nous lui interdisons tout commerce de médicaments, drogues ou autres marchandises, par lequel la caisse serait distraite de son rôle essentiel; il pourrait arriver en effet que le service proprement dit de l'assurance passât au second plan ou que les organes de la caisse fussent abusivement employés à des buts étrangers à l'assurance.

L'article 104 permet aux caisses communales d'entrer en rapports avec des établissements publics ou d'intérêt public poursuivant un but analogue à celui des caisses, tels que des hôpitaux publics ou privés, des polycliniques, diaconies, sociétés de samaritains ou autres associations de personnes s'occupant à soigner les malades ; les relations créées entre ces établissements et les caisses seront la source d'une activité commune éminemment bienfaisante de part et d'autre.

**Art. 105, lettre a.** — Rien n'empêchera la caisse de voter par exemple des subsides à des cours de garde-malades ou à des exercices de la Croix-Rouge ; ces dépenses en effet sont en rapport direct avec l'assurance contre les maladies. Par contre, beaucoup de caisses actuelles poursuivent accessoirement ou avant tout un but de sociabilité ; elles organisent des fêtes, elles inaugurent des bannières et remettent des dons d'honneur — le tout aux dépens de leur budget : nous interdisons aux caisses publiques des dépenses de ce genre. Nous reconnaissons aussi comme étant *sans rapport avec le but de la caisse*, toute disposition statutaire ou décision de nature à favoriser quelque parti politique, social ou confessionnel que ce soit ; les caisses publiques ne doivent faire aucune distinction entre les diverses opinions. L'article 105 ne leur interdit point de nommer des membres honoraires, à la condition qu'il n'en résulte aucune dépense pour leur budget, c'est-à-dire que ces membres n'aient aucun droit quelconque aux indemnités.

*Lettre c.* — Nous reconnaissons que cette disposition, très élastique, pourra fréquemment être invoquée par les autorités d'assurance à l'occasion de demandes d'approbation des statuts (article 107) et dans les cas de contestations (article 162) ; mais si nous croyons devoir maintenir néanmoins la lettre c, c'est pour empêcher que l'argent des personnes tenues à contribution ne puisse être dilapidé par une folle décision de la majorité des deux assemblées générales.

*Lettre d.* -- Cette disposition est avant tout destinée à parer aux dangers qu'impliquent les articles 104, 116 et 150 à 153.

**Art. 112. 1.** — Nous nous sommes demandé s'il ne conviendrait pas de rendre obligatoires les fonctions de membre de la direction, ainsi qu'en général toutes fonctions auprès d'une caisse publique ou d'un tribunal arbitral. Mais, nous avons repoussé cette idée, en considérant que les personnes qui voudraient éluder l'obligation trouveraient aisément un prétexte pour se récuser. Dans ces conditions, il fallait prévoir le cas où des refus individuels

successifs ou bien un refus collectif inspiré par l'esprit d'obstruction compromettraient le service régulier de la caisse (article 127).

2. — Une seconde question qui se posait à l'occasion de l'article 112, et que nous avons résolue négativement comme la première, touchait l'opportunité qu'il pourrait y avoir à empêcher par la loi elle-même que l'employeur ne congédiait systématiquement ceux de ses ouvriers appelés par leurs camarades à revêtir une charge dans la caisse; ce procédé de l'employeur annihilerait en pratique l'indépendance de la caisse, dans un des actes les plus importants de son administration. La difficulté qui surgit ici n'est malheureusement qu'un cas particulier de la question, beaucoup plus générale et importante, de l'opportunité qu'il y aurait à prendre des mesures légales contre les renvois arbitraires: sous l'empire de notre droit actuel, l'employeur ne peut être tenu de faire connaître ni encore moins de justifier les motifs de la dénonciation de contrat ou du renvoi immédiat dont il prend l'initiative; une demande ne dommages-intérêts est le seul moyen de droit dont dispose suivant le cas l'ouvrier. Toutefois, il nous paraîtrait peu indiqué de provoquer ici un débat difficile, à propos du cas spécial qui nous occupe.

3. — Si nous ne statuons pas d'incompatibilités entre certaines fonctions, c'est par confiance dans le bon sens des assurés, et parce qu'il fallait éviter d'enfler encore le volume de notre projet en y insérant des dispositions nécessairement compliquées. En ce qui touche les tribunaux arbitraux et les autres autorités d'arrondissements, de même que le tribunal fédéral, des cas d'incompatibilité pourront être établis par les ordonnances que prévoient les articles 161, 170, alinéa 7, 174, alinéa 7, maladies et 81, accidents.

**Art. 118 et 119.** — L'expression de « en tout temps » que nous avons introduite aux articles 118, alinéa 2, et 119, alinéa 3, ne signifie pas que les délégués et les vérificateurs des comptes aient le droit de gêner le service de la caisse en exerçant hors de propos leurs attributions; ils devront se conformer aux usages admis en matière d'heures de bureau.

Par « procès-verbaux, livres et pièces justificatives », nous entendons aussi les contrôles prévus à l'article 21. Les délégués et les vérificateurs des comptes sont donc rangés de plein droit parmi les employés que les ordonnances ou arrêtés du conseil fédéral (article 21, alinéa 4) autoriseront à prendre connaissance de ces contrôles.

### 3. Les caisses d'entreprises, assurant contre les maladies.

(Articles 129 à 149).

**Art. 125.** — Le premier alinéa correspond à la disposition de l'article 673 du code fédéral des obligations; il va sans dire que la responsabilité n'est encourue que par les individus personnellement fautifs.

**Art. 129, alinéa 2.** — Etant donné que l'ordre de fonder une caisse d'entreprise sera généralement désagréable à l'employeur, les employés de cette entreprise n'en feront pas la proposition; tout au plus inspireront-ils cette idée à d'autres personnes ou à l'autorité, agissant d'office. Nous n'avons dès lors pas mentionné les employés et ouvriers de l'entreprise intéressée, au nombre des personnes qui peuvent proposer l'ordre de fondation. L'employeur par contre se trouve cité; les motifs qui pourront lui faire prendre l'initiative sont de deux sortes: ou bien il estimera que l'assurance de ses ouvriers par une caisse d'entreprise lui coûtera moins cher que l'assurance fournie par la caisse communale moyennant la surélévation de contributions prévue à l'article 76; ou bien il verra une opportunité particulière à la fondation qu'il propose, nonobstant un effectif d'ouvriers inférieur au minimum fixé par l'alinéa 1. L'autorité, cela va sans dire, devra examiner avec soin la valeur intrinsèque des motifs invoqués par l'employeur.

**Alinéa 4.** — Cette disposition a pour but d'empêcher que les bons éléments ne constituent entre eux une caisse d'entreprise qui ne laisserait que les mauvais risques à la caisse communale.

**Art. 131.** — L'alinéa 1 prévient l'idée d'après laquelle la caisse d'entreprise serait subordonnée aux organes de la caisse communale.

**Alinéa 2.** — Il n'était guère possible de placer cette caisse sous la surveillance de plusieurs autorités d'arrondissements, ni de statuer que son assemblée générale exercerait dans plusieurs arrondissements ses droits à l'élection des arbitres. La conséquence de la solution admise par l'alinéa 2 est que tous les membres de la caisse seront justiciables d'un seul et même tribunal arbitral, savoir de celui à l'élection duquel la caisse coopère. A l'article 168, alinéa 2, nous avons dû admettre une solution opposée, touchant la question connexe de l'élection des arbitres par les employeurs. Il résulte de ce fait une contradiction regrettable mais qu'il nous paraît impossible d'éviter.



**Art. 132.** — Il est probable que les caisses de secours des compagnies de *chemins de fer et de bateaux à vapeur* continueront à exister comme caisses d'entreprises (article 129), en se réorganisant conformément à l'article 199. Or l'exploitation d'une entreprise de transport s'étend sur un grand territoire, et les membres d'une même caisse d'assurance se trouveront ainsi dispersés dans des localités diverses. Il n'y a aucune raison péremptoire pour rattacher cette caisse à un arrondissement unique, pour la soumettre à la surveillance d'une seule autorité d'arrondissement et pour rendre tous ses assurés justiciables d'un même tribunal arbitral.

Les observations qui précèdent s'appliquent aussi à certaines *entreprises exploitées par la Confédération*. Ici, nous allons même plus loin encore dans le sens d'une décentralisation : en principe, il nous paraît désirable que les employés et ouvriers de ces entreprises soient le plus possible groupés en caisses d'entreprises, suivant le lieu de leur travail, ou assurés auprès des caisses communales dans le territoire desquelles ils résident; nous tenons en effet à éviter que l'état se donne ne serait-ce que l'apparence de faire bénéficier ses employés et ouvriers d'un régime préférable à celui des employés de l'industrie privée. Le principe de décentralisation aura, il est vrai, souvent pour conséquence de placer une autorité supérieure sous le contrôle d'une autorité généralement subordonnée à la première; mais cet inconvénient ne suffit pas à nous arrêter.

Il y a pourtant telles grandes entreprises de la Confédération, pour chacune desquelles il pourrait être indiqué de fonder une seule caisse d'entreprise : citons par exemple l'administration des postes et celle des télégraphes.

Les dispositions exceptionnelles contenues à l'article 132, alinéa 1, nous semblent suffisamment motivées par les observations qui précèdent.

*Alinéa 2.* — Il va sans dire que les caisses d'entreprises mentionnées à l'article 132, alinéa 1, ont besoin d'une organisation différente de celle des caisses d'entreprises en général; il serait en effet difficile et souvent même impossible de réunir en une seule assemblée tous les assurés ou seulement tous les délégués de la caisse; on ne saurait non plus appliquer au service des avis et à la gestion de la direction les règles établies pour les autres caisses d'entreprises. Nous sommes dès lors obligés de remettre à l'autorité le soin de déterminer cette organisation exceptionnelle; le projet désigne à cet effet le conseil fédéral et lui prescrit de veiller à ce que, dans ces caisses d'entreprises d'un type particulier,

*les droits d'administration autonome des assurés ne soient pas restreints.* Le conseil fédéral statuera comme instance unique; considérant que c'est lui qui vous soumet aujourd'hui ce projet, vous voudrez bien — nous l'espérons — être assurés qu'il agira dans l'esprit de la loi.

L'article 171, alinéa 2, contient une disposition analogue à celle que nous venons d'examiner.

**Art. 134, alinéa 2.** — On peut aisément prévoir des exemples de conflits entre la caisse d'entreprise et la caisse communale: ou bien chacune des deux caisses réclamera, comme lui appartenant, un certain assuré et prétendra aux contributions, ou bien aucune des deux caisses ne voudra se reconnaître assureur de telle personne atteinte de maladie. Parmi les individus dont on a peine à décider s'ils relèvent de la caisse d'entreprise ou de la caisse communale, citons: le domestique que l'employeur occupe dans son ménage, mais qui aide parfois à atteler le camion de la fabrique; on suppose que l'employeur a son ménage dans un bâtiment séparé de celui de l'usine.

**Art. 136. 1.** — Nous avons déjà expliqué pourquoi nous ne favorisons pas l'assurance volontaire auprès des caisses d'entreprises et pourquoi, dans les limites où nous autorisons cette assurance, nous nous bornons à l'esquisser, laissant à la caisse et à l'employeur le soin d'en compléter l'organisation. Il n'y aurait aucun motif pour *obliger* les caisses d'entreprises à recevoir comme membre volontaire quiconque résiderait dans la contrée et remplirait les conditions fixées à l'article 31. D'autre part, il serait très dangereux pour les caisses communales qu'on permit aux caisses d'entreprises d'accueillir comme membres volontaires qui bon leur semblerait, alors que nous avons établi la liberté de passage entre les deux espèces de caisses publiques (articles 33 et 34); les jeunes gens seraient attirés par les caisses d'entreprises, qui repousseraient sur les caisses communales les femmes et les gens âgés, non encore assurés ou jusqu'ici affiliés à des caisses d'entreprises. Il convient donc de n'autoriser ces dernières à recevoir comme membres volontaires que les personnes dont l'assurance est la plus naturelle, savoir celles qui appartiennent ou ont appartenu à l'entreprise ou qui sont parents d'un employé ou de l'employeur (alinéa 1). L'employeur lui-même (alinéa 3) ne pourra pas être membre de la caisse, dans laquelle il doit remplir un rôle bien autrement important; mais rien n'empêche que, sans qu'il soit assuré proprement dit, la caisse lui garantisse la gratuité des soins médicaux en vertu de l'article 104, lettre b.

2. — Du moment que nous laissons aux statuts (alinéa 4) le soin de fixer les conditions d'entrée — dans les limites établies par l'alinéa 1 et par l'article 32, alinéa 2, — nous devons également réserver aux statuts le droit de régler ce qui concerne la cessation d'admission, la démission et l'exclusion de membres volontaires; nous avons soin toutefois de veiller aux intérêts de ces membres en interdisant de prendre contre eux des dispositions plus rigoureuses que celles de l'article 39, alinéa 1.

3. — Il est impossible de déclarer simplement applicables aux anciens assurés des caisses d'entreprises les articles 29 ou 40; tout dépend des conditions d'entrée et de sortie que ces caisses feront à leurs membres volontaires. Pour telle caisse qui accueillerait ou conserverait comme assuré volontaire tout ancien ouvrier ou employé de l'entreprise, quel que soit le lieu de sa résidence, l'article 40 n'aurait aucun sens. Pour telle autre caisse qui subordonnerait la continuation de l'assurance volontaire au fait que l'employé à la famille duquel appartient l'assuré ferait toujours partie de l'entreprise, la disposition de l'article 40 serait trop étroite; cet article en effet ne prévoit que le cas d'extinction de l'assurance ensuite du changement de résidence du membre volontaire lui-même. Ces exemples, ainsi que bien d'autres qu'on peut imaginer, nous obligent à remettre aux statuts de chaque caisse le soin de déterminer la mesure dans laquelle les dispositions de l'article 29 seront applicables à ses membres volontaires.

4. — Comme on le voit, à part quelques dispositions obligatoires pour toutes les caisses, nous avons admis en matière d'affiliation volontaire aux caisses d'entreprises le principe du « laisser faire, laisser passer » que mainte personne déclare être le seul admissible et voudrait voir sanctionner dans le domaine entier de l'assurance populaire. Or à elle seule cette concession au principe de Manchester nous met en face de toute une série de dangers; qu'il nous suffise d'en mentionner quelques-uns.

Que deviendrait l'égalité de droits qui doit être à la base de toute institution publique, si les statuts de la caisse disposaient qu'« il appartient à la direction, agissant sans appel, d'accueillir ou bien de repousser les personnes qui remplissent les conditions d'admissibilité établies par les statuts » ?

Quel ne serait pas le dommage subi par la caisse communale — ainsi qu'on l'a déjà vu — si la caisse d'entreprise introduisait un maximum d'âge très peu élevé ou refusait d'accueillir des femmes comme membres volontaires ?

A quels abus ne serait pas exposée la caisse communale, étant donnés les articles 33 et 34, lettres c, si la caisse d'entreprise se réservait le droit de dénoncer purement et simplement l'affiliation de ses membres volontaires ?

Dans ces circonstances, il est absolument nécessaire que les dispositions statutaires des caisses d'entreprises, touchant leurs membres volontaires, soient *soumises à l'approbation spéciale de l'autorité d'assurance*; comme il s'agit ici des questions techniques les plus délicates, nous en avons remis directement l'examen à *l'office des assurances*. La nécessité d'un contrôle se manifesterait du reste au même titre à l'égard des caisses communales, si on laissait à ces caisses, en matière d'assurances volontaires, autant de libertés qu'aux caisses d'entreprises.

5. — Les assurés volontaires « faisant partie de l'entreprise comme employés » (alinéa 1) seront des personnes dispensées de l'obligation à l'assurance en vertu de l'article 3. Il appartiendra aux statuts de définir la notion de « parents », que nous avons intentionnellement évité de préciser.

**Art 137. 1.** — Certains membres de la commission d'experts ont vu dans cet article, bien qu'introduit afin de faciliter l'existence matérielle de la caisse, un danger pour l'indépendance des assurés vis-à-vis de l'employeur. Cette appréhension est vaine : la direction n'est pas obligée de tenir ses séances dans le local mis à sa disposition par l'employeur ; quant aux personnes salariées par ce dernier, leurs fonctions se réduisent à recevoir pour ainsi dire mécaniquement les avis qui leur sont apportés.

2. — Nous n'exigeons que la fourniture d'un local *approprié* et non pas d'un local *distinct* ou *spécial* qu'il serait, suivant les circonstances, injuste de demander. Il suffira par exemple qu'après la cessation du travail, la direction de la caisse puisse tenir ses séances dans la chambre d'expédition de la fabrique.

**Art. 138.** — En matière de prestations à fournir par les caisses d'entreprises, nous nous bornons à fixer des minima, comme qualité, quantité et durée (alinéa 3), comme libertés d'augmentation par la direction (alinéa 4) et comme cas dans lesquels l'assuré aura droit aux prestations de la caisse (alinéa 5). Il n'y a pas lieu en effet d'empêcher cette dernière, c'est-à-dire l'employeur, de se montrer plus large que la loi ne l'exige : la commune d'assurance n'y est pas intéressée (article 143, d), les assurés ne peuvent en aucun cas devoir payer plus de la moitié d'une contribution du 4 % (articles 139, alinéa 1, 71 et 74) et l'employeur — seul responsable des déficits (article 139, alinéa 4) — aura le moyen

de s'opposer à l'adoption de dispositions statutaires qu'il estimerait trop larges (articles 143, *a*, et 101, *d*).

**Art. 139.** — En parlant de l'article 72, nous avons dit les raisons qui nous ont fait repousser pour les caisses communales le système du versement des contributions aux jours de paie, tel qu'il avait été proposé par certains membres de la commission d'experts. Pour les caisses d'entreprises, on ne saurait invoquer les mêmes raisons, et c'est pourquoi nous autorisons ici la pratique d'un système qui ne peut avoir dans l'espèce aucun inconvénient.

Au sens de l'article 65, alinéa 2, de notre projet, toute paie de quinzaine portera sur 12 jours ouvrables; l'on peut charger en toute confiance la caisse d'entreprise du calcul de ce que représente par période de paie un gain dont on connaît le montant par année ou par mois (article 78, alinéa 1). Vu l'article 136, alinéa 4, la cause d'exclusion établie à l'article 35, lettre *c*, n'est pas inconciliable avec le système du versement des contributions par périodes de paie.

**Art. 140 à 142.** — On ne saurait charger la direction de la caisse d'entreprise de requérir la faillite de l'employeur (article 140, alinéa 1); la caisse communale aussi hésiterait à provoquer contre l'employeur, en retard dans le dépôt de son cautionnement (alinéa 2), une mesure aussi grave et aussi immédiate. C'est pourquoi nous chargeons l'autorité administrative d'arrondissement d'agir au nom de la caisse.

Dans le texte définitif de la loi, il conviendra de ranger les articles 141 et 142 parmi les dispositions finales et transitoires.

**Art. 143.** — Nous prévoyons, sous lettre *e*, que ni l'employeur ni aucune personne assimilable à l'employeur ne pourront représenter ce dernier au sein de la direction; au cas contraire, on ne saurait plus parler, dans beaucoup de caisses d'entreprises, de liberté d'action de la direction, c'est-à-dire de libre administration de la caisse par les assurés. Il n'y a par contre aucune raison pour interdire à l'employeur ou aux personnes qui lui sont assimilables de faire partie de la commission d'enquête prévue à l'article 124.

**Art. 144, alinéa 2.** — Il n'y a pas lieu d'obliger l'employeur — comme dans le cas de l'alinéa 1 — à aviser l'autorité d'arrondissement du fait que l'effectif des membres est depuis 6 mois inférieur à 100: l'autorité administrative a tous les moyens d'être par elle-même au courant de la situation.

**Art. 147, alinéa 2.** — Comme on ne peut plus convoquer d'assemblée générale d'assurés ou de délégués, il est nécessaire de modifier la procédure prévue aux articles 121 à 124.

**Art. 147<sup>bis</sup>, alinéas 3 et 5.** — On aurait tort de statuer que le fonds de réserve et les autres biens disponibles de la caisse dussent être épuisés avant que le déficit des comptes de clôture pût être imposé à l'employeur. Ce dernier en effet, bénéficiant d'une position meilleure à la suite de comptes de clôture qu'à l'occasion de comptes annuels ordinaires (article 139, alinéa 4), aurait la tentation de provoquer la dissolution de la caisse sitôt qu'un déficit se produirait ou serait imminent; or une dissolution dans ces conditions serait préjudiciable à la caisse communale.

**Alinéa 5.** — Les dispositions établissant la liberté de passage d'une caisse publique à une autre (articles 33 et 34) constitueront une charge pour les caisses communales, en cas de dissolution d'une caisse d'entreprise. Il est donc juste que le solde actif qui peut exister encore après liquidation de cette caisse soit remis à la caisse communale; ce solde constitue une sorte d'indemnité pour reprise d'un portefeuille onéreux.

**Art. 148.** — Il y a pour une entreprise tant de manières de « passer aux mains d'un nouvel employeur » qu'il est impossible de distinguer dans la loi les cas où la caisse d'assurance de cette entreprise doit être maintenue ou au contraire dissoute; mieux vaut donc s'en remettre à l'autorité. Mais, en raison de l'importance de la question dans chaque cas particulier, nous chargeons des décisions prévues par cet article — comme de celles résultant de l'article 146 — les autorités qui présentent les plus grandes garanties d'impartialité (alinéas 1 et 2).

#### 4. Les associations de fonds de réserve (articles 150 à 153).

1. — On ne saurait naturellement que se féliciter de voir les institutions d'assurance conclure entre elles des contrats de réassurance réciproque. Le but premier de tout arrangement de ce genre doit être de réunir et d'alimenter un fonds de réserve commun; c'est à ce but que l'avant-projet limitait l'activité possible des associations. Nous sommes allés plus loin, en permettant à ces dernières de s'obliger dans une certaine mesure à faire les frais des prestations payables par les caisses associées. Ce nouveau pas nous a été dicté par les délibérations de la commission d'experts, touchant la fixation de l'étendue territoriale minimum des communes d'assurance. Certains membres de la commission proposèrent d'augmenter cette étendue minimum, afin que les caisses présentent une

plus grande sécurité; sans adhérer entièrement à cette proposition, nous avons élevé de 1500 à 2000 le nombre minimum d'habitants que doit comprendre chaque commune d'assurance; en élargissant le domaine dans lequel les associations de fonds de réserve pourront déployer leur activité — c'est-à-dire en permettant aux associations de se charger d'une partie des prestations des caisses associées —, nous faisons à l'idée d'affermir la solvabilité des caisses une concession nouvelle.

2. — Chaque caisse peut à son choix adhérer à une association ou travailler isolément. Seule, la nature de l'association fait l'objet de dispositions légales, aux deux points de vue de l'étendue des obligations supportées en commun et de l'espèce des caisses associées :

a. — L'article 151, alinéa 1, statue que l'association ne pourra pas être chargée de plus de *la moitié* des prestations incombant aux caisses associées. Si nous fixions ce maximum aux  $\frac{2}{3}$  ou aux  $\frac{3}{4}$ , ou si nous n'établissions aucune limite, le centre de l'assurance se transporterait dans les associations; ces dernières deviendraient les véritables organes assureurs et les caisses proprement dites seraient abaissées au rôle de sections.

b. — Une association ne peut comprendre que des caisses faisant partie du *même arrondissement* (article 150, alinéa 1); cette disposition consacre à nouveau l'unité de l'arrondissement, que nous avons établie à propos des autorités et des tribunaux arbitraux. En ne permettant d'associations qu'entre caisses d'un même arrondissement, nous affirmons le principe territorial et nous empêchons entre autres une alliance qui réunirait les caisses d'assurance des villes, au préjudice de celles de la campagne; nous créons, entre les risques divers supportés par les assureurs d'une région déterminée, une solidarité qui exclut toute association égoïste entre les caisses prospères des différentes parties de la Suisse.

Le fait qu'une même association ne s'étendra pas à plusieurs arrondissements permet de charger *l'autorité d'arrondissement, sous la responsabilité de la Confédération*, de gérer le fonds de réserve de cette association (article 152). On évite ainsi de devoir créer, pour administrer la fortune commune des caisses, des organes spéciaux qui auraient causé des frais, tandis que les services de l'autorité d'arrondissement sont *gratuits* (article 152); la nomination de ces organes spéciaux et la fixation de leur responsabilité auraient été très compliquées. Pour que l'autorité d'arrondissement puisse suffire, sans augmentation de personnel, à la tâche spéciale que lui impose l'article 152, il suffira que l'acte d'association soit complet et bien rédigé; la gestion du fonds de réserve social consistera

alors en de simples opérations arithmétiques, basées sur les chiffres fournis par les comptes annuels des caisses associées.

3. — On peut discuter la question de savoir s'il convient d'autoriser la création d'associations groupant des *caisses d'espèces différentes* (libres, communales et d'entreprises). Une solution affirmative aurait l'avantage — très vanté en Autriche — de mettre en rapport ces caisses diverses et de diminuer les frottements qui existent nécessairement entre elles. Si nous nous sommes néanmoins décidés pour la négative, c'est par les motifs suivants:

Il ne saurait être question d'associer des *caisses libres* à des caisses *publiques*, vu que les indemnités et l'administration ne sont pas comparables de part et d'autre. Du reste, les caisses publiques associées à des caisses libres souffriraient du fait d'être tenues par la loi à des prestations d'un genre et d'une valeur déterminés, tandis que les caisses libres pourraient s'arranger à retirer de l'association plus de services qu'elles ne fourniraient de contributions.

Les arguments qui précèdent s'appliquent également aux associations qui réuniraient des caisses publiques à des caisses libres *inscrites*, même si celles-ci établissaient des comptes distincts pour leurs assurés volontaires et pour leurs membres tenus à l'assurance, et n'adhéraient à une association que pour les membres de cette dernière catégorie.

Nous repoussons également l'idée d'associations réunissant des *caisses communales* à des *caisses d'entreprises*. La plupart des caisses d'entreprises fourniront en prestations davantage que les caisses communales (article 138, alinéas 1 et 2). Dans ces conditions, il ne serait plus possible d'établir par l'acte d'association des règles uniformément applicables aux caisses d'espèces différentes, touchant les versements au fonds de réserve commun et les prélèvements à opérer sur ce fonds. De plus, les prélèvements des caisses d'entreprises paraîtraient ne pas profiter à ces caisses mais aux employeurs (article 139, alinéa 4) et l'on ne manquerait pas d'entendre dire: « Dans notre caisse communale de X, nous devons payer pour éviter une dépense à M. Y, chef de l'entreprise dont la caisse d'assurance est notre associée ». Il paraît donc préférable de n'autoriser la création d'associations *qu'entre des caisses publiques de la même espèce* (article 150, alinéas 1 et 2).

4. — Nous laissons ouverte la question de savoir si une caisse peut *faire partie de plusieurs associations*; ce cas paraît au reste très invraisemblable.

5. — L'association se *dissout par la sortie d'une des caisses associées* (article 150, alinéa 4); mais rien n'empêche les caisses



qui restent de constituer entre elles une nouvelle association (article 153, fin) ou de laisser en indivision leurs parts du fonds de réserve commun.

6. — Nous conservons la dénomination d' « association de fonds de réserve » bien que l'association puisse avoir également pour but un « compte en commun », dans les limites fixées à l'article 151.

7. — Les articles 104 et 116 prévoient des arrangements qui rappellent les associations de fonds de réserve ; mais on remarquera que l'article 116 n'est applicable qu'aux caisses communales (article 143, lettre *d*) tandis que l'article 104 concerne aussi les caisses d'entreprises (article 143, alinéa 1).

## II. Les autorités d'arrondissements (art. 154).

1. — Toutes les autorités d'arrondissements, y compris les tribunaux arbitraux, sont des autorités fédérales et bénéficient de la franchise de port en vertu de l'article 34, lettre *b* et alinéa 3, de la loi fédérale sur les taxes postales, du 26 juin 1884.

2. — Il serait impossible de déterminer actuellement les traitements et indemnités, pour une période de quelque durée ; nous avons donc préféré la procédure établie à l'alinéa 3, mais rien n'empêchera les pouvoirs législatifs d'édicter sur cette matière une loi dès avant l'échéance de 5 ans.

L'article 172, alinéa 3, consacre pour l'office des assurances le même système de détermination des traitements que l'article 154, tandis que l'article 16 accidents met dans la compétence du conseil fédéral la fixation de l'indemnité payable aux membres du conseil des assurances.

### 1. Les autorités administratives d'arrondissements (Articles 155 et 156).

Pas d'observations.

### 2. Les conseils d'arrondissements (art. 157 à 160).

**Art. 159.** — Nous ne croyons pas devoir — ici et dans d'autres articles analogues — statuer que les membres présents soient tenus de se prononcer.

Il est évident que le conseil d'arrondissement doit recevoir communication, dans sa plus prochaine réunion, des décisions prises, en son nom et vu l'urgence, par l'administrateur seul.

### 3. Dispositions communes, concernant les autorités administratives d'arrondissements et les conseils d'arrondissements (articles 161 à 163).

**Art. 161. 1.** — Ainsi qu'on l'a vu dans la partie générale du présent message (pages 102 et 103 ci-dessus), nous nous représentons avant tout les *autorités administratives d'arrondissements* comme des agences de l'établissement d'assurance contre les accidents, et en outre comme des organes permanents de surveillance et de police en matière d'assurance-maladies. Les *conseils d'arrondissements* nous paraissent au contraire devoir fonctionner comme premières instances pour les contestations administratives relevant du domaine de l'assurance-maladies, et comme organes chargés d'examiner les comptes et rapports annuels des caisses publiques. D'après les idées qui ont cours en Suisse, ce droit d'examen ne peut être remis à une seule personne et doit être confié, comme nous le faisons, à un collège.

Mais, à côté des divers rôles que nous venons de rappeler, les autorités d'arrondissements auront à remplir toute une série de fonctions pour lesquelles la nouveauté du sujet nous empêche de dire dès aujourd'hui, avec l'entière sécurité qu'implique une loi : « Telle de ces fonctions doit appartenir à l'autorité administrative et telle autre au conseil d'arrondissement. » Il est donc plus raisonnable de remettre à une ordonnance du conseil fédéral le soin de délimiter les compétences (alinéa 2). L'ordonnance prévue pourra toujours être modifiée d'après les expériences résultant de l'application de la loi, tandis que si nous délimitations exactement les compétences dans la loi elle-même, la moindre modification imposée par la pratique nécessiterait la mise en œuvre d'un pesant appareil législatif.

Dès aujourd'hui cependant, nous répartissons entre les autorités administratives et les conseils d'arrondissements les compétences au sujet desquelles on peut se déterminer *a priori* : c'est ainsi que les articles 17, 22, 88, 97, 100, 124, 140, 144, 147, alinéa 1, 148, 156, 163, 170, 176, 178, 180, alinéa 3, et 182 font attribution formelle de compétence aux autorités administratives, et les articles 107, 108, 123 à 126, 139, 147, alinéas 2 et 3, et 156 aux conseils d'arrondissements ; l'ordonnance du conseil fédéral devra respecter ces dispositions.

2. — La détermination du rôle des *médecins d'arrondissements* est encore beaucoup plus délicate que la répartition des compétences entre les autorités administratives et les conseils d'arrondissements. Nous savons que ces médecins devront remplir des fonctions impor-

tantes, spécialement en ce qui concerne l'assurance-accidents ; mais il nous est impossible de nous représenter aujourd'hui — d'une manière assez exacte pour en faire l'objet de dispositions légales — en quoi ces fonctions consisteront dans chaque cas particulier ; le règlement de la question a dû par conséquent être remis à une ordonnance du conseil fédéral (alinéa 1).

#### 4. Les tribunaux arbitraux d'arrondissements.

(Articles 164 à 171.)

**Art. 164.** — La compétence des tribunaux arbitraux d'arrondissements pour les contestations mentionnées à cet article exclut la compétence de tout autre tribunal ou autorité. En conséquence, lorsqu'une prétention dont la connaissance relève du tribunal arbitral sera opposée en compensation devant le juge ordinaire, ce dernier devra fixer à la partie opposante un délai pour soumettre sa prétention au tribunal arbitral, et la décision de ce tribunal liera sur ce point spécial le juge ordinaire. D'autres cas difficiles se présenteront plus fréquemment encore ; qu'il nous suffise de citer les deux suivants : 1° la direction d'une caisse (article 164, lettre c) requiert et obtient le séquestre des biens d'un employeur dont elle se prétend créancière en vertu de l'article 73, lettre a ; elle invoque le cas de séquestre prévu par l'article 271, chiffre 2, de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889 ; l'employeur fait opposition (article 74 L. P.) au commandement de payer notifié ensuite du séquestre (article 278, alinéa 1, L. P.) ; le juge devant lequel la caisse devrait intenter dans les dix jours une action en main-levée de l'opposition ou en reconnaissance de dette (article 278, alinéa 2, L. P.) accordera à la caisse, sur sa demande, un délai qui lui permette de soumettre sa prétention au tribunal arbitral ; si le jugement de ce tribunal reconnaît le bien-fondé de la prétention, le juge du séquestre devra prononcer la main-levée (article 80, alinéa 1, L. P. et 170, alinéa 6, projet-maladies). — 2° Un assuré se prétend créancier de son employeur du fait d'une retenue excessive de salaire exercée par ce dernier (article 164, lettre d, et 74) ; l'employeur fait opposition au commandement de payer (article 74 L. P.) ; l'assuré requiert et obtient la main-levée provisoire (article 82 L. P.), en faisant prononcer que la quittance de contribution remise par la caisse à l'employeur implique reconnaissance de dette par ce dernier, pour la part de salaire que l'assuré dit lui avoir été indûment retenue (article 74 maladies) ; le juge devant lequel l'employeur devrait dans les dix jours intenter une action en libération de dette (article 83, alinéa 2, L. P.) lui accordera, sur sa demande, un délai qui lui permette de soumettre

ses prétentions libératoires au tribunal arbitral; si le jugement de ce tribunal prononce la libération de l'employeur, le juge ordinaire du for de la poursuite devra reconnaître cette libération.

**Art. 167. 1.** — Les élections des arbitres ont lieu *annuellement*, à cause des nombreuses mutations qu'il faut prévoir dans l'effectif des membres de chaque caisse. Avec une durée de fonctions plus longue, on aurait trop souvent à faire des élections complémentaires, ou bien les arbitres finiraient par être en un nombre très inférieur à celui que la loi prévoit.

2. — Les assemblées générales ordinaires d'assurés ou de délégués des différentes caisses publiques d'un même arrondissement auront très rarement lieu toutes ensemble le même jour; leurs dates au contraire seront en général assez distantes. Or l'effectif des membres d'une caisse publique est très variable, spécialement à l'époque de la fondation ou de la dissolution d'une caisse d'entreprise. Pour la fixation du nombre d'arbitres à nommer par chaque caisse, on doit dès lors se baser sur le nombre de ses membres à une date déterminée qui vaille pour toutes les caisses publiques de l'arrondissement; nous avons choisi comme telle la date du 1<sup>er</sup> janvier.

3. — Supposons qu'une caisse ait à nommer dans son assemblée générale d'assurés deux arbitres, mais qu'elle ne compte que trente — soit moins de vingt fois deux — membres éligibles. Il serait logique que l'un de ces arbitres dût être choisi parmi les trente assurés éligibles et que *pour le second arbitre seulement* on étendit l'éligibilité à des personnes non membres de la caisse. Mais cette procédure compliquerait les élections et conduirait à des subtilités; c'est pourquoi, du moment que la proportion entre le nombre des arbitres à élire et celui des assurés éligibles est trop forte, nous autorisons l'assemblée générale à choisir *l'un, plusieurs ou la totalité* de ces arbitres parmi des non-assurés.

4. — Pas plus que l'assemblée des employeurs (article 168, alinéa 4), les assemblées d'assurés ne peuvent élire comme arbitre une personne qui revêt déjà cette qualité pour la même période, auprès du même ou d'un autre tribunal; les élections multiples sont donc interdites.

**Art. 168. 1.** — Il aurait été contraire à nos idées démocratiques que certaines personnes nomment *chacune plus d'un arbitre*; or nous n'aurions pu éviter cette conséquence si les employeurs entretenant des caisses d'entreprises étaient restés isolés pour leurs nominations. C'est pourquoi nous avons réuni ces employeurs à ceux dont les ouvriers appartiennent à des caisses communales (alinéa 1).

2. — L'article 131 consacre le principe qu'une caisse d'entreprise, même si elle s'étend sur le territoire de *plusieurs arrondissements*, ne relève que de l'un de ces arrondissements en ce qui touche la surveillance de la caisse et l'exercice des droits établis à l'article 167. Le même principe est applicable ici par analogie. En d'autres termes, les assemblées d'employeurs d'arrondissements différents ne pourront pas se partager l'élection des arbitres représentant l'employeur d'une caisse d'entreprise qui s'étend à plusieurs arrondissements; cette élection appartiendra tout entière à l'une ou à plusieurs des assemblées d'employeurs de l'arrondissement dans lequel se trouve le « principal établissement » de l'entreprise (article 131, alinéa 2).

Mais l'article 131 ne prévoit pas le cas où l'entreprise dotée d'une caisse propre s'étend à *plusieurs communes* d'un même arrondissement; cette circonstance, indifférente aux assurés pour leurs élections d'arbitres (article 167, alinéa 1), devait nécessairement être l'objet d'une disposition de la loi quant aux arbitres à élire par les employeurs. Convenait-il de faire nommer, par l'assemblée de la commune dans laquelle l'entreprise a son établissement principal, tous les arbitres représentant l'employeur de cette entreprise, ou fallait-il au contraire répartir cette élection entre les assemblées d'employeurs des diverses communes? L'alinéa 2 de l'article 168 admet ce dernier système.

3. — Au risque d'exagérer encore l'étendue des remarques consacrées ici aux articles 167 et 168, nous devons leur ajouter une observation plus générale :

On a souvent émis le vœu que les institutions d'assurance soient, du bas en haut de l'échelle, administrées et dirigées par les intéressés eux-mêmes. Tant qu'il s'agit d'une caisse isolée d'assurance-maladies, on peut sans de trop grandes difficultés satisfaire à cette manière de voir; mais en ce qui touche des institutions intéressant plusieurs caisses, comme les tribunaux arbitraux, l'organisation pratique d'une représentation des intéressés se heurte à des obstacles insurmontables; cette représentation en effet *devrait être proportionnée à l'importance des divers intérêts en présence*, ce qu'il est absolument impossible de réaliser dans toutes les institutions complexes de droit public, telles que l'établissement-accidents et l'ensemble des caisses-maladies.

**Art. 170.** — Cet article a trait à la procédure applicable par les tribunaux arbitraux d'arrondissements. Il va sans dire que cette procédure doit être fixée dans tous ses détails, mais nous ne pouvons songer à le faire dans la loi elle-même. Nos projets, déjà

très volumineux, auraient pris une étendue tout à fait exagérée si nous leur avions incorporé un code complet de procédure ; en outre, notre tâche principale — savoir la création d'institutions d'assurance — est en elle-même trop difficile pour que nous la compliquions encore de discussions sur des questions accessoires. Nous n'avons donc accueilli dans la loi que les principes essentiels de procédure, en laissant (alinéa 7) à une *ordonnance du conseil fédéral* le soin d'édicter les dispositions de détail.

C'est avec intention que nous ne prévoyons pas dès à présent la fixation de ces dispositions *par une loi spéciale*. La question des tribunaux arbitraux en matière d'assurance est nouvelle pour la Suisse, et il est préférable d'admettre pour les premières années d'exécution de la loi un régime d'ordonnances du conseil fédéral, permettant facilement d'adapter la procédure aux enseignements de l'expérience. Les ordonnances du conseil fédéral prépareront la voie à l'élaboration d'une loi qui inaugurerá un régime normal, après que la pratique nous aura suffisamment renseignés.

### III. L'office fédéral des assurances.

(Articles 172 à 175.)

**Art. 172.** — Actuellement, un « bureau fédéral des assurances » assiste le conseil fédéral dans l'exécution de la loi sur la surveillance des entreprises privées en matière d'assurance, du 25 juin 1885 (voir articles 12 et 16 de cette loi). Nos projets ne préjudiciaient en aucune manière au maintien ou au genre d'activité de ce bureau ; mais le conseil fédéral devra en modifier le titre, afin d'éviter toute confusion avec l'« office fédéral des assurances » que nous instituons aujourd'hui. Le « bureau » actuel n'étant pas expressément mentionné dans la loi de 1885, il ne sera pas même nécessaire de reviser cette loi.

#### D. Les caisses libres de secours.

##### 1. Dispositions communes (articles 176 et 177).

**Art. 177.** — En parlant de « caisses libres de secours », nous entendons exclure du droit aux subsides les sociétés qui exploitent l'assurance-maladies dans le but de réaliser un gain. Les caisses de secours siégeant à l'étranger n'ont pas davantage droit aux subsides pour leurs assurés-maladies résidant en Suisse, car le lieu de leur « exploitation » reste à l'étranger.

## 2. Les caisses inscrites (articles 178 à 184).

**Art. 181. 1.** — Si nous parlons, à l'alinéa 1, non pas d'une caisse « qui a son siège » mais d'une caisse « établie » au lieu de résidence ou de travail, c'est pour faciliter l'usage de l'article 181. Exemple : La caisse du Grütli entretient dans toute la Suisse un grand nombre de sections, dont l'une à Schaffhouse ; elle a son siège à Rohrdorf, mais on dira qu'elle est « établie » entre autres à Schaffhouse. Si donc la caisse du Grütli acquerrait la qualité de caisse inscrite, les personnes résidant ou travaillant à Schaffhouse et tenues à l'assurance pourraient satisfaire à cette obligation en s'affiliant à la section de cette ville.

2. — C'est aussi pour faciliter l'usage de l'article 181 que nous nous contentons de l'expression générale de « lieu » ; on considérera par exemple que Töss est le même « lieu » que Winterthur.

3. — Le « représentant légal » dont parle l'alinéa 2 sera, suivant les dispositions du droit cantonal, le père, la mère ou le tuteur. Les articles 41 et suivants demeurent ici sans application.

**Art. 183, alinéa 1.** — Les caisses inscrites sont une espèce particulière de caisses libres de secours et ont droit, comme telles, aux subsides de la Confédération pour leurs membres de nationalité suisse. Mais, pour que les caisses inscrites soient assimilées aux caisses publiques en ce qui touche les subsides fédéraux, il est nécessaire de leur accorder aussi ces subsides pour leurs membres de nationalité étrangère tenus à l'assurance.

*Alinéa 2.* — En vertu de l'article 84, alinéa 3, la caisse libre a le droit mais non l'obligation de percevoir la contribution qui avait été indûment remise par elle ensuite de simulation d'une maladie.

*Alinéa 3.* — Le point de comparaison est fourni par le taux de contributions applicable dans la caisse publique le jour où échoit la contribution payable à la caisse inscrite.

## E. Dispositions pénales (articles 185 à 195).

1. — Il importe tout d'abord de délimiter le domaine auquel devront s'appliquer les dispositions pénales.

Ce domaine s'étend avant tout à l'activité des caisses publiques, qui sont des organes de droit public entièrement nouveaux et que la Confédération crée et surveille. Les dispositions pénales doivent

intéresser aussi les caisses libres de secours, comme sanction des dispositions nouvelles que nous édictons au sujet de ces caisses. Il y a lieu enfin d'établir des pénalités visant les fonctionnaires et employés fédéraux que notre projet institue.

C'est avec raison qu'on appliquera à ces fonctionnaires et employés le droit fédéral existant en matière de responsabilité civile et pénale.

2. — Quant aux caisses libres de secours, y compris les caisses inscrites, on remarquera que la loi actuelle sur la surveillance des entreprises privées en matière d'assurance contient déjà des dispositions pénales; l'ordonnance prévue par l'article 176, alinéa 3, de notre projet ne s'adaptera pas seulement d'une manière générale à cette loi, mais tiendra compte spécialement de ses dispositions pénales en même temps que de la situation particulière des caisses inscrites. Nous ne pouvons naturellement pas accorder aux caisses libres de secours des compétences disciplinaires d'ordre public sur leurs membres et sur leurs mandataires; les rapports de ces membres et mandataires vis-à-vis de leurs caisses sont en effet de droit purement privé.

En ce qui touche les caisses publiques, nous soumettons les délits au juge ordinaire, qui appliquera les règles du droit commun en matière pénale; nous nous bornons à organiser ici le service de répression disciplinaire, soit l'application de « mesures de police. »

3. — Les peines prononcées par mesure de police consisteront généralement en *amendes*, qui pourront toutefois, à défaut de paiement, être converties en *emprisonnement*; en effet, si la possibilité d'une conversion était exclue, les personnes indifférentes à une condamnation à l'amende — en raison par exemple de leur insolvabilité — auraient toute liberté de contrevenir à la loi. Afin que les condamnations soient également sensibles à des intéressés de situations pécuniaires différentes, et pour qu'on puisse tenir compte de la diversité de gravité des cas de contravention, nous établissons des minima très bas et très distants des maxima (article 187). Sans être exagérés, ces derniers seront d'autant plus sensibles qu'on appliquera le même principe de cumul qu'à l'article 82, alinéa 2.

4. — L'article 194 a pour but d'éviter des conflits entre la future loi sur l'assurance contre les maladies et la loi fédérale actuelle sur le travail dans les fabriques, du 23 mars 1877.



## F. Dispositions finales et transitoires (articles 196 à 207).

**Art. 196.** — Cet article, de même que l'article 94 accidents, s'inspire de l'article 41 de la loi sur l'organisation judiciaire fédérale, du 22 mars 1893. Des dispositions formelles correspondant à celles des articles 42 et 43 de cette loi n'avaient pas leur place ici, vu que nous laissons toujours à l'autorité la faculté de ne pas se prévaloir de l'échéance d'un délai (voir par exemple l'article 175, alinéa 3).

**Art. 198.** — La Confédération n'a aucun droit de contrainte vis-à-vis des cantons; mais nous espérons que ces derniers prendront et communiqueront en temps opportun les mesures que l'article 13 met dans leur compétence. En cas de retard, il serait nécessaire d'ordonner ces mesures par un acte de législation fédérale.

**Art. 199.** — Nous regrettons de devoir établir cette disposition, car les caisses dont il s'agit fournissent généralement des prestations très supérieures à celles que nous prévoyons dans le projet. Mais, après avoir examiné attentivement la question, nous sommes restés convaincus de la nécessité d'imposer à ces caisses la distinction du service de l'assurance-maladies des personnes tenues à cette assurance; à ce défaut, il serait impossible de contrôler que ces personnes reçoivent spécialement les prestations prévues dans notre projet, et qu'elles ne supportent pas — pour leur assurance-maladies — des charges plus fortes que ce projet ne le permet.

**Art. 200 à 202.** — Par ces dispositions — qui sont de droit strict en ce qui touche les articles 200 et 201, et qui consacrent une simple faculté pour les caisses en ce qui touche l'article 202 —, nous voulons faciliter la transition au nouveau régime. De même que les articles 33 et 34, les articles 200 et 201 n'ont trait qu'aux caisses communales; par contre, l'article 202 s'applique aussi aux caisses d'entreprises et permet à ces caisses de garder sans condition tous leurs membres actuels sous le régime nouveau.

Les articles 200 à 202 imposent aux caisses communales une charge pesante et tendraient à rendre la première période d'existence de ces caisses particulièrement difficile; mais l'âge moyen des assurés sera malgré tout plus faible durant cette première période. Au reste, les articles 200 à 202 constitueront un immense bienfait pour des milliers de personnes qui ont volontairement alimenté jusqu'ici des caisses d'assurance, dont la transformation priverait ces personnes de droits que l'équité oblige à leur reconnaître. Nous ne voulons pas inaugurer un nouveau régime par un acte de dureté,

et nous sommes heureux de témoigner aux caisses actuelles notre reconnaissance de ce qu'elles ont préparé le terrain en vulgarisant le principe de l'assurance.

**Art. 204.** — Au cas où la banque fédérale serait ouverte avant l'entrée en vigueur de nos projets, il y aurait lieu de biffer l'article 204.

## II. Assurance contre les accidents.

### A. L'établissement d'assurance (articles 1 à 6).

**Art. 3.** — L'établissement d'assurance installera peu à peu un certain nombre d'hôpitaux spéciaux et disséminera dans tout le pays des dépôts de médicaments, d'objets de pansement, etc. Ces sortes de succursales auront des rapports de toutes sortes avec leurs fournisseurs et avec le public en général. Dans ces circonstances, il ne serait pas juste que l'établissement ne pût être attaqué qu'à son siège central, et nous considérons qu'il doit ressortir de tous les fors où il est établi; mais de là ne résulte pas que le public dispose d'un choix illimité entre les fors, et que par exemple un industriel de Zurich puisse attaquer à son gré l'établissement à Zurich, à Chiasso ou ailleurs. Il suffit au contraire que le demandeur ait le choix entre *le for de sa propre résidence en Suisse et celui du siège principal de l'établissement*; le demandeur résidant à l'étranger n'aura donc à sa disposition que le for du siège principal.

Les frais d'installation et d'administration étant à la charge de la Confédération, l'établissement sera logé dans des bâtiments appartenant à celle-ci; pour les hôpitaux, les sanatoriums, etc., on peut imaginer au contraire un autre régime. Mais en tous cas l'établissement sera propriétaire d'une grande quantité d'objets mobiliers, pour lesquels il importait d'admettre le *for de situation de l'objet*.

**Art. 4.** — On voudra bien se reporter à nos observations touchant l'article 18 maladies.

### B. Contributions de la Confédération (articles 7 à 11).

**Art. 7.** — La disposition d'après laquelle la Confédération « fournit des subventions équitables aux institutions de premiers

secours aux blessés » est la suite d'une pétition de la société suisse de premiers secours aux blessés, et d'une proposition de M. Krebs à la commission d'experts (bulletin sténographique, pages 673 et 674).

**Art. 9.** — Il n'est question ici que des caisses publiques et des caisses libres *inscrites*. L'établissement-accidents n'entretient pas de rapports avec les autres caisses libres, vu qu'il n'a avec elles aucun assuré commun.

### C. Organes de l'établissement (articles 12 à 17).

**Art. 12.** — Les autorités administratives d'arrondissements — mais non pas les conseils d'arrondissements — servent d'organes à l'établissement-accidents et exécutent les ordres de l'office fédéral ; ces autorités n'ont pas de compétences propres, à l'exception de celle prévue à l'article 58, alinéa 2 — et encore est-il statué (article 59, alinéa 4) que l'office des assurances peut en tout temps réformer les classements d'une autorité administrative.

**Art. 16.** — Il n'est pas nécessaire de dire expressément que les frais de bureau du conseil des assurances sont supportés par la Confédération, au même titre que les frais de l'office des assurances.

### D. Associations professionnelles (article 18).

On a proposé, comme nous l'avons vu plus haut (page 190). d'organiser l'assurance-accidents par groupements professionnels ; mais la Suisse est trop peu étendue pour que chaque groupe de professions puisse se constituer en assureur distinct et, nous le répétons, il ne saurait convenir de poursuivre ici un but étranger à l'assurance en voulant réaliser malgré tout le système des syndicats obligatoires. Nous laissons donc à l'initiative spontanée des particuliers le soin de fonder des associations professionnelles ; ces dernières ne seront pas elles-mêmes assureurs, mais nous nous empresserons d'accepter leur collaboration partout où elle pourra avoir d'heureux résultats.

Tel est le cas avant tout en matière de *constatation des sinistres et de leurs circonstances*. Supposons par exemple qu'il existe une association des employés de chemins de fer : nous comprendrions qu'immédiatement après tout accident de chemin de fer et en même temps que le représentant de la compagnie, on dût appeler pour constater l'accident un membre de l'association.

La collaboration d'associations professionnelles se justifie en outre quand il s'agit de *prévention des accidents*, en général ou dans un cas particulier. Personne en effet n'est mieux à même de juger des mesures à prendre pour prévenir les accidents dans une profession que les personnes qui en font partie. Ces personnes sont au reste communément intéressées à ce que le nombre et la gravité des accidents diminuent, vu que ces éléments déterminent le taux de primes applicable aux assurés de leur profession.

Les associations professionnelles pourront enfin seconder l'assureur-accidents en matière de *fixation et de revision du tableau des risques*, ainsi que dans le *classement des assurés*.

C'est avec intention que nous restons à l'article 18 dans des termes généraux : il suffit d'établir dans la loi le principe, en laissant à l'expérience le soin de l'appliquer.

#### E. Etendue de l'assurance (articles 19 à 21).

**Art. 19.** — Le délai de carence court dès le début de la maladie, soit dès le jour de l'accident, et non pas seulement dès le jour à partir duquel l'indemnité de chômage est due (art. 50 maladies).

**Art. 20. 1.** — L'alinéa 2 consacre le fait que les accidents non-professionnels sont également couverts par l'assurance.

2. — L'alinéa 3 correspond à l'article 29 maladies.

**Art. 21. 1.** — Les dispositions sous lettre *a* permettent d'introduire l'assurance volontaire accidents sous toutes ses formes, soit aussi bien l'affiliation de membres volontaires que la conclusion, par des assurés obligés, d'assurances supplémentaires volontaires; exemples : un assuré obligé pourra se faire garantir la différence entre les  $\frac{2}{3}$  et les  $\frac{3}{8}$  de son salaire, et une personne non tenue à l'assurance pourra s'assurer pour 4000 francs en cas d'invalidité ou 3000 francs en cas de décès.

2. — L'établissement ne saurait réassurer d'autres assureurs, mais il pourra faire l'inverse, c'est-à-dire donner une partie de son portefeuille en réassurance à des entreprises privées; c'est ainsi que précèdent les établissements publics d'assurance immobilière de plusieurs cantons.

#### F. Procédure à suivre en cas d'accident (articles 22 à 26).

1. — Sous le régime de la responsabilité civile, qui exclut les accidents *non-professionnels* et qui fait suivre *toute faute du lésé*

d'une privation partielle ou totale des indemnités, il est particulièrement important que l'accident soit immédiatement annoncé et qu'on détermine sans retard les circonstances qui l'ont entouré. Sous le régime de l'assurance, cette importance subsistera: l'établissement-acidents et la caisse-maladies auront toujours intérêt à ce que la question de la faute du lésé ou d'un tiers soit éclaircie, et à ce que le lésé reçoive le plus tôt possible les soins médicaux nécessaires.

2. — Aux articles 24, alinéa 1, et 25, alinéa 3, nous prévoyons l'obligation de supporter le « dommage causé »; c'est dire qu'un retard ou une omission dans l'avis de sinistre peuvent entraîner un dommage pour les assureurs. Exemple: le lésé néglige intentionnellement de faire connaître l'accident qu'il a subi, et consulte un charlatan; ce dernier applique au malade une fausse médication, et l'invalidité reste complète ou devient incurable; s'il avait été convenablement soigné dès le début, l'assuré n'aurait au contraire conservé de l'accident qu'une moins-value minime de capacité de travail. En pratique toutefois, la réalité et surtout le montant du dommage subi par les assureurs seront difficiles à établir, car on ne peut exactement savoir quel serait redevenu l'état du lésé si l'avis de sinistre avait été régulièrement donné.

3. — La désignation du « représentant de l'employeur » (article 23) dépend de chaque cas particulier: l'employeur ne saurait devoir désigner une fois pour toutes un « représentant » et faire connaître le nom de ce dernier à l'autorité.

4. — Le principe de responsabilité de l'employeur pour les fautes de ses représentants (article 24, alinéa 1, fin) est reproduit à l'article 84. Mais, tandis que ce dernier ne parle que d'amendes et de mesures de police, l'article 24 vise aussi les dommages-intérêts; d'autre part, l'article 84 s'applique à d'autres cas encore qu'à ceux prévus par l'article 24.

5. — Les articles 24, lettre a, et 26, alinéa 1, mentionnent « la direction de la caisse publique ou la *caisse inscrite* »; il ne convient pas, en effet, de s'immiscer dans l'organisation intérieure de cette dernière. Peut-être, dans cette caisse, les attributions dont il s'agit appartiennent-elles à un autre organe que la « direction », c'est-à-dire par exemple à l'assemblée générale — dans le cas prévu à l'article 24, lettre a —, ou au caissier — dans le cas prévu à l'article 26, alinéa 1.

6. — A l'alinéa 2 de l'article 26, nous ajoutons « et rentrent dans ses frais d'administration », pour bien spécifier que les frais d'enquêtes incombent à la Confédération.

### G. Prestations de l'établissement (article 27).

Pas d'observations.

#### a. Soins médicaux et indemnités de chômage (articles 28 à 32).

**Art. 28.** — Nous statuons expressément que « les soins médicaux et l'indemnité de chômage sont ceux prévus pour l'assurance-maladies. » L'établissement-accidents n'est donc pas tenu de fournir, comme soins médicaux et indemnités de chômage, des prestations plus considérables ou autres que celles incombant à l'assureur-maladies; pas plus que ce dernier, l'assureur-accidents n'est en particulier obligé de nourrir un assuré non transporté à l'hôpital.

**Art. 29.** — Cet article pose le principe que l'assureur-maladies reste chargé, même après l'échéance du délai de carence, de secourir et de surveiller le lésé; l'article 31 contient une exception à cette règle.

Le fait que l'assureur-maladies veille au service de l'assurance-accidents donne lieu à la question très difficile de savoir qui sera compétent — après l'échéance du délai de carence — pour fixer le montant des prestations et pour prononcer la déchéance partielle ou totale des droits du lésé: sera-ce la caisse-maladies et le tribunal arbitral d'arrondissement ou le tribunal dont relèvent les contestations intéressant les caisses inscrites, ou bien sera-ce l'établissement-accidents et le tribunal fédéral? Il nous a paru que la première alternative ne saurait être admise, l'établissement-accidents ne pouvant jouer le rôle de payeur muet et purement passif; mais, tout en adoptant la seconde solution, nous ne nous dissimulons pas qu'elle laissera subsister des difficultés: l'établissement-accidents, qui ne voit les choses que de loin, sera chargé de décider, alors que la caisse-maladies, qui connaît chaque cas à fond et depuis longtemps, ne pourra qu'exécuter les ordres reçus.

**Art. 30.** — Ce serait aller trop loin que de reproduire exactement, en matière d'assurance-accidents, les règles de déchéance établies aux articles 47, alinéa 4, 52 et 53, alinéa 4, maladies; c'est pourquoi nous statuons que, dans les cas prévus par ces articles, la rente ne pourra pas être réduite de plus de *la moitié*.

**Art. 31. 1.** — On ne saurait demander à l'établissement-accidents qu'il laisse la caisse-maladies continuer à appliquer un traitement défectueux, alors que ce fait exposerait l'assureur-accidents à devoir plus tard supporter une plus-value importante de

charges. Dans certains cas aussi — et sans qu'il ait rien à reprocher à la caisse-maladies — l'établissement-accidents peut considérer que le lésé a besoin d'un traitement spécial, pour lequel les médecins de la caisse et les hôpitaux dont cette dernière dispose sont insuffisants. L'établissement-accidents tient alors à se charger lui-même du traitement de l'assuré, en le faisant soigner par ses médecins ou en le plaçant dans un hôpital spécialement destiné aux victimes d'accidents.

Par ces motifs, nous donnons à l'établissement-accidents le droit de se substituer à la caisse-maladies, *en tout temps* soit même avant l'échéance du délai de carence.

2. — C'est avec intention que nous évitons de régler, pour l'assurance contre les accidents, la question du *libre choix du médecin par l'assuré*. L'établissement-accidents, qui s'est chargé du traitement d'un cas en raison de son importance ou de sa gravité, doit avoir toute liberté quant à l'organisation de ce traitement; presque toujours du reste, le lésé sera transporté dans un hôpital, et la question du libre choix du médecin ne s'y posera même plus.

Personne ne contraindra l'assuré à aller à l'hôpital, mais, s'il s'y refuse, lui et ses parents survivants encourront les conséquences prévues aux articles 52 et 53 maladies, mitigés par l'article 30 accidents.

3. — Par le fait qu'il se charge des obligations de la caisse-maladies dès avant l'échéance du délai de carence, l'établissement-accidents acquiert les attributions de cette caisse et, en cas de contestation touchant les prestations à fournir au lésé pour l'avenir, la compétence appartient au tribunal fédéral et non plus au tribunal arbitral.

4. — A l'alinéa 1, nous ajoutons: « spécialement en ce qui concerne le malade ». Quant aux droits et obligations des assureurs à l'égard de tiers, on voudra bien se reporter aux articles 54, alinéa 2, 55, alinéas 2 et 3, et 66 maladies.

**Art. 32.** — La disposition sous lettre *b* de l'article 51 maladies doit être interprétée dans un sens conforme aux articles 28 et 29 et la première phrase de l'article 32, alinéa 2, accidents.

#### b. Rentes d'invalidité (article 33).

1. — Comme dans le projet-maladies, nous parlons ici de « salaire annuel » parce que ce terme, généralement usité, est beau-

coup plus compréhensible que ne le seraient ceux de « produit du travail » ou de « revenu annuel ».

2. — La revision de rente prévue à l'alinéa 3 peut se répéter plusieurs fois.

3. — En cas de contestation sur l'opportunité ou sur la mesure d'une revision de rente, le juge doit trancher la question de savoir si le dommage est *notablement* supérieur ou inférieur à l'estimation faite au moment de la précédente fixation de la rente. Exemple: Le nommé A. demande que sa rente soit augmentée de 100 francs, parce que non seulement son petit doigt gauche est resté enchirosé, comme on le prévoyait, mais que l'annulaire de la même main est également hors d'usage. L'office des assurances reconnaît le fait de la paralysie de l'annulaire, mais il conteste que le dommage soit « notablement » supérieur et n'offre qu'une augmentation de rente de 50 francs. A. recourt au tribunal fédéral, qui repousse la demande par le fait que la différence n'est pas notable; ou bien au contraire, considérant que A. est « gaucher » et souffre dès lors particulièrement de cette augmentation d'incapacité, le tribunal admet le recours et élève la rente de 100, de 80 ou de 50 francs par an.

4. — L'augmentation ou la réduction de rente (alinéa 3) n'ont lieu que « pour l'avenir ». Il est évident que si l'accroissement ou la diminution de dommage se produisent *postérieurement* à la constitution de la rente, on ne doit pas revenir sur le passé. Mais que faire lorsqu'on s'aperçoit qu'il y a eu erreur d'estimation, c'est-à-dire que le dommage était, déjà lors de la constitution, notablement supérieur ou inférieur à ce que l'on a cru? Il ne saurait être question d'exiger un remboursement de l'assuré lorsqu'on s'est trompé à son avantage, et d'autre part il serait injuste de n'autoriser l'établissement à revenir sur le passé que pour réparer des erreurs commises au préjudice de l'assuré. C'est pourquoi nous statuons qu'en toutes circonstances la revision de la rente ne vaudra que pour l'avenir.

Par « avenir », nous entendons les jours postérieurs à la première réclamation et non seulement à la demande judiciaire ou au jugement; toutefois, si l'augmentation ou la diminution de dommage a été elle-même postérieure à cette réclamation, l'application du nouveau régime ne commencera qu'à la date réelle de l'augmentation ou de la diminution.

5. — Le montant du salaire de l'assuré au moment du sinistre a une importance beaucoup plus grande dans l'assurance-accidents que dans l'assurance-maladies.



Il ne serait pas juste qu'un assuré frappé d'invalidité alors qu'il ne gagnait qu'un salaire de commençant (article 78, alinéa 5, maladies) ne reçût durant toute sa vie qu'une rente calculée sur la base de ce salaire: la perte d'une main, subie par l'assuré quand il était jeune, représente dans la suite un dommage plus grand que durant les premières années de travail du lésé. L'alinéa 4 permet de tenir compte de ce fait.

On doit admettre — pour ne pas laisser le champ libre à toutes les suppositions — qu'à un certain âge l'assuré aurait gagné son salaire normal, s'il n'avait pas subi de lésion. Nous fixons cet âge à vingt-deux ans révolus, et ne saurions aller plus haut sans augmenter trop le nombre des assurés dont les rentes seront exagérées par rapport à leurs primes. Il est évident que la rente ne peut être calculée sur la base du salaire vraisemblable de l'assuré à 22 ans que dès la date où l'assuré atteint cet âge.

L'appréciation des « vraisemblances » pour le lésé d'avoir dû gagner tel ou tel salaire sera généralement assez difficile. Cette appréciation devra se faire au moment de la détermination première de la rente; alors déjà, on fixera l'augmentation de rente à laquelle le lésé aura droit dès la date où il atteindra 22 ans révolus.

6. — Supposons un exemple d'application de l'alinéa 5: L'assuré A. est atteint d'un accident à l'âge de 20 ans; au moment du sinistre, il gagnait 1080 francs par an, et l'on estime qu'à 22 ans ce salaire se serait élevé à 1350 francs. Etant reconnu privé de la moitié de sa capacité de travail, A. reçoit une rente annuelle de  $\frac{1}{2}$  des  $\frac{2}{3}$  de 1080 francs, soit 360 francs; en même temps et en prévoyant que ce degré d'invalidité sera constant, on s'apprete à fournir au lésé, dès qu'il aura 22 ans,  $\frac{1}{2}$  des  $\frac{2}{3}$  de 1350 francs, soit 450 francs par an. Mais, à l'âge de 21 ans, A. devient *totallement* invalide ensuite du même accident: en vertu de l'alinéa 3, sa rente est alors augmentée et portée à  $\frac{2}{2}$  des  $\frac{2}{3}$  de 1080 francs, soit 720 francs. Dès le moment où A. aura 22 ans, sa rente égalera les  $\frac{2}{3}$  de 1350 francs, soit 900 francs; c'est ainsi qu'en dispose l'alinéa 5, en statuant que la rente fixée à 450 francs en prévision des années postérieures à la 22<sup>me</sup> est réputée basée sur le salaire du temps du sinistre, au sens de l'alinéa 3.

### c. Rapports des rentes d'invalidité avec les autres prestations de l'établissement (article 34).

*Alinéas 1 et 2.* — Aussi longtemps que l'assuré bénéficie des soins médicaux gratuits et d'une indemnité de chômage, il n'a pas

droit à une rente pour l'accident ensuite duquel il est malade ; inversément, dès le moment où la rente commence à courir, l'assuré n'a plus droit aux soins médicaux et à l'indemnité de chômage. Dans l'état transitoire entre la maladie et l'invalidité chronique, l'assuré reçoit les soins et l'indemnité de chômage, c'est-à-dire la plus favorable des deux genres de prestations. Mais qu'en sera-t-il s'il retombe malade après avoir touché la rente déjà durant une année ? Si cette nouvelle maladie est la conséquence de l'accident, la rente cessera de courir et fera place aux soins médicaux et à l'indemnité de chômage, fournis aux frais de l'établissement-accidents ; mais si, au contraire, la maladie nouvelle est indépendante de l'accident, la rente continuera à courir et la caisse-maladies dont le malade est membre fournira à ses frais (alinéa 5) les prestations établies par le projet-maladies ; les prestations de la caisse seront basées comme à l'ordinaire sur le salaire de l'assuré au moment du début de la maladie.

*Alinéa 3.* — Exemples : Le cheval attelé à la voiture dans laquelle on transtère le malade à l'hôpital s'emporte, et le malade se casse une jambe. Une personne malade ensuite d'accident est atteinte de petite vérole ou bien accouche.

*Alinéa 4. 1.* — Il n'est pas possible de prévoir dans la loi tous les cas possibles, par exemple ceux d'un troisième ou quatrième accident ; on doit se contenter d'établir un principe, et s'en remettre au bon sens pour son application.

2. — Cet alinéa vise uniquement le « lésé bénéficiaire d'une rente d'invalidité et qui est atteint d'un *nouvel* accident ». Il n'est donc pas question du bénéficiaire d'une rente *de parent*, qui serait atteint d'un accident.

*Alinéa 5. 1.* — Exemple : Le nommé A. est au bénéfice d'une rente d'invalidité de 300 francs ; il continue à travailler, gagne 3 francs par jour et reste par conséquent assuré. En cas de maladie, la caisse est aussi peu fondée à réduire l'indemnité de chômage de 2 francs sous prétexte que A. touche une rente d'invalidité, que l'établissement-accidents n'a le droit de suspendre le service de la rente sous prétexte que A. est indemnisé de sa maladie par la caisse.

2. — Par « rente d'accident », nous entendons soit une rente de parent survivant soit une rente d'invalidité : il y a si possible encore moins de raisons pour que la caisse réduise ou refuse ses prestations à un malade bénéficiaire d'une rente de parent survivant qu'à un malade bénéficiaire d'une rente d'invalidité.

**d. Indemnités funéraires et rentes aux parents survivants**  
(Articles 35 à 38).

**Art. 35. 1.** — Pour éviter tout arbitraire et toutes contestations, nous fixons exactement le pourcentage des droits de chaque espèce de parents. On peut naturellement être d'avis différents sur le bien-fondé des chiffres que nous avons admis; c'est là une question d'appréciation.

2. — Peut-être se formalisera-t-on de ce que nous avons prévu le paiement d'une rente en faveur du veuf; cette disposition pourtant ne sera applicable que dans des cas peu fréquents et particulièrement dignes d'intérêt: ceux où le veuf est atteint d'une incapacité permanente de travail et ne se remarie pas.

3. — La veuve ou le veuf n'ont droit à une rente que si leur mariage avec l'assuré a été *antérieur à l'accident* (al. 2). D'après le même principe, on pourrait n'accorder de rentes qu'aux enfants conçus avant l'accident; mais nous repoussons cette idée pour les motifs suivants: une disposition de ce genre ne trouverait que très rarement son application, attendu que les victimes d'accidents mortels décèdent en moyenne huit jours seulement après le sinistre; au reste, dans les cas où l'on soupçonnerait que la conception ait eu lieu postérieurement à l'accident, une enquête sur ce point serait sans issue et en tout cas très pénible; enfin, la rente payée à un enfant conçu après l'accident ne constituera guère pour l'établissement une augmentation de charges, mais sera le plus souvent — vu la disposition instituant un pour cent total maximum (article 36, alinéa 1) — imputée sur les rentes d'autres parents.

4. — Il va sans dire que le fait pour une personne d'être déjà bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou de parent survivant ne préjudicie pas à ses droits comme parent survivant, ensuite d'un nouvel accident. L'assurée A., atteinte précédemment d'un accident, bénéficie d'une rente d'invalidité; ce fait ne l'empêche pas d'invoquer le chiffre 1 au moment où son mari assuré meurt ensuite d'accident, ni plus tard le chiffre 4 si son fils assuré est également atteint. Le cumul des rentes, *obtenues à des titres divers*, est donc autorisé.

**Art. 36.** — Les alinéas 4 et 5 règlent la question de l'accroissement des rentes ensuite de défaillances. Exemples :

1° L'assuré laisse une veuve, deux enfants et son père. La veuve aurait droit au 30 % du salaire et les deux enfants ensemble également au 30 % (art. 35, 1° et 3°); mais, comme le total

ne peut dépasser le 50 % (art. 36, al. 1), la veuve recevra 25 % et chacun des enfants 12  $\frac{1}{2}$  %. Le père n'aura rien (art. 36, al. 2). Un des enfants meurt : sa rente profite d'abord à la veuve et à l'autre enfant ; leurs droits étant réglés par 30 % et 15 %, le reste du 15 % du défunt — soit 5 % — revient au père. La veuve meurt : la rente de l'enfant est portée au 25 % (art. 35, 3°, fin), celle du père au 20 % (art. 35, 4°) et l'établissement profite du 5 %.

2° L'assuré laisse une veuve et trois frères et sœurs âgés de moins de seize ans. La veuve reçoit le 30 % et chacun des frères et sœurs le 6  $\frac{2}{3}$  %. Un de ces derniers atteint 16 ans révolus : sa rente se partage également entre les deux autres frères et sœurs, dont chacun reçoit dès lors 10 %.

3° L'assuré laisse un jeune enfant, une jeune sœur et une femme dont il est divorcé. Cette dernière n'a aucun droit (art. 37, al. 1), l'enfant touche le 15 % et la sœur aurait droit au 20 % ; mais, vu la dernière disposition de l'article 36, on réduira sa prétention au 15 %. La veuve divorcée meurt : la rente de l'enfant est élevée au 25 % (art. 36, 3°, fin) et celle de la sœur peut dès lors atteindre son montant normal du 20 %.

**Art. 37.** — Il est évident que l'époux définitivement divorcé d'avec l'assuré ne saurait prétendre à une rente. Cette décision nous semble s'imposer aussi lorsque la séparation entre époux ne devait être que temporaire, principalement s'il s'agit de ressortissants d'un pays qui ne connaît pas le divorce. Mais que décider dans le cas où le décès de l'assuré se produit au cours du procès en divorce ou en séparation ? Tant qu'aucun jugement exécutoire n'est intervenu, personne ne peut savoir si la demande aurait été maintenue et si le divorce ou la séparation auraient été prononcés ; il importe donc de maintenir l'époux survivant au bénéfice de son droit à une rente aussi bien que de ses droits de succession.

**Art. 38. 1.** — Pour empêcher que des enfants ne soient adoptés ou légitimés *en vue de leur acquérir des droits à des rentes*, nous statuons que l'adoption ou la légitimation doivent être *antérieures à l'accident*.

2. — Il y aurait une grande dureté à refuser en toutes circonstances à l'enfant naturel des droits à une rente.

En présence de la diversité des régimes auxquels est soumis l'enfant naturel suivant les cantons, il convient de faire simplement dépendre ses droits du fait que la paternité du défunt a été

établie par une décision judiciaire exécutoire ou du moins par une reconnaissance écrite et digne de foi; peu importe au reste que cette décision judiciaire soit antérieure ou postérieure à l'accident ou au décès, ou encore que la reconnaissance du défunt soit antérieure ou postérieure à son accident: le jugement et la reconnaissance ne créent pas la paternité et ne font que la constater.

Peut-être arrivera-t-il souvent que la valeur des rentes perçues par l'enfant naturel sera supérieure à celle des aliments que le père fournissait de son vivant. Cette différence ne saurait que faire l'éloge de l'assurance.

#### e. Rachat de rentes (articles 39 et 40).

**Article 39.** — L'établissement a intérêt à ce que la veuve se remarie, puisque ce fait entraîne l'extinction des droits de la veuve (article 35, 1<sup>o</sup>); par le moyen de l'article 39, l'assureur encourage ce nouveau mariage. Cet encouragement — sous forme du versement d'un triple arrérage annuel — est plus ou moins avantageux pour la caisse: si la veuve est le seul bénéficiaire possible du fait de l'accident, le versement de la caisse lui laisse un bénéfice dans tous les cas où la veuve aurait encore vécu au moins trois ans; si par contre la rente de la veuve était entièrement réversible sur d'autres bénéficiaires simultanés ou subsidiaires, conformément aux articles 35 et 36, la somme fournie à la veuve par la caisse serait pure dépense pour cette dernière; la seconde partie de l'article 39 a pour but de l'empêcher. D'autre part, les bénéficiaires simultanés ou subsidiaires ne sont désavantagés par ce système que dans le cas où la veuve n'aurait pas vécu trois ans encore. En résumé, suivant les circonstances, les frais de l'encouragement au nouveau mariage sont supportés en proportions variables par la caisse, par la veuve elle-même ou par les autres bénéficiaires; pour chacune de ces parties, ce système peut aussi être une cause de bénéfices.

Voici un exemple d'application de l'article 39: L'assuré laisse une veuve et quatre enfants de moins de 16 ans. L'établissement fournit à la veuve le  $16\frac{2}{3}\%$  et à chacun des enfants le  $8\frac{1}{3}\%$  (article 36, alinéa 1). Un an après, la mère se remarie et reçoit  $3 \times 16\frac{2}{3}\% = 50\%$ ; les enfants ne bénéficient pas immédiatement de l'extinction des droits de la veuve. L'année suivante meurent deux des enfants: dès ce moment et jusqu'à ce que trois ans se soient écoulés depuis le nouveau mariage, le  $16\frac{2}{3}\%$  que touchaient les défunts profite pour  $8\frac{1}{3}\%$  à l'établissement — représentant l'ancienne veuve — et pour  $4\frac{1}{6}\%$  à chacun des deux enfants survivants; la veuve est dès lors censée recevoir  $25\%$ , et chacun des enfants touche  $12\frac{3}{6}\%$ . Avec la quatrième

année dès le rachat, la rente de chaque enfant atteint son maximum de 15 %.

**Article 40. 1.** — Les fâcheuses expériences faites sous le régime de la responsabilité civile montrent qu'en principe l'indemnité doit revêtir la forme d'une rente plutôt que celle d'un capital unique. Mais il y a des circonstances dans lesquelles le paiement d'un capital est cependant préférable et doit être — sinon seul prévu — du moins autorisé : tel est entre autres le cas lorsqu'il s'agit de sommes minimales ou d'un bénéficiaire résidant à l'étranger ; l'établissement aurait beaucoup de peine à entretenir avec cette personne, à propos d'une rente, des rapports suivis. Il peut enfin exceptionnellement arriver que le parent survivant invoque des motifs raisonnables et pressants à l'appui du rachat de son droit, sans qu'on doive craindre que le capital de rachat soit mal employé par lui.

Les alinéas 1 et 2 mentionnent les circonstances qui autorisent le rachat.

2. — L'alinéa 4 établit les règles applicables lorsqu'après le rachat se produit l'augmentation ou la diminution de dommage prévue à l'article 33, alinéa 3.

En cas d'augmentation, il faut distinguer deux alternatives : si le rachat a eu lieu d'un commun accord — peu importe que cet accord se soit produit immédiatement ou seulement ensuite de marchandages ou de procédés judiciaires — on ne saurait revenir en arrière ; mais si, jusqu'à la fin, le rentier a été opposé au rachat lui-même ou n'a pas jugé que le prix offert fût satisfaisant, il doit pouvoir requérir une estimation nouvelle.

Par contre, au cas où le dommage est inférieur à l'estimation première, l'établissement ne saurait réclamer le remboursement d'une partie du prix qu'il a lui-même imposé ou auquel il a en tout cas consenti.

Du moment que le rentier dont les droits ont été rachetés contre son gré peut invoquer plus tard le fait d'une augmentation du dommage, la perspective de cette augmentation ne doit pas entrer en jeu au moment de la fixation première du prix de rachat ; au cas contraire, la même circonstance exercerait deux fois son influence.

3. — Le tribunal fédéral est appelé à trancher (article 80, c) toutes les contestations nées à propos d'un rachat, soit qu'elles portent sur la légitimité même du rachat ou sur le montant du prix. Bien plus, en vertu de l'article 80, dernier alinéa, il suffira

que le rentier proteste contre le rachat imposé par l'établissement en application de l'article 40, alinéa 1, pour que le tribunal fédéral doive se prononcer sur son opportunité.

**f. Fixation et qualités juridiques des rentes (articles 41 à 45).**

Nous nous sommes demandé s'il convenait d'introduire au sujet des rentes et des capitaux de rachat des dispositions semblables à celles de l'article 55, alinéas 1 à 3, maladies; mais, après quelque hésitation en ce qui touche spécialement les rentes d'invalidité, nous avons résolu cette question négativement. Une disposition d'après laquelle le droit à une rente ou à un arrérage de rente serait incessible aurait de graves inconvénients; elle causerait de vifs embarras à l'administration des postes, qui ne pourrait opérer un versement qu'en mains du rentier en personne. Quant à la saisie, au séquestre et à la faillite, le rentier résidant en Suisse est déjà protégé par les articles 92 et 224 de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889. Enfin, si l'on introduisait en faveur de la famille du rentier ou en faveur des autorités d'assistance des dispositions semblables à celles de l'article 55, alinéas 2 et 3, maladies, ce serait imposer à l'établissement assureur et à l'administration des postes un énorme surcroît de travail.

**Art. 41, alinéa 2.** — Le fait que le titre de rente est réputé émaner d'une *autorité fédérale* permet de le placer sous la protection du code pénal fédéral (art. 61 du code pénal fédéral du 4 février 1853).

**Art. 44, alinéa 3. 1** — Il est question ici du « droit à une rente, reconnu par un titre de rente », par opposition au « droit à un arrérage » et sans préjudice aux droits des autres rentiers du fait du même accident.

2. — La prescription a lieu *de plein droit* c'est-à-dire qu'elle s'impose, et il n'appartient pas à l'établissement ou au tribunal fédéral de ne pas s'en prévaloir ou de ne pas la reconnaître. Ce système permet seul d'avoir de l'ordre dans la comptabilité et dans la gérance des capitaux de couverture; il est également favorable aux bénéficiaires simultanés ou subsidiaires (alinéa 4), qui savent à quoi s'en tenir sur leurs droits d'accroissement.

**Art. 45.** — Les personnes qui auraient intérêt à l'extinction du droit à une rente ou à un arrérage de rente (article 44, alinéa 4) ne peuvent elles-mêmes requérir de l'établissement qu'il oppose la prescription; la solution inverse entraînerait des contradictions, principalement dans les cas où il dépend de l'établissement

de se prévaloir ou non de cette prescription (articles 42, 43 et 44, alinéa 2).

Les questions de prescription étant réservées, il conviendra que les intéressés aient l'occasion de se faire entendre par l'office ou par le tribunal fédéral, au sujet d'autres motifs pouvant entraîner le refus des prestations; la veuve par exemple doit pouvoir dire son avis sur le bien-fondé de la réclamation d'un prétendu fils naturel du défunt.

#### g. Echéance et paiement des rentes (articles 46 et 47).

**Art. 47.** — L'alinéa 1 facilite beaucoup pour le rentier la perception des arrérages. Il ne signifie évidemment pas que le rentier résidant à l'étranger doive se présenter lui-même ou faire encaisser l'arrérage au guichet d'un bureau de poste suisse: le paiement aura lieu par remise d'un mandat à l'administration postale du pays de résidence.

#### h. Dispositions communes concernant les prestations.

(Articles 48 à 55).

Les articles 48 à 53 et 55 correspondent aux articles 58 à 62 et 66 maladies. Les articles 52 et 53 accidents doivent être relativement rigoureux, vu que les abus qu'ils ont pour mission d'empêcher menaceraient de se chiffrer par de grosses sommes.

**Art. 52.** — Les termes de « héritiers » (alinéa 2) et de « parents survivants » ne sont pas synonymes: des parents survivants peuvent ne pas être héritiers. Cette observation intéresse aussi l'article 53.

Voici quelques exemples d'application de l'article 52, alinéa 3: La caisse peut exercer la compensation sur les prestations qu'elle doit à l'assuré fraudeur ensuite de l'accident qui a donné lieu à la fraude, ensuite d'un accident ultérieur dont l'assuré est atteint ou ensuite d'un accident créant en faveur du fraudeur un droit à une rente de parent. Par contre, les parents survivants ne subissent de compensation que sur les prestations qu'ils perçoivent ensuite de l'accident qui a donné lieu à la fraude, et cela seulement s'ils sont héritiers du fraudeur; ils échappent à toute compensation sur les prestations à eux dues par l'établissement ensuite d'un autre accident, dont ils sont eux-mêmes atteints ou dont ils bénéficient de nouveau comme parents survivants.



**Art. 53, fin de l'alinéa 1.** — Nous avons d'abord songé à distinguer, au point de vue du droit de répétition de l'établissement, entre les parents survivants qui ont perçu des arrérages de bonne foi et ceux qui étaient au courant de l'irrégularité de cette perception. Mais nous avons renoncé à cette distinction, attendu que les cas de mauvaise foi des parents survivants seront rares et échapperaient presque toujours à l'administration d'une preuve.

**Art. 54.** — L'exclusion que cet article prévoit a un caractère infamant et doit produire un effet d'intimidation sur les personnes tentées de commettre une fraude.

Les fraudes visées aux articles 50, 52 et 53 sont ignominieuses, et l'on ne saurait vouloir que la communauté-assureur reste en contact avec les auteurs de ces actes.

#### H. La prime (articles 56 à 70).

**Art. 68.** — Cet article correspond à l'article 84 maladies, qui est toutefois plus complet puisqu'il ajoute que l'assureur percevra après coup la contribution-prime qui avait été indûment remise, ensuite de simulation d'incapacité de travail. Nous n'avons pas cru devoir reproduire cette disposition, attendu que la prime-accidents sera généralement inférieure à la contribution-maladies, et que cette prime complémentaire incomberait toute entière — pour les simulateurs assurés en vertu de l'article 1 maladies — aux employeurs de ces personnes.

**Art. 70.** — Dans le texte définitif, cet article devra être rangé parmi les dispositions finales et transitoires, comme modifiant une loi fédérale existante.

#### J. Couverture des dépenses, fonds de réserve, rapports et comptes annuels (articles 71 à 74).

**Art. 71.** — Cet article institue formellement le *système de couverture des capitaux* — dit « système des réserves techniques » —, non seulement pour les rentes mais pour toutes les prestations: soins médicaux, médicaments, indemnités de chômage, rentes et indemnités funéraires. On ne saurait par contre appliquer ce système aux frais d'administration, que la Confédération supporte elle-même et qui par conséquent ne rentrent pas dans les dépenses de l'établissement.

**Art. 72. 1.** — Nous avons cherché à ne prévoir que d'une manière aussi générale que possible ce qui a trait aux fonds de réserve.

L'établissement ne saurait faire aucun bénéfice sur ses assurés, c'est-à-dire que les excédents de recettes des comptes annuels doivent profiter uniquement à l'ensemble des assurés. Ces excédents, qui constituent le fonds de réserve général, peuvent être portés à comptes nouveaux et laissés avec les autres capitaux en caisse, ou au contraire formés en un fonds de réserve proprement dit et gérés distinctement; on peut aussi les répartir entre ces deux destinations différentes. Aucune de ces alternatives n'est exclue par l'article 72, qui dit: « *Tout ou partie des excédents de recettes* ».

A la différence du fonds de réserve général, un fonds de réserve spécialement destiné à faire face aux suites d'accidents extraordinaires doit nécessairement être distinct des autres capitaux et administré à part.

2. — Les probabilités d'accidents croissent avec le développement du goût du public pour les voyages, et avec l'augmentation de fréquence des transports en masses. Une société d'assurance peut mettre une borne aux conséquences qu'entraînent pour elle les accidents atteignant un grand nombre de personnes: elle stipule que pour un même accident elle ne paiera en indemnités au maximum qu'une certaine somme. Mais l'établissement fédéral ne saurait recourir à ce procédé, et c'est pourquoi nous prévoyons qu'il devra former un « fonds de réserve spécial », empêchant que des accidents extraordinaires n'entraînent de trop grandes fluctuations dans les comptes annuels et dans le montant des primes.

**Art. 73.** — Nous laissons l'établissement gérer lui-même ses capitaux disponibles, plutôt que de charger de ce soin la banque fédérale.

#### **K. Mesures préventives d'accidents (articles 75 à 79).**

**Art. 75.** — Cet article établit une obligation légale dont le principe n'est pas nouveau (voir article 2 de la loi sur le travail dans les fabriques, du 23 mars 1877) et dont la négligence entraîne, même en l'absence de tout accident, la peine prévue à l'article 78 et d'autres conséquences de droit. L'article 75 n'est du reste applicable qu'aux établissements dans lesquels travaillent une ou plusieurs personnes tenues à l'assurance; il n'impose pas de mesures particulières aux assurés eux-mêmes, ni aux familles qui occupent un domestique assuré: pour ces personnes, nous recourons

aux lois générales de police, aux dispositions des articles 76, 77 et 51 de notre projet-accidents et à l'effet que produira la perspective d'une attribution de l'assuré à une classe de risques plus élevée (art. 79, alinéa 4).

**Art. 77, dernier alinéa.** — Lorsque l'office des assurances ordonne à un industriel de faire une installation préventive qui coûte quelques centaines de francs, et lorsqu'ensuite d'un recours et sur le vu d'une expertise technique le conseil fédéral annule cet ordre, il est juste que l'industriel soit dédommagé de ses frais.

**Art. 79.** — Le moyen suprême d'obliger un industriel à observer la loi est de fermer son établissement, par mesure administrative. Il va sans dire que cette fermeture doit être motivée par des faits particulièrement graves et ne saurait dépendre que du conseil fédéral, autorité exécutive suprême; elle ne peut, du reste être appliquée qu'à des établissements dans lesquels travaillent une ou plusieurs personnes tenues à l'assurance.

L'article 79 est analogue à certaines dispositions contenues dans un grand nombre de codes pénaux et qui interdisent au délinquant, à titre de peine, l'exercice de telle ou telle profession.

#### L. Service judiciaire (articles 80 et 81).

Pas d'observations.

#### M. Dispositions pénales (articles 82 à 93).

**Art. 83.** — Le minimum et le maximum croissent d'une classe à l'autre; mais le minimum est encore assez bas dans la troisième classe.

**Art. 84.** — L'employeur est donc condamné en lieu et place de ses représentants; ce fait — qui ne saurait convenir en matière criminelle — est acceptable ici, en matière de police.

**Art. 89.** — Il peut arriver qu'après un temps plus ou moins long, on s'aperçoive que l'amende a été prononcée à tort ou qu'elle était excessive. Plutôt que d'instituer pour ce cas toute une procédure en revision, nous autorisons la remise, la modération ou la restitution de l'amende.

Nous n'avons pas cru devoir introduire dans le projet-maladies une disposition semblable à celle de l'article 89 accidents, attendu que le projet-maladies prévoit des amendes sensiblement moindres et qu'il était malaisé de désigner l'autorité chargée du droit de modération.

**Art. 90.** — Le condamné pouvant déclarer que les paiements qu'il effectue doivent être appliqués à l'extinction de l'amende elle-même, il arrivera facilement que cette amende soit éteinte mais que les frais de perception restent irrécouvrables.

**Art. 91.** — Il n'est guère probable que le paiement d'une amende prononcée contre une caisse inscrite ou contre une personne civile ne puisse être obtenu ; nous n'avons donc pas besoin de désigner les personnes qui devaient dans ce cas subir la peine convertie en prison ou en travaux publics sans détention.

#### N. Dispositions finales et transitoires (articles 94 à 101).

**Art. 94.** — Voir nos observations touchant l'article 196 maladies.

**Art. 95.** — La police *peut* être reprise à l'amiable ; l'établissement n'a donc ni le droit absolu ni l'obligation de passer un contrat de reprise : le consentement des trois parties est nécessaire. L'article 95 a pour seul but de donner à l'établissement l'autorisation indispensable.

**Art. 96 à 98. 1.** — La législation actuelle sur la responsabilité civile doit naturellement disparaître dans sa partie principale.

Toutefois, on se demande s'il ne conviendrait pas de maintenir le régime de la responsabilité en faveur des employés dont le salaire excède 5000 francs et qui sont par ce fait (articles 2 et 3 maladies et 19 accidents) dispensés de l'assurance-maladies et exclus de l'assurance-accidents. Nous résolvons cette question négativement, attendu que la coexistence de deux régimes différents pour les employés d'un même établissement est inadmissible et donnerait lieu à mécontentement : tantôt on verrait — dans des circonstances semblables — les employés soumis au régime de l'assurance obtenir davantage que les autres, tantôt ce serait l'inverse. *Nous abrogeons donc complètement le régime de la responsabilité civile des fabricants*, et nous laissons aux employés non tenus à l'assurance le soin de s'assurer volontairement contre les maladies à une caisse publique ou libre, et contre les accidents à une entreprise privée ; les fabricants fourniront peut-être des subsides aux contributions et aux primes.

2. — Bien que l'assuré ne reçoive que les  $\frac{2}{3}$  d'un salaire taxé au maximum à fr. 7. 50, il est impossible de maintenir la responsabilité des fabricants et des compagnies de transport pour le surplus : les exceptions libératoires et la fixation d'une indem-

nité maximum — telles qu'elles sont contenues dans les lois sur la responsabilité (du 1<sup>er</sup> juillet 1875, articles 1, 2 et 4, et du 25 juin 1881, articles 2, 5 et 6) — créeraient dans le règlement de chaque cas des complications inextricables.

3. — L'article 98 de notre projet-accidents se prononce toutefois, sur un point spécial, pour le maintien du régime de la responsabilité civile : il dispose que les *entreprises de transport* continueront à être responsables, en vertu de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1875, des accidents subis par des personnes *autres que leurs employés*. A ce défaut, le voyageur victime d'un accident, ou ses ayants-droits, auraient à faire la preuve d'une faute à la charge de l'entreprise ou d'un de ses mandataires ; or, en édictant la loi de 1875, on a précisément eu pour but principal de protéger les voyageurs.

Les articles 8 et 9 de cette loi — traitant de la responsabilité pour des *objets* endommagés par un accident — ne profiteront plus à l'avenir qu'à des personnes autres que les employés de l'entreprise.

Dans notre système, les voyageurs seront avantagés par rapport aux employés, vu que les prestations incombant à l'entreprise en vertu de sa responsabilité seront en moyenne supérieures à celles fournies par l'établissement d'assurance ; c'est là une conséquence inévitable.

Lorsqu'un employé subira un accident, il y aura lieu de distinguer *s'il était ou non en activité de service* : dans le premier cas, l'entreprise ne sera pas responsable ; dans le second par contre, la loi de 1875 aura son application et en même temps — si la victime était tenue à l'assurance — l'article 55, alinéa 1, du projet-accidents.

Comme on le voit, le cas le plus fâcheux sera celui de l'employé non tenu à l'assurance (art. 3 maladies) et atteint d'un accident en activité de service : il n'aura droit à une indemnité qu'en faisant la preuve d'une faute à la charge de l'entreprise. Nous espérons que les compagnies de transport combleront cette lacune regrettable en assurant leurs employés supérieurs, pour les risques que ne couvriront ni l'assurance obligée ni la responsabilité, auprès d'entreprises privées ; leurs dépenses de ce fait seront peu considérables.

4. — Les *maladies professionnelles* — qui font l'objet de l'article 3 de la loi sur le travail dans les fabriques — nous causeront plus d'une difficulté. M. Forrer proposait dans son mémoire de 1889 (§ 47) de percevoir une contribution surélevée,

pour les assurés des établissements présentant des dangers particuliers de maladies, et de prolonger la durée de secours pour les victimes de maladies professionnelles. La première de ces propositions a donné lieu à l'article 76 maladies, et la seconde est révisée par l'article 97 accidents.

Les contestations auxquelles pourrait donner lieu l'application de cet article sont étrangères aux assurances et relèvent du juge ordinaire. L'obligation de l'employeur est quasi-délictuelle et doit dès lors se prescrire conformément à l'article 69 du code fédéral des obligations.

Nous laissons en suspens la question de savoir si une nouvelle maladie professionnelle — atteignant une personne déjà précédemment victime d'une de ces maladies — imposera des obligations à l'assureur-maladies, à supposer que la victime soit toujours ou de nouveau assurée. Il s'agira généralement ici des pauvres parmi les pauvres, comme par exemple des ouvriers atteints de nécrose phosphorée, et les caisses-maladies ne se montreront — nous l'espérons — pas trop rigoureuses à leur égard.

Actuellement, la difficulté des procès en responsabilité pour des maladies professionnelles consiste dans le fait qu'en général la victime a été précédemment occupée dans un établissement dont le défendeur peut dire que la maladie y est née. Cette difficulté subsistera sous le régime créé par l'article 97.

5. — Le fait de payer la prime-accidents doit-il délier l'employeur de toute responsabilité à raison de sa faute ou de celle de ses mandataires ? Le mémoire de M. Forrer (§ 67) proposait d'exclure la responsabilité, soit l'application du code des obligations, dans les cas où l'accident professionnel d'un ouvrier aurait été causé par la faute pénalement non punissable de l'employeur, de son représentant ou d'un autre ouvrier.

Cette solution serait peut-être théoriquement juste ; mais en pratique elle entraînerait des difficultés presque insurmontables et mettrait le juge dans un grand embarras. Après mûr examen, nous préférons donc statuer (art. 99) que le droit commun, c'est-à-dire — lorsque le défendeur pourra être actionné en Suisse — le code des obligations, sera applicable à la question de savoir si, ensuite de faute, la réparation du dommage incombe à un tiers, employeur ou autre personne.

En effet, si nous abrogeons le système de la responsabilité civile, qui chargeait même l'employeur des conséquences d'un accident dû au hasard, ce n'est pas un motif pour aller trop loin et pour libérer même l'employeur des conséquences de ses fautes.

Les quittances de primes ne sauraient être des sauf-conduit couvrant toutes les négligences, et les ouvriers doivent jouir dans leur vie et leur santé, sous le régime de l'assurance, de la même protection que sous le régime de la responsabilité; or la meilleure garantie de cette protection réside dans le fait d'intéresser l'employeur à choisir avec soin ses mandataires et à se montrer prudent dans l'exploitation de son industrie. Au reste, nous aimons à croire que les accidents dus à la faute de l'employeur ou de ses représentants seront rares, et que par conséquent la charge imposée à l'employeur par notre système restera faible.

---

### C. Portée financière des projets de lois.

---

Pour terminer le présent message, il nous reste à considérer l'ensemble des deux projets, spécialement au point de vue des ressources qu'exigerait leur application. Mais nous pouvons traiter ici ce côté de la question d'une façon d'autant plus brève que le plan financier de nos projets fait l'objet de deux mémoires techniques qui vous ont été remis: ce sont les publications officielles sous numéros 7 et 8, de notre département de l'industrie et de l'agriculture (voir page 142 ci-dessus).

Touchant spécialement l'assurance-maladies, on remarquera que les caisses libres inscrites et les caisses d'entreprises fixeront à leur convenance, par voie statutaire, les *prestations* qu'elles fourniront à leurs membres; notre projet se borne à déterminer les indemnités exigibles des caisses *communales*, et à reconnaître ces indemnités comme un *minimum* à garantir par les autres caisses. On voudra bien dès lors ne considérer nos prévisions que comme approximatives, vu déjà le fait qu'elles sont basées sur des indemnités non exactement déterminées, bien qu'admises comme normes dans nos projets.

On n'oubliera pas non plus — et ceci vaut pour les deux branches d'assurance — que, dans les limites mêmes fixées par la loi, les assureurs pourront conformer leurs prestations à l'infinie variété des cas fournis par la pratique. Ce fait constitue un nouvel élément d'incertitude pour nos calculs, et il imposera aux directions des caisses et de l'établissement fédéral une responsabilité pesante, mais inévitable.

La valeur des indemnités fournies pour chaque sinistre n'est pas le seul élément approximatif sur lequel doivent se baser nos prévisions : la *fréquence* même des sinistres est sujette à se modifier ensuite de l'introduction de l'assurance. La diminution de cette fréquence, sous l'action de mesures d'hygiène ou de prévention des accidents, est le but suprême auquel tend l'introduction de l'assurance.

D'une manière générale, la portée financière de nos projets sera influencée par une foule de facteurs, variables d'année en année et dont la statistique ne permet pas de déterminer d'avance l'importance exacte.

Les observations qui suivent ont pour titres : A. Taux des contributions et des primes ; B. Nombre des assurés obligés ; C. Valeur totale des contributions et des primes des assurés obligés, ainsi que des frais d'administration. Ces trois sections, comme on le voit, se rapportent à des personnes à assurance entière et qui sont tenues à l'assurance. Puis viennent les titres : D. Augmentation de la portée financière des projets, du fait des assurances volontaires ; E. Charges supportées par la Confédération ; F. Répartition des charges non supportées par la Confédération.

### A. Taux des contributions et des primes.

L'indemnité de chômage et la rente d'accident représentent une quote-part du salaire admis comme base par l'assureur ; le montant de ces prestations — qui constituent une des charges les plus importantes de l'assureur — dépend donc du montant du salaire. C'est pourquoi l'on exprimera la valeur de toutes les prestations en pour cent du salaire admis comme base par l'assureur. Ce procédé nous engage à exprimer aussi la contribution et la prime en pour cent du salaire, le « taux de contributions ou de primes » étant le rapport entre la valeur de la contribution ou prime et la valeur du salaire de base.

Le mémoire sous n° 7 des publications officielles établit (pages 44 et 46) que le taux de contributions correspondant aux prestations de l'*assurance-maladies* — y compris les frais d'administration des caisses — égale environ le  $3\frac{1}{2}\%$  ; pour l'*assurance-accidents*, d'après le mémoire sous n° 8 (page 182), il faut compter sur un taux de primes moyen du  $2\%$ . Un accident peut donner lieu à indemnités durant plusieurs années ; mais, d'après le système que nous avons admis, l'exercice au cours duquel un accident se sera produit devra fournir à lui seul les valeurs nécessaires à tous les paiements d'indemnités résultant de cet accident, quelle



que soit la date de ces paiements. En d'autres termes, chaque exercice ne supportera que *la charge des accidents survenus durant son cours*. Une maladie par contre ne peut donner lieu à indemnités que durant une année dès son début; mais chaque exercice supportera *la charge des indemnités payées durant son cours*, de sorte que les conséquences d'une maladie pourront peser sur deux exercices. Le premier exercice-maladies, dès la mise en vigueur de la loi, sera donc privilégié, vu qu'il n'aura pas la charge de maladies survenues durant un exercice précédent (2<sup>m</sup>e partie, chapitre VI, du mémoire sous n° 7 des publications officielles).

La contribution-maladies comprend le prix des indemnités payées, *ensuite d'accident*, durant les six premières semaines d'incapacité de travail: tous les accidents causant une incapacité de travail égale ou inférieure à six semaines seront exclusivement à la charge de l'assurance-maladies.

Le taux de contributions-maladies du  $3\frac{1}{2}$  ‰, que nous prenons comme moyenne, correspond à un risque ordinaire de maladies. Pour une caisse qui présenterait un risque particulièrement restreint (état sanitaire satisfaisant, circonstances locales favorables, excellente administration, etc.), ce taux du  $3\frac{1}{2}$  ‰ serait plus que suffisant; par contre, pour les caisses placées dans des conditions d'existence fâcheuses, notre taux moyen suffira d'autant moins à faire face aux dépenses que nos projets admettent le libre choix par l'assuré de son médecin (art. 52<sup>bis</sup> maladies): or, ce système augmente les chances de déficit des caisses. Malgré ce fait et sauf en ce qui touche les assurés occupés dans une exploitation présentant des risques *particulièrement graves* de maladies ou d'accidents (art. 76 maladies), aucune caisse ne pourra appliquer un taux de contributions supérieures au 4 ‰ (art. 71); partout où ce taux sera insuffisant, il se produira donc des déficits annuels qu'il y aura lieu de combler conformément à l'article 87 maladies.

Le taux moyen de primes-accidents du 2 ‰ permet de réunir les primes nettes nécessaires, c'est-à-dire uniquement l'équivalent des sommes qui seront versées en indemnités aux assurés et à leurs familles; ce taux, dans le calcul duquel on a par conséquent fait abstraction de tous frais d'administration, correspond à un risque moyen d'accidents.

Etant donné le rapport de la contribution ou de la prime au salaire (taux de contributions ou de primes), il suffit de le multiplier par la valeur totale des salaires pour avoir la valeur totale absolue des contributions ou des primes. La valeur totale des salaires dépend de leur montant moyen et du nombre des salariés; admettant comme salaire journalier moyen une somme de 2 fr. 50,

il nous reste à déterminer le nombre des salariés, soit des assurés obligés.

### B. Nombre des assurés obligés.

Le recensement du 1<sup>er</sup> décembre 1888 nous permet d'évaluer le nombre des personnes qui remplissent les conditions d'obligation à l'assurance fixées par nos projets (voir articles 1 maladies et 19 accidents; pages 207 et suivantes du mémoire sous n° 8 des publications officielles; résultats du recensement fédéral du 1<sup>er</sup> décembre 1888, volume III, « La population d'après les professions »).

En 1888, la population totale de 2,917,754 individus se groupait comme suit :

1° Personnes travaillant au compte d'autrui . . . . .	739,056
2° Personnes travaillant à leur propre compte. . . . .	566,594
3° Autres personnes (enfants, adultes qui ne travaillent pas en vue d'un gain, y compris les personnes uniquement occupées dans le ménage d'un membre de leur famille) . . . . .	1,612,104
Total	2,917,754

Les 739,056 « personnes travaillant au compte d'autrui » se répartissent en : « personnes exerçant elles-mêmes une profession pour le compte d'autrui », « personnes occupées dans un ménage comme domestiques » et « personnes exerçant elles-mêmes une profession dans des circonstances indéterminables » (ouvriers de l'industrie domestique, journaliers, etc.).

Comme « personnes travaillant à leur propre compte » nous enregistrons les « personnes exerçant elles-mêmes une profession pour leur propre compte ou pour le compte d'un parent ». Ces 566,594 individus, de même que les 1,612,104 « autres personnes », ne sont pas soumis par nos projets à l'obligation d'être assurés.

Nous n'avons donc à nous occuper que de la première catégorie, dont certains membres ne sont du reste point tenus à l'assurance. Cette catégorie se compose de :

	Hommes.	Femmes.	Ensemble.
a. Personnes exerçant elles-mêmes une profession pour le compte d'autrui. . . . .	392,812	170,095	562,907
b. Personnes occupées dans un ménage comme domestiques . . . . .	1,527	78,777	80,304
c. Personnes exerçant elles-mêmes une profession dans des circonstances indéterminables (principalement dans une industrie domestique) . . . . .	41,511	54,334	95,845
Totaux des personnes travaillant au compte d'autrui . . . . .	435,850	303,206	739,056

Le tableau qui précède distingue (groupe *b*) les 80,304 personnes occupées comme domestiques *dans un ménage*, du nombre des autres individus travaillant au compte d'autrui. 78,777 de ces domestiques, soit les 98 %, sont des femmes. Le sexe féminin prévaut aussi (57 %) parmi les 95,845 personnes du groupe *c*, tandis que les hommes sont en majorité (70 %) dans le groupe *a*. Les 59 %, soit près des  $\frac{3}{5}$  de l'effectif total des trois groupes appartiennent au sexe masculin.

Il dépendra des cantons et des communes (articles 6 et 7 maladies) de soumettre à l'assurance les ouvriers de l'industrie domestique et les journaliers, qui constituent la plus grande partie du groupe *c*; par contre, la loi elle-même déclare tenus à l'assurance les domestiques occupés comme tels dans un ménage.

Les journaliers compris dans le groupe *c* sont des « journaliers à tout faire » ou des « manœuvres » proprement dits. Ils figurent dans les résultats du recensement comme « ayant des occupations professionnelles non déterminables, exercés pour le compte d'autrui ou dans des circonstances indéterminables ». Notre bureau statistique distingue ces journaliers à tout faire des journaliers spécialisés à un certain genre d'occupation, et qu'il range parmi les « personnes exerçant elles-mêmes une profession pour le compte d'autrui. » C'est ainsi que les 44,179 journaliers de l'agriculture (ouvriers de campagne) figurent dans le groupe *a* et non dans le groupe *c*; pour peu qu'ils louent leurs services pour plus d'une semaine chez le même employeur, les journaliers spécialisés seront donc absolument tenus à l'assurance, en vertu de l'article 1 maladies.

Le groupe des « personnes exerçant elles-mêmes une profession pour le compte d'autrui » se répartit comme suit, d'après le genre de cette profession :

1° Extraction et production de la matière première . . . . .	126,139
2° Transformation de la matière première . . . . .	321,714
3° Commerce . . . . .	33,217
4° Voies de communications, transports . . . . .	41,810
5° Administration publique, sciences, beaux-arts . . . . .	39,208
6° Occupations professionnelles non déterminables . . . . .	819
Total	562,907

Nos projets (article 2 maladies) ne soumettent pas à l'obligation les fonctionnaires et employés « dont la charge affecte un caractère éminemment public », c'est-à-dire une grande partie des personnes de la 5<sup>m</sup>e catégorie ci-dessus (employés de l'ordre exécutif ou judiciaire à la solde de la Confédération ou des cantons, professeurs, ecclésiastiques, etc.). Notre bureau statistique estime qu'en 1888, 37,000 personnes environ auraient bénéficié de cette cause de dispense. Resterait donc assurés de plein droit :

Personnes exerçant elles-mêmes une profession pour le compte d'autrui et ne remplissant pas une fonction qui affecte un caractère éminemment public (562,907 — 37,000).	525,907
Personnes occupées dans un ménage comme domestiques . . . . .	80,304
Total	606,211

Il faut déduire encore les personnes que leur profession obligerait à l'assurance, mais qui bénéficient d'une dispense par le fait que leur salaire annuel excède 5000 francs (art. 2 et 3 maladies). Nous n'avons malheureusement aucun renseignement digne de confiance qui nous permette de fixer, ne fût-ce que d'une manière approximative, le nombre de ces personnes pour toute la Suisse. Mais, de l'examen des registres de certains cantons pour l'impôt sur le revenu du travail, on peut conclure que, parmi les 606,211 personnes en question, celles dont le salaire dépasse 5000 francs par an sont peu nombreuses. Le chiffre de 600,000 nous paraît donc représenter approximativement l'effectif des futurs assurés obligés (articles 1 à 4 maladies); il égale à peu près la moitié du nombre des personnes qui travaillent en vue d'un gain (tableau de la page 356, chiffres 1 et 2).

On doit s'attendre à ce que — durant les premières années d'application de la loi et à l'exemple de ce qui s'est passé dans

d'autres pays — une grande quantité de personnes ne satisfont pas à leur obligation d'être assurées, soit par ignorance, soit par d'autres motifs. Souvent il faudra un accident ou une maladie pour qu'on reconnaisse l'obligation du sinistré à l'assurance.

Les exemples de l'Allemagne et de l'Autriche montrent que le nombre des personnes tenues à l'assurance varie beaucoup suivant les saisons; en Autriche, les caisses atteignent leur maximum d'assurés durant les mois de juillet et d'août.

Ensuite de ces observations — et tout en tenant compte du fait que le recensement qui nous sert de base date déjà de plusieurs années et a eu lieu en hiver — nous croyons être plutôt au-dessus de la réalité en estimant à 600,000 le nombre moyen des assurés obligés (articles 1 à 4 maladies).

### C. Valeur totale des contributions et des primes des assurés obligés, ainsi que des frais d'administration.

Etant donnés les taux de contributions et de primes correspondant aux prestations prévues et le nombre des assurés obligés, la valeur totale des contributions et des primes de ces assurés dépend, comme on l'a vu, de leur salaire moyen. Nous avons déjà exposé, à la page 140 du présent message, que les salaires des personnes tenues à l'assurance ne peuvent être fixés qu'approximativement; ces estimations se compliquent du fait que l'obligation à l'assurance vise en même temps des hommes et des femmes, d'âges et d'occupations très différents. En outre, les salaires réels ne sont pas admis tels quels par l'assurance, mais théoriquement réformés par les principes suivants: 1° les salaires supérieurs à fr. 7. 50 sont censés réduits à ce chiffre (article 78, alinéa 8, maladies); 2° les prestations en nature, à titre de rémunération, sont estimées et leur valeur ajoutée aux prestations en espèces (article 78, alinéa 3); 3° tout assuré est présumé gagner le salaire maximum de la classe de salaires à laquelle il appartient (article 79, alinéa 2).

Nous basons nos calculs sur un salaire journalier moyen de fr. 2. 50. L'enquête de MM. Schuler et Wegmann conclut à fr. 2. 77; mais il faut remarquer qu'elle a principalement porté sur des ouvriers de l'industrie, et que la moyenne de fr. 2. 77 a été obtenue en comptant à leur valeur réelle les salaires supérieurs à fr. 7. 50 (voir publications officielles n° 20, n° 7, page 70, et n° 8, page 213).

En comptant par assuré 300 jours de travail à fr. 2. 50, on trouve un salaire annuel de fr. 750. Pour 600,000 assurés, la va-

leur totale des salaires atteindrait par an 450 millions de francs. Les taux des contributions-maladies et des primes-accidents ont été calculés en tenant compte du fait que les contributions et les primes ne courent pas durant l'incapacité de travail de l'assuré (article 84 maladies et 68 accidents). Ces taux ne doivent donc pas être appliqués à la somme entière de 450 millions, représentant le gain total que réaliseraient les assurés s'ils n'étaient jamais malades : il faut diminuer cette somme du 3 % environ — à raison des interruptions dans la capacité de travail (n° 7 des publications officielles, page 39) — et se baser sur un revenu de 436  $\frac{1}{2}$  millions, productif de contributions et de primes. Les contributions-maladies, au taux admis du 3  $\frac{1}{2}$  %, atteindront donc 15,280,000 francs par an, et les primes-accidents, au taux du 2 %, 8,730,000 francs.

Les contributions et les primes ne couvriront que les indemnités et les frais d'administration incombant aux caisses elles-mêmes. Quant aux frais d'administration dont la Confédération sera chargée, ils seront causés :

- a. par les enquêtes qui suivront les accidents et par les travaux de fixation des indemnités ;
- b. par le service judiciaire ;
- c. par la perception des primes-accidents ;
- d. par les autorités administratives d'arrondissements, en matière d'assurance-accidents, et par les autorités d'arrondissements, en matière d'assurance-maladies ;
- e. par les autorités centrales, en matières d'assurances-maladies et accidents.

Ces frais peuvent se grouper comme suit :

- I. Frais d'administration locale.
- II. Frais d'administration centrale.

Il convient de leur ajouter :

- III. Les subventions de la Confédération aux institutions de premiers secours aux blessés, aux collections et aux enquêtes concernant les mesures préventives d'accidents (article 7 accidents).

La totalité des frais sous chiffres I à III peut être devisée à 1  $\frac{3}{4}$  million environ, dont 250,000 francs pour l'assurance-maladies (voir pages 215 à 221 du n° 8 des publications officielles).

Les contributions ou primes et les frais d'administration égaieraient donc ensemble : pour l'assurance-maladies, 15,280,000 francs

+ 250,000 = 15,530,000 francs, et pour l'assurance - accidents.  
 8,730,000 + 1,000,000 = 9,730,000 francs. D'où,  
*pour l'assurance durant une année de 600,000 assurés obli-*  
*gés, gagnant un salaire annuel de 436 1/2 millions,*

<b>pour les maladies</b>	.	.	.	.	.	fr. 15,530,000
<b>pour les accidents</b>	.	.	.	.	.	> 9,730,000
<b>Total</b>						<b>fr. 25,260,000</b>

## D. Augmentation de la portée financière de nos projets, du fait des assurances volontaires.

1° Touchant spécialement les *maladies*, notre projet autorise deux variétés différentes d'assurances volontaires : a. Sous réserve de l'article 23, un *membre obligé* peut s'assurer volontairement pour la part de son salaire que ne lui remplace pas l'indemnité de chômage ; son but est d'obtenir, en cas de maladie, non seulement les  $\frac{2}{3}$  de salaire que lui fournit son assurance obligée (article 50), mais tout ou partie du 3<sup>me</sup> tiers ou davantage encore. C'est là une *assurance complémentaire volontaire*. b. La seconde variété d'assurance volontaire maladies sera plus fréquente :

Les *personnes non tenues à l'assurance* peuvent s'affilier volontairement à une caisse (article 31) ; les caisses communales ont l'obligation de recevoir ces personnes — moyennant qu'elles remplissent les conditions légales — et de leur garantir les soins médicaux et l'indemnité de chômage ou seulement la première de ces prestations, au choix de l'assuré. Les *membres volontaires à assurance entière* sont mis sur le même pied que les assurés obligés, quant aux prestations de la caisse et aux contributions (articles 30 et 69). Les *membres volontaires à assurance restreinte* ont droit aux soins médicaux comprenant, en cas d'accouchement, une « indemnité équitable pour soins obstétricaux » (articles 49 et 63). L'indemnité funéraire (article 64), avec maximum de 60 francs, est due pour toutes espèces d'assurés. La conclusion d'une assurance restreinte n'est pas subordonnée, comme celle d'une assurance entière, à une condition d'âge minimum (article 31).

Les prestations de l'assurance restreinte étant identiques à une partie de celles de l'assurance entière, les organes de cette dernière assurance peuvent également administrer la première ; supposons qu'en raison de ce fait l'assurance restreinte n'entraîne pas un surcroît de frais d'administration, et qu'on n'ait pas besoin

de constituer des fonds de réserve pour le cas d'une fréquence extraordinaire de maladies parmi les membres à assurance restreinte : les prestations garanties à ces membres n'en coûteront pas moins environ 10 francs par an et par personne, si l'on admet les mêmes bases que pour les assurés obligés (voir page 65 du mémoire sous n° 7 des publications officielles) Les charges de l'assurance-maladies augmenteront par conséquent de 1 million par 100,000 assurés volontaires à assurance restreinte, — abstraction faite de toute plus-value de frais d'administration et de fonds de réserve. Cette estimation n'est que très approximative, attendu que la fréquence et la gravité moyennes des maladies chez les membres volontaires ne sont peut-être pas les mêmes que chez les membres obligés ; nous manquons en particulier de renseignements suffisants touchant la fréquence et la gravité moyennes des maladies chez les enfants. Nous savons seulement que la fréquence est particulièrement grande durant la première année dès la naissance, et qu'elle présente un minimum à l'âge où l'enfant va à l'école. Le bureau sanitaire fédéral a compulsé à ce point de vue les données fournies par l'hôpital des enfants et la polyclinique de Bâle, ainsi que par l'hospice des enfants malades, à Genève, et l'hôpital de Jenner, à Berne ; il résulte de ce travail que, sur 19,665 enfants en traitement, 3438 soit le 17 % étaient âgés de moins d'un an ; la polyclinique de Bâle accuse même 20 %.

Les résultats communiqués par la « Allgemeine Krankenpflege », à Bâle, sont intéressants quant au coût des soins médicaux ; cette société d'assurance contre les maladies, la plus grande de celles qui existent en Suisse, garantit comme soins médicaux à peu près les mêmes prestations que nos projets, et comprend aussi des hommes et des femmes, des adultes et des enfants ; or ces prestations lui coûtent un peu plus de 10 francs par an et par assuré.

Le prix moyen des soins médicaux par assuré dépendra dans une très large mesure de circonstances locales.

Il peut être juste et profitable au développement de nos institutions d'assurance de tenir compte, pour le calcul des contributions, des différences qui existent quant à la fréquence et à la gravité des maladies et des accidents, d'une part entre les membres à assurance entière et les membres à assurance restreinte, et de l'autre entre les différentes espèces de membres à assurance restreinte. C'est pourquoi nous avons statué (article 70 et 71 maladies) que les contributions entières seraient fixées indépendamment des contributions restreintes, et que ces dernières, avec l'autorisation de l'office des assurances, pourraient être graduées « d'après le sexe de l'assuré, son âge et d'autres considérations de fait. » Quant au



montant maximum des contributions restreintes, nous renvoyons à la page 295 du présent message et à la page 66 du mémoire sous n° 7 des publications officielles.

2° Pour les *accidents*, le projet ne connaît pas d'assurance volontaire auprès de l'établissement fédéral; celui-ci n'aura donc que des assurés obligés, qui seront les mêmes que les assurés obligés-maladies. Mais il faut prévoir que les employeurs, et plus particulièrement les petits artisans exposés aux mêmes dangers d'accidents que leurs ouvriers, ne tarderont pas à demander la création par l'établissement fédéral d'un service d'assurance volontaire. En déférant à ce vœu ou en autorisant les assurés obligés à conclure auprès de l'établissement des assurances complémentaires volontaires (article 21, lettre a, accidents), on augmenterait la portée financière de la loi. Remarquons à ce propos que la création de nos assurances ouvrières, en développant la popularité du principe de l'assurance, augmentera probablement — ainsi qu'on l'a vu dans d'autres pays — la clientèle libre des entreprises privées.

3° Il nous reste à parler des *personnes auxquelles les cantons et les communes pourront étendre l'obligation à l'assurance-maladies et accidents* (articles 6 et 7 maladies). A vrai dire, ces personnes ne seront pas des « assurés volontaires » mais bien des assurés obligés, et l'on peut s'étonner que nous les mentionnions sous le présent titre; toutefois, les personnes tenues à l'assurance en vertu des articles 6 ou 7 ont ceci de commun avec des assurés volontaires que leur nombre échappe à toute prévision exacte, et que leur affiliation ne sera pas le fait de la loi elle-même mais d'une volonté, savoir celle de la commune ou du canton. Le droit des cantons et des communes intéresse environ 100,000 personnes, mais rien ne permet de présager la mesure dans laquelle on en fera usage; il est toutefois probable que, durant la première période de fonctionnement de nos assurances populaires, les cantons et les communes n'étendront l'obligation qu'à peu de personnes; parmi celles-ci, un certain nombre seront déjà tenues à l'assurance durant une partie de l'année en vertu de la loi elle-même (article 1 maladies). Les décisions d'extension prises par des cantons ou des communes auront donc pour conséquence — non seulement d'augmenter le nombre des assurés obligés — mais encore de *rendre l'affiliation de certains assurés permanente*, en annulant les intermittences qui se produisaient précédemment dans leur affiliation.

### E. Charges supportées par la Confédération.

La Confédération subsidie directement les deux branches d'assurance.

Elle paie aux caisses-*maladies* un centime par assuré obligé et par jour d'assurance; ce subsidie intéresse aussi les membres volontaires de nationalité suisse, pour autant que leurs caisses le demandent et qu'elles garantissent à ces membres des prestations au moins égales, en quantité et durée, à celles imposées aux caisses communales (articles 68, 139, 177 et 183).

Un subsidie de fr. 3. 65 par année ordinaire et par personne représenté pour 600,000 assurés *obligés* une somme de 2,190,000 francs. Quant aux assurés *volontaires* ayant droit aux subsides, c'est-à-dire remplissant les conditions de nationalité et de prestations minima, leur nombre ne peut être évalué par avance et augmentera probablement d'année en année. Tout effectif de 273,973 assurés coûtera 1 million de francs à la Confédération. Mais il faudra que l'assurance-maladies ait eu le temps de développer sa popularité pour que le nombre des assurés obligés et volontaires ayant droit aux subsides atteigne au total 1 million, et impose par conséquent à la Confédération une charge annuelle ordinaire de 3,650,000 francs.

Quant à l'assurance-*accidents*, la Confédération fournit  $\frac{1}{4}$  de la prime nette. En admettant, comme nous l'avons fait jusqu'ici, un total de salaires de 436  $\frac{1}{2}$  millions et un taux moyen de primes-accidents du 2 %, le quart de la prime totale de 8,730,000 francs — soit la part payée par la Confédération — atteindrait la somme arrondie de 2,183,000 francs. Ce subsidie, on le voit, égale à peu près celui de la Confédération à l'assurance-maladies des assurés obligés.

Nous avons déjà dit (page 360) que les frais d'administration accidents coûteront à la Confédération environ 1 million par an.

On peut réunir sous le titre de « *autres dépenses* » le reste des frais ordinaires que la Confédération aura à supporter *pour l'une et l'autre branches d'assurances*. Ce sont: les frais d'administration-maladies, que nous avons devisés plus haut (page 360) à 250,000 francs; l'augmentation des dépenses de l'administration des postes, résultant d'une augmentation des transmissions postales gratuites; les frais de surveillance, d'encouragement et de conseils occasionnés par les caisses libres; les frais judiciaires des affaires intéressant les caisses publiques; enfin, les frais d'impression des formulaires dont les projets prévoient la remise gratuite. C'est à vous qu'il appartiendra de voter les crédits nécessaires (article 10

accidents). Sans vouloir présager l'avenir ni préjuger vos décisions, nous évaluons l'ensemble de ces « autres dépenses » à une somme annuelle de 500,000 francs.

En résumé, les charges ordinaires supportées par la Confédération atteindront :

Subside aux contributions de 1 million de personnes, assurées en vue des soins médicaux pour les cas de maladies	fr. 3,650,000
Subside aux primes de 600,000 assurés-accidents .	> 2,183,000
Frais d'administration-accidents; subventions aux institutions de premiers secours, aux collections et aux enquêtes concernant les mesures préventives d'accidents. . . . .	> 1,000,000
Autres dépenses . . . . .	> 500,000
	Total fr. 7,333,000

Nous croyons que cette somme ne sera pas atteinte durant les premières années, mais qu'on la dépassera quand l'assurance aura entièrement assis sa popularité.

Quant aux *frais de premier établissement*, y compris les frais d'installation proprement dits, on peut les deviser à environ 720,000 francs (voir pages 223 à 227 du n° 8 des publications officielles). Leur montant d'ailleurs dépendra dans une large mesure de l'application qui sera faite de l'article 95 accidents, touchant la reprise de polices existantes.

## F. Répartition des charges non supportées par la Confédération.

Nous prévoyons que les contributions et les primes des personnes à assurance entière seront graduées d'après leur salaire journalier, tel que ce salaire résultera de la répartition en classes de salaires. A quelles sommes se monteront, dans chaque classe de salaires, les parts de contributions et de primes non supportées par la Confédération et qui incomberont aux assurés et à leurs employeurs? Le montant de ces parts est déterminé, sur la base de chaque salaire, par les taux de contributions et de primes applicables. Or nous avons laissé à chaque caisse la liberté de fixer le taux de contributions-maladies dans certaines limites, et un droit analogue appartiendra pour l'assurance-accidents aux organes directeurs de l'établissement. Toutefois, pour nos calculs, il est nécessaire de fixer des taux de primes et de contributions moyens ou normaux; nous admettons comme tels les taux de 3 1/2 % maladies et 2 % accidents. C'est dire que dans les deux tableaux qui suivent, les contributions

et primes indiquées se rapportent à des assurés présentant des risques ordinaire ou moyen de maladies et d'accidents; ces tableaux reproduisent ceux des pages 76 et 77 du n° 7 des publications officielles.

Nos projets dispensent l'assuré de toute participation aux primes-accidents proprement dites; mais, comme l'incapacité de travail causée par un accident est durant six semaines à la charge de l'assurance-maladies — dont une partie des primes est fournie par l'assuré —, ce dernier contribue en fait à son assurance-accidents. Cette contribution indirecte n'est pas sans importance. En effet, notre statistique des accidents établit — spécialement en ce qui touche les personnes travaillant au compte d'autrui — que le 13 % du montant des indemnités dûes ensuite d'accidents incombera d'après nos projets aux caisses-maladies (voir page 209 ci-dessus); en d'autres termes, sur 100 francs de frais causés par des accidents, 13 incomberont à l'assurance-maladies, soit  $6\frac{1}{2}$  aux assurés qui supporteront la moitié des contributions-maladies.

En comparant les colonnes 5 des deux tableaux qui suivent, on voit que le rapport entre les charges de l'assuré et celles de l'employeur se modifie d'une classe à l'autre, en faveur des assurés des classes inférieures: dans la classe 1, l'assuré supporte 0,38 francs par mois, c'est-à-dire un peu moins de la moitié des 0,83 francs qui incombent à l'employeur; dans la classe 9 par contre, la charge de l'assuré (3,13 francs par mois) est supérieure à la moitié de la charge de l'employeur (5,95 francs). Cette différence, favorable aux petits assurés, s'explique par le fait que les subsides de la Confédération aux contributions-maladies atteignent uniformément fr. 3,65 par année ordinaire, quelle que soit la classe de salaires; ces subsides constituent ainsi dans les petites classes un pour cent de contributions plus fort que dans les classes élevées.

Abstraction faite des subsides de la Confédération aux primes et contributions des deux assurances, on peut dire qu'il y a une égalité approximative entre :

- 1° la part de l'employeur aux contributions-maladies,
- 2° la part de l'employeur aux primes-accidents, et
- 3° la part de l'assuré aux contributions-maladies.

L'égalité parfaite est atteinte dans la classe 4, où chacune de ces trois parts atteint 0,90 franc par mois. L'employeur supporte donc  $\frac{2}{3}$  des charges et l'assuré  $\frac{1}{3}$ .

**Charges mensuelles moyennes de l'employeur,**

pour

**les assurances-maladies et accidents.**

(Risque ordinaire de maladies et risque moyen d'accidents.)

Classes de salaires.	Salaires journaliers de base.	Pour l'assurance-maladies. (déduction faite des subsides de la Confédération et de la moitié incombant à l'assuré.)	Pour l'assurance-accidents. (déduction faite des subsides de la Confédération.)	Total.
1	2	3	4	5
N°	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
1	1,20	0,38	0,45	0,83
2	1,50	0,51	0,57	1,08
3	1,80	0,64	0,68	1,32
4	2,40	0,90	0,90	1,80
5	3,—	1,17	1,13	2,30
6	3,60	1,43	1,35	2,78
7	4,50	1,82	1,69	3,51
8	6,—	2,48	2,25	4,73
9	7,50	3,13	2,82	5,95

**Charges mensuelles moyennes de l'assuré,  
pour les assurances-maladies et accidents, — soit part maximum  
de contribution à retenir sur le salaire de l'assuré.**

(Risque ordinaire de maladies.)

Classes de salaires.	Salaires journaliers de base.	Pour l'assurance-maladies (déduction faite des subsides de la Confédération et de la moitié incombant à l'employeur)	Pour l'assurance-accidents.	Total.
1	2	3	4	5
N°	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
1	1,20	0,38	—	0,38
2	1,50	0,51	—	0,51
3	1,80	0,64	—	0,64
4	2,40	0,90	—	0,90
5	3,—	1,17	—	1,17
6	3,60	1,43	—	1,43
7	4,50	1,82	—	1,82
8	6,—	2,48	—	2,48
9	7,50	3,13	—	3,13

Les tableaux ci-dessus nous permettent d'imaginer l'exemple suivant :

L'ouvrier A. gagne 2,41 à 3 francs par jour et appartient dès lors à la 5<sup>m</sup>e classe de salaires. Au point de vue de l'assurance, son salaire est réputé égal à 3 francs. En cas de maladie, il aura droit à une indemnité journalière de chômage de 2 francs, aux soins médicaux, aux médicaments, etc., pour une durée maximum de 1 année. S'il est frappé, ensuite d'accident, d'une invalidité totale, il recevra sa vie durant une rente annuelle de 600 francs. Enfin, si l'assuré succombe à un accident professionnel ou non-professionnel, sa veuve recevra 270 francs par an ; ses enfants, frères et sœurs mineurs de seize ans, ainsi que ses ascendants directs, toucheront des rentes dont le total, y compris la rente de la veuve, pourra atteindre 450 francs par an. D'après le second tableau ci-dessus (colonne 5), l'assuré en question aura dû fournir pour ses deux assurances au total fr. 1. 17 par mois, soit fr. 14. 04 par an. Si les risques — soit la fréquence et la gravité probables des maladies et des accidents de cet assuré — sont moyens, l'employeur aura dû verser de sa poche fr. 2. 30 par mois, soit fr. 27. 60 par an.

Si une profession présente des risques d'accidents ou de maladies plus grands que les risques moyen ou ordinaire, ce fait a naturellement pour conséquence d'augmenter, pour les assurés de cette profession, le taux de primes ou de contributions ; mais cette augmentation n'intéresse pas l'assuré lui-même. Dans l'assurance-maladies en effet, l'employeur supporte seul la surélévation des contributions (article 76 maladies) ; et si, dans l'assurance-accidents, de plus grands risques entraînent l'attribution de l'assuré à une classe de risques supérieure — soit l'application d'un taux de primes plus élevé —, ces faits n'intéressent que l'employeur et la Confédération, qui fournissent ensemble la totalité des primes (art. 8 et 66 accidents).

Dans l'assurance-accidents, chaque classe de risques se distinguera des autres par son taux de primes ; nous aurons donc un grand nombre de taux différents.

Il n'y a pas lieu de déterminer ici les divers taux de primes, variant d'une industrie ou même d'un établissement à l'autre. Qu'il nous suffise de constater les résultats fournis dans ce domaine, c'est-à-dire quant à la fréquence et à la gravité des accidents, par la statistique qu'instituait l'arrêté fédéral du 23 décembre 1887.

En exécution de cet arrêté, notre règlement du 17 janvier 1888 décidait que la statistique des accidents comprendrait la période du 1<sup>er</sup> avril 1888 au 31 mars 1891, et porterait sur « tous les accidents qui arrivent en Suisse à des personnes âgées de plus

de 14 ans et entraînant soit la mort, soit une incapacité de travail de plus de 6 jours. »

Il a été signalé au total 81,572 accidents, dont 3,572 mortels. Les victimes d'accidents mortels ont laissé, d'après la statistique, 1,582 époux, 2366 enfants de moins de seize ans, et 260 parents dénués de ressources et autres que les époux et les enfants. Nos calculateurs en matière d'assurance ont fait l'estimation de ce qu'aurait coûté à un assureur chacun des 81,572 accidents, en prenant pour base nos projets de lois. Dans les cas d'invalidité, soit d'incapacité permanente, ils ont pris en considération le degré de l'invalidité et l'âge du lésé; quant aux accidents mortels, leurs conséquences pécuniaires — soit les capitaux qui auraient été nécessaires au service des rentes payables aux survivants — ont été calculées d'après le nombre de ces survivants et d'après l'âge de chacun d'eux. On a fait ensuite, pour chaque profession, le total des dépenses que les accidents survenus dans cette profession auraient coûté à l'assureur d'après les calculs ci-dessus. Les professions enfin ont été rangées en degrés de risques (colonne 1), suivant le montant de ce total pour un nombre donné de personnes exerçant chaque profession. Le recensement du 1<sup>er</sup> décembre 1888 a fourni les nombres absolus de ces personnes.

Des 81,572 accidents signalés au total, 57,203 ont atteint des personnes travaillant au compte d'autrui et dont le nombre était de 739,056 (p. 357) sur 2,036,394 adultes que comptait la Suisse. Il en résulte que les 36 % de la population adulte ont subi les 70 % des accidents. Au point de vue de la professionnalité des accidents, on remarque que, pour l'ensemble de la population adulte, les accidents professionnels constituent les 79 % de la totalité des accidents, soit 64,361 pour 81,572; cette proportion est moins forte pour les personnes adultes ne travaillant pas au compte d'autrui : elle atteint seulement les 60 %, soit 14,663 pour 24,369; pour les personnes travaillant au compte d'autrui, les accidents professionnels représentent au contraire les 87 % de la totalité de leurs accidents, soit 49,698 pour 57,203. Les personnes travaillant au compte d'autrui sont donc plus exposées que d'autres à des accidents, et leurs sinistres revêtent en moyenne un caractère professionnel plus marqué.

Les 37 groupes qui font l'objet du tableau suivant (colonne 2) représentent toutes les professions dans lesquelles on rencontre des personnes travaillant au compte d'autrui. Nous indiquons pour chaque profession le risque d'accidents des personnes travaillant dans cette profession au compte d'autrui, à l'exclusion des personnes travaillant dans la même profession à leur propre compte; nos projets en effet n'intéressent pas ces personnes.



Rang.	Genres de professions.	Personnes travaillant au compte d'autrui.		Chiffres proportionnels représentant le risque des personnes travaillant au compte d'autrui dans chaque genre de professions.	
		Leur nombre au 1 <sup>er</sup> décembre 1888.	Nombre d'accidents sur eux par elles durant 3 ans.	Chiffres totaux (pour acc. prof. et non prof.).	Chiffres spéciaux aux accidents non professionnels.
1	2	3	4	5	6
1	Travaux nécessitant l'emploi d'explosifs, constructions de tunnels, de conduites d'eau, de ponts et de voies de communication en général . . . . .	11,917	5,023	99	9
2	Sciage et charpenterie . . . . .	12,918	3,571	99	11
3	Forges, fonderies, constructions mécaniques . . . . .	13,588	6,520	92	6
4	Fabrication de papier et de pâte de bois, industries chimiques non spécifiées . . . . .	4,026	1,104	89	10
5	Meunerie . . . . .	2,945	548	86	10
6	Brasserie et distillation de l'alcool . . . . .	2,478	788	76	6
7	Chaufournerie et tuilerie, fabrication d'asphalte et ouvrages en ciment . . . . .	4,397	1,221	76	9
8	Exploitation et entretien de chemins de fer . . . . .	18,243	4,705	68	5
9	Maçonnerie et gypserie, travaux de manœuvre dans les bâtiments . . . . .	22,041	7,504	65	7
10	Serrurerie, autres professions sur métaux . . . . .	5,407	1,148	60	10
11	Fabrication de gaz d'éclairage, de couleurs, de cirages et vernis .	3,823	727	58	8
12	Culture et exploitation forestières	6,096	711	57	9
13	Expédition, commissionnaires, guides . . . . .	5,818	990	55	7
14	Menuiserie, travaux au tour, vitrerie . . . . .	10,199	1,233	47	5
15	Boucherie et charcuterie . . . . .	3,611	462	37	10
16	Ferblanterie, maréchalerie et charronnerie . . . . .	7,866	835	37	10

Rang.	Genres de professions.	Personnes travaillant au compte d'autrui.		Chiffres proportionnels représentant le risque des personnes travaillant au compte d'autrui dans chaque genre de professions.	
		Leur nombre au 1 <sup>er</sup> décembre 1888.	Nombre d'accidents subis par elles durant 3 ans.	Chiffres totaux (pour acc. prof. et non prof.).	Chiffres spéciaux aux accidents non professionnels.
1	2	3	4	5	6
17	Préparation de la laine . . . . .	3,333	359	36	2
18	Agriculture et exploitation des produits bruts du sol . . . . .	136,429	8,032	28	6
19	Teinturerie, imprimerie, blanchisserie, apprêtage . . . . .	10,531	974	27	4
20	Poterie, poêlerie, fumisterie . . . . .	1,759	182	25	2
	<b>Ensemble des 37 genres de professions . . . . .</b>	<b>739,056</b>	<b>57,203</b>	<b>24,0</b>	<b>4,4</b>
21	Boulangerie, fabrication de chocolat et de pâtes alimentaires . . . . .	6,734	405	24	7
22	Tonnellerie, boissellerie et vannerie . . . . .	2,614	189	24	7
23	Préparation du coton . . . . .	35,248	1,731	23	3
24	Architecture, vernissage et peinture en bâtiment . . . . .	3,315	162	21	7
25	Service des postes et télégraphes . . . . .	7,691	500	21	7
26	Petite mécanique . . . . .	2,873	333	21	3
27	Hôtels, cafés, restaurants, débits de boissons . . . . .	12,256	479	19	5
28	Arts graphiques . . . . .	9,286	52	19	7
29	Commerce, banques, agences . . . . .	22,520	933	12	4
30	Préparation du lin . . . . .	3,911	95	11	3
31	Préparation du tabac . . . . .	5,997	171	8	3
32	Horlogerie, bijouterie . . . . .	41,161	1,168	7	5
33	Préparation de la soie . . . . .	57,721	929	6	2
34	Services domestiques ou personnels . . . . .	95,173	1,272	6	2
35	Administration publique, hygiène, cultes, enseignement . . . . .	40,519	555	5	2
36	Confections, modes . . . . .	61,180	800	4	2
37	Broderie . . . . .	43,432	274	2	1

La colonne 2 énumère les principaux genres de professions. Chaque groupe résume au moins 5000 observations d'une année ; avec un nombre plus petit, le hasard aurait eu trop d'influence sur les résultats. Il ne faut pas se dissimuler du reste que de toutes façons une statistique des accidents ne fournit que des renseignements approximatifs : les observations elles-mêmes sont sujettes à erreurs, et l'on rencontre dans une même profession certaines spécialités beaucoup moins ou beaucoup plus dangereuses que la moyenne de cette profession. Mais notre statistique des accidents permet tout au moins de se faire une idée comparative des risques et par conséquent des besoins d'assurance.

Les chiffres des colonnes 5 et 6 ne sont pas des valeurs absolues ; ils montrent simplement que si le risque est représenté par 99 dans telle profession, il vaut 92 dans telle autre — toutes choses restant égales d'ailleurs. Toutefois, sur la base de nos projets et en admettant un salaire journalier moyen de fr. 2. 50, les chiffres des colonnes 5 et 6 sont à peu près égaux aux nombres de centimes que les employeurs de chaque profession devront payer par semaine pour l'assurance-accidents de leurs ouvriers.

Les colonnes 5 et 6 permettent de constater l'énorme différence qu'il y a dans les risques des diverses professions, tant au point de vue des accidents en général que des accidents non-professionnels. Les professions dangereuses occupent principalement des hommes, tandis que la plupart des femmes travaillent dans des professions à risques restreints.

Les chiffres de la colonne 6 représentent les risques d'accidents non-professionnels, d'où il suit que la différence entre ces chiffres et ceux de la colonne 5 fournirait l'expression des risques d'accidents professionnels. Dans chaque profession, le risque d'accidents non-professionnels constitue une part importante du risque total ; si l'on fait la moyenne de toutes les professions, le risque d'accidents non-professionnels est égal au 18 % du risque total, soit au 22 % du risque d'accidents professionnels. La distinction des deux espèces de risques pour une même profession est au reste délicate, vu le grand nombre des accidents dont la professionnalité est douteuse.

---

Récapitulons ce qui a trait aux *charges maladies et accidents, supportées par les employeurs, les assurés et la Confédération pour les personnes tenues à l'assurance*. En prenant pour base nos projets et une somme de 436  $\frac{1}{2}$  millions comme total annuel des salaires, nous arrivons aux résultats suivants :

Les *employeurs* auront à fournir 6,545,000 francs pour l'assurance-maladies et 6,547,000 francs pour l'assurance-accidents, soit ensemble 13,092,000 francs.

Les *assurés* supporteront 6,545,000 francs; cette somme, qui représente la moitié des contributions-maladies, est un maximum, dans ce sens que les employeurs pourront ne pas la retenir sur les salaires ou n'en retenir qu'une partie.

Les charges annuelles incombant à la *Confédération* et que nous avons devisées (p. 365) à 7,333,000 francs n'ont pas exclusivement trait aux personnes tenues à l'assurance; c'est néanmoins le service de l'assurance obligatoire qui absorbera la majeure partie des subsides, savoir 5,623,000 francs. Cette somme se décompose comme suit: subside aux contributions-maladies de 600,000 assurés obligés, 2,190,000 francs; subside aux primes de 600,000 assurés-accidents, 2,183,000; frais d'administration mentionnés à page 360 et devisés à 1,250,000 francs.

Ensemble, en ce qui concerne les assurés obligés :

Employeurs . . . . .	fr. 13,092,000	52 %
Assurés . . . . .	> 6,545,000	26 %
Confédération . . . . .	> 5,623,000	22 %
Total, comme à la page 361 . . . . .	fr. 25,260,000	100 %

Nous avons vu déjà (p. 361) que ce total se répartit entre les assurances-maladies et accidents à raison de 15,530,000 (61 %) et 9,730,000 (39 %) francs; c'est dire que, sur 100 francs de dépenses, 61 serviront à l'assurance-maladies et 39 francs à l'assurance-accidents.

Le tableau qui précède montre d'autre part que, sur 100 francs de recettes, 52 francs viendront des employeurs, 26 francs des assurés et 22 francs de la Confédération.

Le prix moyen des deux assurances d'un membre obligé étant de fr. 3. 50 par mois, l'employeur participera donc à cette somme pour fr. 1. 82, l'assuré pour fr. 0. 91 et la Confédération pour fr. 0. 77. Une charge totale mensuelle de fr. 3. 50, correspond à un salaire journalier de fr. 2. 50 et représente à peu près  $1\frac{1}{2}$  salaire journalier. D'une manière générale, on peut dire dès lors que les deux assurances coûteront au total, par membre obligé et par mois, environ  $1\frac{1}{2}$  salaire journalier de l'assuré.

Pour de plus amples développements, on voudra bien se reporter aux nos 7, 8, 9, 13, 18 et 19 des publications officielles.

Parvenus à la fin de ce long message, nous nous sommes demandé s'il convenait de maintenir nos deux projets distincts ou d'en faire deux chapitres d'une seule loi, à laquelle s'ajouteraient peut-être comme troisième chapitre des dispositions traitant de l'assurance militaire. La solution à donner à cette question dépend du cours que prendra la discussion de nos projets actuels devant les chambres fédérales, et nous nous réservons de vous soumettre encore à ce sujet un rapport et des propositions.

Comme on l'a vu plus haut (p. 152 à 153), nous étudierons dans un rapport spécial la manière de faire face aux charges que nos projets imposent à la Confédération.

En vous remettant maintenant nos deux projets de lois, nous espérons que vous voudrez bien permettre leur réalisation. Nous sommes persuadés que les assurances populaires seront pour notre pays la source de bienfaits constants, et qu'elles feront honneur à la Confédération suisse.

Veillez agréer, Monsieur le Président et Messieurs, l'expression de notre haute considération.

Berne, le 21 janvier 1896.

Au nom du conseil fédéral,

*Le président de la Confédération :*

A. LACHENAL.

*Le chancelier de la Confédération :*

RINGIER.

---

**Loi fédérale**  
sur  
**l'assurance contre les maladies.**

L'ASSEMBLÉE FÉDÉRALE  
de la  
CONFÉDÉRATION SUISSE

en exécution de l'article 34bis de la constitution fédérale,

*décète :*

**A. Etendue de l'assurance.**

Art. 1. Toutes les personnes travaillant au compte d'autrui, sur territoire suisse, dans des entreprises de transport ou des établissements industriels, commerciaux, agricoles ou forestiers ayant leur siège en Suisse, de même que tous les domestiques attachés à des familles résidant en Suisse, sont, dès l'âge de quatorze ans révolus et conformément aux dispositions de la présente loi, obligatoirement assurés contre les conséquences économiques de leurs maladies. Toutefois, l'obligation à l'assurance ne s'étend point aux personnes dont l'occupation est limitée, par sa nature même ou d'avance et par contrat, à une durée moindre d'une semaine.

Toute maison étrangère possédant en Suisse une succursale ou y exécutant de grandes entreprises est assimilée aux établissements ayant leur siège en Suisse, en ce qui concerne les ouvriers occupés dans cette succursale ou par ces entreprises.

Les personnes visées aux alinéas 1 ou 2 ci-dessus et occupées par des employeurs établis en Suisse restent assurées alors même qu'elles travaillent passagèrement à l'étranger.

Art. 2. Les dispositions de l'article précédent concernent également les établissements exploités par la Confédération, les cantons, les communes, ou par d'autres personnalités de droit public. Toutefois, ceux des fonctionnaires et employés de ces établissements dont le traitement annuel excède cinq mille francs ou dont la charge affecte un caractère éminemment public, ne sont point soumis à l'obligation de s'assurer.

Art. 3. Sont dispensés de l'assurance, les directeurs et employés supérieurs des établissements privés dont le traitement annuel excède cinq mille francs.

Art. 4. Les apprentis, volontaires et stagiaires, âgés au moins de quatorze ans révolus et travaillant dans un établissement visé aux articles 1 ou 2, sont soumis à l'assurance alors même qu'ils ne gagnent aucun salaire ou traitement.

Art. 5. Tout employeur qui occupe en moyenne et simultanément plus de cinq ouvriers ou employés doit tenir constamment à jour un contrôle de ces personnes, alors même qu'il n'est pas soumis à la loi fédérale du 23 mars 1877, sur le travail dans les fabriques.

Le conseil fédéral édictera, par voie d'ordonnance, des dispositions de détail concernant la forme des contrôles et les personnes autorisées à prendre connaissance de ces documents.

Art. 6. Toute commune d'assurance (article 12) a le droit d'étendre en tout temps, par décision prise à la majorité absolue, l'obligation à l'assurance :

- a. aux journaliers ou journalières, ou autres personnes changeant fréquemment d'employeurs ou ne travaillant que par intermittences au compte d'autrui, pour autant que ces personnes résident dans la commune ;

b. aux ouvriers ou ouvrières d'une industrie domestique, travaillant dans la commune à leur propre compte.

Ces personnes toutefois doivent avoir atteint l'âge de quatorze ans révolus.

Toute commune d'assurance a de même le droit :

de ne soumettre à l'obligation que l'une des deux classes de personnes visées sous lettres *a* et *b* ci-dessus ou, dans l'une de ces classes, que telle catégorie déterminée de travailleurs ;

de n'imposer l'obligation à l'assurance, pour l'une ou l'autre de ces classes ou catégories, qu'à partir d'un âge supérieur à quatorze ans révolus.

Les décisions prises par une commune en application des alinéas 1 et 3 ci-dessus ne peuvent être rapportées ou réformées dans un sens restrictif que pour le commencement de l'année suivante et trois ans au moins après leur entrée en vigueur. L'abrogation ou la réforme de ces décisions ne saurait préjudicier aux droits de personnes déjà malades au moment où elle a lieu, ou qui tombent malades au cours des quatre premières semaines de l'année nouvelle (article 29).

Les communes qui n'ont étendu l'obligation à l'assurance qu'à une partie des personnes mentionnées au présent article peuvent en tout temps, par une nouvelle décision prise à la majorité absolue, étendre l'obligation à d'autres de ces personnes.

Art. 7. Chaque canton peut exercer, pour les communes d'assurance comprises dans son territoire, les droits conférés par l'article 6 à toute commune d'assurance.

Toutefois, un canton qui n'exerce pas les droits que lui confère l'alinéa précédent ne peut empêcher une commune d'assurance de faire application de l'article 6, alinéas 1, 3 et 5. De même, un canton qui n'exerce ces mêmes droits que dans le sens de l'alinéa 3 de l'article 6 ne peut empêcher une commune d'assurance d'étendre, dans les



limites fixées à l'alinéa 1 du dit article, l'obligation à l'assurance.

Art. 8. L'office des assurances et, en seconde instance, le conseil fédéral (article 175, alinéa 3) jugent toute contestation sur le point de savoir si telle personne ou telle classe de personnes est tenue à l'assurance.

Les décisions prises en application du précédent alinéa lient les tribunaux quant au caractère, obligatoire ou facultatif, de l'assurance.

Art. 9. La présente loi règle ce qui concerne la participation volontaire à l'assurance, en ce sens que :

- a. elle autorise l'affiliation volontaire aux caisses publiques d'assurance contre les maladies (art. 31 et 136);
- b. elle introduit des dispositions concernant les caisses libres de secours (articles 176 à 184).

L'affiliation volontaire ne peut être soumise à aucune autre restriction qu'à celles prévues par la présente loi.

## **B. Division du territoire, pour l'application de la présente loi.**

Art. 10. Le territoire de la Suisse est divisé en arrondissements d'assurance, et ces derniers en communes d'assurance.

Art. 11. La délimitation des arrondissements d'assurance et la détermination de leurs noms d'après les localités principales de leurs territoires appartiennent au conseil fédéral, sur la proposition de l'office des assurances et le préavis des gouvernements cantonaux. Pour la délimitation des arrondissements, on aura égard aux divisions politiques du pays.

Toute modification dans la délimitation des arrondissements entre en vigueur avec le commencement d'une année; cette modification est ordonnée par le conseil fédéral, sur

rapport de l'office fédéral des assurances et sur préavis des gouvernements des cantons intéressés.

Les autorités d'arrondissements siègent aux chefs-lieux des arrondissements.

Art. 12. Toute commune politique comprenant au moins deux mille habitants forme une commune d'assurance. Les communes politiques comprenant un nombre moindre d'habitants sont réunies, pour l'application de la présente loi, à une autre commune politique faisant partie du même arrondissement d'assurance et du même canton, et comprenant un nombre suffisant d'habitants; ces communes peuvent aussi être fondues avec une ou plusieurs communes politiques limitrophes faisant partie du même arrondissement d'assurance et du même canton, et trop petites pour constituer des communes d'assurance distinctes, à la condition que le nombre total d'habitants de la commune d'assurance ainsi formée ne soit pas inférieur à deux mille. Cette commune prend le nom de la localité la plus importante de son territoire, d'après les données du plus récent recensement.

Par exception, des régions écartées comprenant un nombre d'habitants inférieur à deux mille peuvent être formées en communes d'assurance distinctes.

Plusieurs communes politiques voisines, faisant partie du même arrondissement d'assurance et du même canton, peuvent être réunies en une seule commune d'assurance, bien que chacune d'elles comprenne deux mille habitants ou davantage.

Toute modification à la délimitation des communes d'assurance entre en vigueur avec le commencement d'une année.

Le conseil fédéral procède, sur rapport de l'office des assurances, à la délimitation des communes, à toute modification ultérieure de leurs territoires et à la fixation de leurs noms.

Les communes politiques et les gouvernements des cantons intéressés sont invités à donner un préavis sur la première délimitation des communes d'assurance, et sur les modifications ultérieures de leurs territoires. Les caisses communales d'assurance contre les maladies sont consultées au sujet des modifications à apporter à la délimitation des communes d'assurance.

Art. 13. Les cantons déterminent :

- les autorités des communes politiques, chargées de prendre les décisions qui obligent les communes d'assurance ;
- les formes et délais à observer pour ces décisions ;
- les conditions que devront remplir les recours interjetés contre ces décisions, et les autorités cantonales supérieures devant lesquelles ces recours devront être portés ;
- les moyens par lesquels les communes pourvoiront aux dépenses que leur impose la présente loi.

Les dispositions des articles 6 et 7, alinéa 1, demeurent réservées.

Les cantons répondent, pour les communes d'assurance de leurs territoires, de l'exécution par ces dernières des obligations que la présente loi leur impose.

Art. 14. Les enclaves peuvent être attribuées à des communes ou arrondissements d'assurance autres que ceux auxquels les rattacherait la division politique du pays. Le conseil fédéral prend à ce sujet les mesures nécessaires, sur rapport de l'office fédéral des assurances et sur préavis des communes et des gouvernements des cantons intéressés.

### **C. Organisation du service public de l'assurance.**

Art. 15. Il est pourvu au service public de l'assurance par les organes spéciaux suivants :

- les caisses publiques d'assurance contre les maladies ;
- les autorités d'arrondissements ;
- l'office fédéral des assurances.

## I. Les caisses publiques d'assurance contre les maladies.

Art. 16. Les caisses publiques d'assurance contre les maladies se distinguent en :

caisses communales ;  
caisses d'entreprises.

### 1. Dispositions communes et générales.

Art. 17. Les caisses publiques d'assurance contre les maladies et les associations de fonds de réserve (art. 150) ont la capacité civile ; elles ne sont toutefois point tenues de s'inscrire au registre du commerce.

La loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889, n'est pas applicable aux caisses publiques d'assurance contre les maladies et aux associations de fonds de réserve (art. 150).

Au cas où ces caisses ou associations sont en retard pour leurs paiements, l'autorité administrative d'arrondissement prend, dès qu'elle en est avisée, les mesures nécessaires ; au besoin, il est procédé conformément aux dispositions de l'article 127 de la présente loi.

Art. 18. Les caisses publiques d'assurance contre les maladies et les associations de fonds de réserve (art. 150) sont exemptes d'impôts, sauf en ce qui concerne leur fortune immobilière non directement affectée au service de la caisse, dont l'imposition demeure régie par les lois cantonales sur la matière.

Les pièces directement destinées au service d'une caisse publique d'assurance contre les maladies, qu'elles soient établies par cette caisse ou à son intention, sont exemptes de droits de timbre et de toute autre imposition.

L'office fédéral des assurances est appelé à trancher, sous réserve de recours au conseil fédéral, les contestations portant sur l'application du présent article.

Art. 19. Les organes des caisses publiques d'assurance contre les maladies sont réputés autorités communales, en ce qui touche le bénéfice de la franchise de port (articles 34 à 36 de la loi fédérale sur les taxes postales, du 26 juin 1884).

Art. 20. Les exercices des caisses publiques d'assurance contre les maladies coïncident avec les années civiles.

Art. 21. Chaque caisse publique d'assurance contre les maladies tient constamment à jour un contrôle de ses membres et des employeurs de chacun d'eux.

L'office des assurances édictera des dispositions de détail concernant la forme de ces contrôles.

Ces derniers sont ouverts à toute personne qui justifie d'un intérêt direct à les consulter.

Le conseil fédéral désignera par voie d'ordonnances ou d'arrêtés les employés, ou les organes d'associations professionnelles (loi sur l'assurance contre les accidents, art. 18), autorisés à prendre connaissance des contrôles.

Tout usage abusif des contrôles entraîne l'obligation de réparer le dommage résultant de cet abus; est réservée, l'application des mesures de police prévues aux articles 186 et 187, pour autant que l'auteur de l'abus est soumis à ces articles. Les fonctionnaires et employés publics fautifs doivent être dénoncés à l'autorité supérieure dont ils relèvent.

Art. 22. Les décisions d'une portée générale prises par les organes d'une caisse publique, ainsi que les élections faites par ces organes doivent être publiées en temps opportun. Cette disposition ne s'applique point aux élections de commissaires (art. 117), ni à toutes les décisions ou élections qui ne valent que temporairement.

L'office fédéral des assurances édictera des dispositions générales concernant les publications des caisses d'assurance.

Dans les limites fixées par ces dispositions, chaque caisse déterminera elle-même le mode de ses publications.

Les caisses publiques d'assurance contre les maladies sont tenues de fournir gratuitement et en temps opportun les informations et les renseignements statistiques requis par l'autorité administrative de leur arrondissement. Cette autorité fournit gratuitement les formulaires nécessaires.

Art. 23. Nul ne peut être en même temps membre de plusieurs caisses publiques d'assurance contre les maladies.

## 2. Les caisses communales, assurant contre les maladies.

### a. Etendue territoriale.

Art. 24. Dans toute commune d'assurance fonctionne une caisse communale, assurant contre les maladies.

Dans les communes d'assurance étendues, il peut être établi, pour l'entrée en vigueur de la présente loi ou pour tout renouvellement d'année, une caisse communale propre à telle partie de la commune comprenant au moins deux mille habitants.

Pour tout renouvellement d'année, on peut réunir plusieurs caisses communales établies dans une même commune d'assurance, ou répartir à nouveau le territoire de la commune d'assurance entre ses différentes caisses communales.

Il appartient au conseil fédéral, sur rapport de l'office des assurances, de prendre les décisions prévues aux alinéas 2 et 3 ci-dessus. Les caisses communales et les communes d'assurance intéressées, de même que les gouvernements des cantons intéressés, sont invités à donner un préavis.

Au cas où un canton modifie la répartition politique de son territoire, le conseil fédéral réforme s'il y a lieu la répartition du territoire de ce canton entre ses différentes caisses communales.

Art. 25. En cas de fusion de plusieurs caisses, leurs droits et obligations, de même que leurs biens, se transmettent à la caisse nouvelle; les statuts et règlements des

caisses fusionnées sont réputés abrogés, et leurs organes cessent d'être en fonctions.

Au cas où une caisse est divisée en plusieurs, ou lorsqu'une partie de son territoire est attribuée à une autre caisse, l'autorité d'arrondissement, après avoir entendu les caisses intéressées, procède à la répartition des exploitations et des membres assurés, de même que des fonds de réserve et de tous autres biens disponibles. Les statuts et règlements des caisses intéressées sont réputés abrogés, et leurs organes cessent d'être en fonctions, sauf dans le cas où la modification intervenue est de peu d'importance. L'autorité d'arrondissement statue sur l'application de la disposition exceptionnelle qui précède.

#### **b. Membres des caisses communales.**

##### *1° Membres obligés.*

Art. 26. Toute personne tenue à l'assurance devient, par le fait d'acquérir la qualité qui entraîne cette obligation, membre obligé de la caisse communale dont cette personne relève.

En tant qu'ils sont tenus à l'assurance (articles 6 et 7), les journaliers, journalières et autres personnes changeant fréquemment d'employeurs ou ne travaillant que par intermittences au compte d'autrui, de même que les ouvriers et ouvrières travaillant à leur propre compte dans une industrie domestique, deviennent membres obligés de la caisse dont ils relèvent, par le fait de s'annoncer à cette caisse ou de lui être annoncés par l'autorité communale.

Les dispositions des deux alinéas précédents ne s'appliquent point aux personnes qui, tenues à l'assurance, sont membres d'une caisse d'entreprise ou d'une caisse inscrite.

Art. 27. Tout assuré obligé relève de la caisse communale dans le territoire de laquelle il a son occupation ordinaire.

Pour les journaliers, journalières et autres personnes changeant fréquemment d'employeurs ou ne travaillant que par intermittences au compte d'autrui (article 6, a), cette caisse est celle du lieu de leur résidence.

Toute contestation portant sur l'application de l'alinéa précédent est tranchée par l'autorité d'arrondissement ou, s'il s'agit de caisses communales d'arrondissements différents, par l'office fédéral des assurances.

Art. 28. La qualité de membre obligé se perd :

- a. pour tout assuré, par le fait de perdre la qualité qui, d'une manière générale ou seulement dans le ressort de sa caisse communale, entraînait sa soumission obligatoire à l'assurance ;
- b. pour toute personne assurée en vertu des articles 6 ou 7, par le fait que la décision intéressant cet assuré cesse d'être en vigueur (article 6, alinéa 4, et article 7, alinéa 1) ;
- c. par le fait d'entrer dans une caisse d'entreprise ou dans une caisse inscrite.

Art. 29. La maladie, l'accouchement ou le décès d'un ancien assuré obligé, s'ils surviennent en Suisse durant les quatre semaines qui suivent le jour où cet assuré est sorti de la caisse, fondent contre cette dernière les mêmes droits que s'ils s'étaient produits antérieurement au jour de sortie ; toutefois, au cas où l'ancien assuré obligé est rentré dans une caisse publique ou dans une caisse libre de secours, les prestations qui incombent à ces caisses en vertu de leurs statuts ou de la loi sont déduites des prestations à fournir par la caisse communale.

#### 2° Membres volontaires.

Art. 30. On distingue les membres volontaires à assurance entière, et les membres volontaires à assurance restreinte.



Tout membre volontaire à assurance entière a droit aux mêmes indemnités que les membres obligés (article 49 et suivants); par contre, les membres volontaires à assurance restreinte ne peuvent prétendre à l'indemnité de chômage.

En ce qui concerne les assurées en couche, il y a lieu d'observer la distinction établie à l'article 63.

Les membres à assurance restreinte bénéficient des dispositions de l'article 64 dans la même mesure que les membres à assurance entière.

Art. 31. Toute personne qui n'est pas tenue à l'assurance a le droit de se faire inscrire comme membre volontaire de la caisse communale dans le territoire de laquelle cette personne réside. Elle doit toutefois fournir la preuve:

- 1° qu'au moment où elle s'annonce elle est en bon état de santé;
- 2° qu'elle est âgée de moins de quarante-cinq ans révolus

Les membres volontaires à assurance entière doivent en outre avoir atteint l'âge de quatorze ans révolus.

Art. 32. Il appartient aux statuts de prévoir le paiement, par l'assuré volontaire, d'une finance d'entrée. Celle-ci peut être graduée d'après l'âge du candidat et en outre, pour le membre volontaire à assurance entière, d'après le montant de son salaire; mais elle ne saurait excéder vingt-cinq francs pour le membre à assurance restreinte et cinquante francs pour le membre à assurance entière. En outre, la finance d'entrée du membre à assurance restreinte ne peut excéder la plus basse finance d'un membre à assurance entière du même âge. Dans les caisses qui prévoient une finance d'entrée, le jour du paiement de cette finance est réputé jour d'entrée.

Lorsqu'une personne a déjà payé une finance d'entrée à une caisse publique d'assurance contre les maladies, cette

finance est déduite de celle qu'exige la caisse publique dans laquelle la même personne entre plus tard.

Art. 33. Est dispensé de payer une finance d'entrée et de remplir les conditions de santé et d'âge établies à l'article 31, alinéa 1 :

- a. tout candidat à l'assurance volontaire restreinte qui, étant membre volontaire d'une autre caisse publique, en est sorti ensuite d'un changement de résidence, et qui, dans les quatre semaines dès cette sortie, s'annonce à la caisse de sa résidence nouvelle ;
- b. tout candidat à l'assurance volontaire restreinte dont l'affiliation antérieure, comme membre volontaire d'une caisse publique quelconque, n'a été interrompue que par son affiliation obligée à la même ou à une autre caisse publique, et qui s'annonce comme membre volontaire dans les quatre semaines dès la cessation de son obligation à l'assurance ;
- c. tout candidat à l'assurance volontaire restreinte qui a été affilié à une ou plusieurs caisses publiques d'assurance contre les maladies, au total au moins durant deux ans dans les cinq années précédant le jour où il s'annonce, et au total au moins durant six mois dans le cours de la dernière année.

Art. 34. Est dispensé de payer une finance d'entrée et de remplir les conditions de santé et d'âge établies à l'article 31, alinéa 1 :

- a. tout candidat à l'assurance volontaire entière qui, étant membre volontaire à assurance entière dans une autre caisse publique, en est sorti ensuite d'un changement de résidence, et qui, dans les quatre semaines dès cette sortie, s'annonce à la caisse de sa résidence nouvelle ;
- b. tout candidat à l'assurance volontaire entière dont l'affiliation antérieure, comme membre volontaire à

- assurance entière d'une caisse publique quelconque, n'a été interrompue que par son affiliation obligée à la même ou à une autre caisse publique, et qui s'annonce comme membre volontaire dans les quatre semaines dès la cessation de son obligation à l'assurance ;
- c. s'il a été affilié à une ou plusieurs caisses publiques d'assurance contre les maladies, au total au moins durant deux ans dans les cinq années précédant le jour où il s'annonce, et au total au moins durant six mois dans le cours de la dernière année.

Art. 35. Les statuts peuvent prolonger jusqu'au double les délais maxima prévus sous lettres *a* et *b* des articles 33 et 34, et réduire jusqu'à leur moitié les durées d'affiliation minima prévues sous lettre *c* des mêmes articles. Ces prolongations ou réductions doivent se faire dans une mesure égale pour l'un et l'autre article.

Art. 36. Pour les personnes qui ont été exclues d'une caisse publique d'assurance contre les maladies, les durées d'affiliation minima prévues sous lettre *c* des articles 33 et 34 ou fixées par les statuts conformément à l'article 35, sont interrompues par l'exclusion et recommencent à zéro, à l'expiration de la durée pour laquelle l'exclusion a été prononcée (article 39, alinéa 3).

Art. 37. Pour le commencement de chaque mois, les membres volontaires d'une caisse peuvent passer de la classe des membres à assurance entière dans celle des membres à assurance restreinte de la même caisse, ou inversement. Seul, le membre à assurance restreinte qui veut conclure une assurance entière doit fournir la preuve :

- 1° qu'il a atteint l'âge de quatorze ans révolus ;
- 2° qu'il est âgé de moins de quarante-cinq ans révolus ;
- 3° qu'il est en bon état de santé ;

4° qu'il a payé la différence en plus qui peut exister entre sa finance d'entrée comme membre à assurance restreinte, et celle que la caisse exigerait d'un membre volontaire du même âge, concluant directement une assurance entière.

Est dispensé de remplir les conditions établies sous chiffres 2, 3 et 4 ci-dessus, tout membre volontaire à assurance restreinte qui a été affilié à une ou plusieurs caisses publiques d'assurance contre les maladies, au total au moins durant deux ans dans les cinq années précédant le jour de son transfert, et au total au moins durant six mois dans le cours de la dernière année (article 34, c).

Art. 38. La qualité de membre volontaire se perd :

- a. par l'acquisition de la qualité entraînant obligation à l'assurance ;
- b. par le fait que l'assuré cesse de résider dans la commune d'assurance ;
- c. par la déclaration de l'assuré, notifiant sa sortie ;
- d. par l'exclusion.

La déclaration de sortie (lettre c) déploie ses effets dès la fin du mois durant lequel elle est intervenue.

Art. 39. L'exclusion d'un membre volontaire peut être prononcée :

- a. sans sommation préalable, en cas de violation grave et intentionnelle des devoirs de tout assuré ;
- b. après sommation écrite, en cas de persistance dans la violation ou dans la négligence des devoirs de tout assuré ;
- c. lorsque au moins deux contributions mensuelles sont totalement ou en partie impayées, et que quatorze jours se sont écoulés depuis que la contribution pour le second mois est échue et qu'il a été fait sommation écrite à l'assuré de payer son arriéré.

L'exclusion d'un membre ne l'affranchit pas de l'obligation de payer les contributions échues, les amendes prononcées et les dédommagements auxquels il est condamné.

La décision d'exclusion détermine le temps durant lequel le membre exclu restera incapable d'appartenir, comme assuré volontaire, à une caisse publique d'assurance contre les maladies. Cette durée doit être fixée de six mois à cinq ans.

L'exclusion, ses motifs et sa durée sont portés par écrit à la connaissance de l'intéressé, et à celle du public après que l'exclusion est devenue exécutoire.

Art. 40. Les dispositions de l'article 29, portant prolongation durant quatre semaines du bénéfice de l'assurance, profitent à tout assuré qui a cessé d'être membre volontaire de la caisse par le fait qu'il ne résidait plus dans la commune d'assurance.

### 3° *Représentants de membres volontaires.*

Art. 41. Pour toute personne qui s'annonce comme membre volontaire et qui ne jouit pas de la capacité civile, l'autorité tutélaire du lieu de résidence de l'assuré désigne une personne qui représentera ce dernier vis-à-vis de la caisse. Le représentant doit être domicilié dans la commune d'assurance et jouir de la capacité civile.

Les cantons édictent des dispositions de détail concernant le mode d'élection de ces représentants, et leurs droits et obligations à l'égard de l'assuré. Les dispositions édictées par les cantons sont soumises à l'approbation du conseil fédéral.

Art. 42. Les paiements sont faits par la caisse, pour l'assuré, en mains du représentant.

Vis-à-vis de la caisse, le représentant répond solidairement avec l'assuré des paiements qui incombent à ce dernier.

Suivant les circonstances, l'assuré, son représentant ou tous deux ensemble subiront les mesures de police et la

responsabilité civile résultant des articles 44, alinéa 6, 46, alinéas 1, 3 et 4, et 47, alinéas 2, 3 et 4 de la présente loi. L'exclusion ne peut frapper que l'assuré lui-même.

Tout représentant qui a connaissance d'une des circonstances prévues aux articles 60, 61 et 62 doit en donner immédiatement avis à la caisse. A ce défaut, il peut être l'objet de poursuites pénales ou de mesures de police; la caisse a en outre le droit de l'attaquer en dommages-intérêts et de lui faire payer l'amende établie à l'article 61.

Art. 43. Sous peine de nullité, l'assuré doit justifier du consentement de son représentant à sa déclaration d'entrée ou de sortie. La sommation (article 39, lettres *b* et *c*) et l'avis d'exclusion (article 39, dernier alinéa) doivent, sous peine de nullité, être adressés par écrit au représentant de l'assuré.

#### **c. Avis d'entrée et de sortie, bureaux d'avis.**

Art. 44. L'employeur est tenu d'annoncer à la caisse, dans les deux jours, l'entrée à son service ou la sortie de tout ouvrier ou domestique obligatoirement soumis à l'assurance et ne faisant pas partie d'une caisse d'entreprise.

Les personnes assurées en vertu des articles 6 ou 7 sont tenues d'annoncer elles-mêmes leur sortie, aussitôt que l'obligation à l'assurance s'éteint pour elles. Cette disposition n'est toutefois pas applicable aux assurés dont l'affiliation s'éteint par le fait que la décision communale ou cantonale qui les intéressait cesse d'être en vigueur (article 28, *a*).

Les autorités de police cantonales et locales prêteront gratuitement leur concours à la caisse, pour le contrôle des entrées et des sorties d'assurés.

Le défaut d'un avis donné en temps voulu ne dispense pas de payer les contributions dès le jour d'entrée effective chez l'employeur; il a pour conséquence de mettre à la charge du dit employeur, pour les jours de maladie anté-

rieurs à l'avis d'entrée ou de sortie, le paiement des indemnités garanties par la caisse ou leur remboursement à cette dernière, si elle en a fait l'avance.

Tout assuré volontaire qui transporte sa résidence hors de la commune est tenu d'en avertir la caisse à laquelle il appartient. Cette obligation incombe au représentant de l'assuré, s'il s'agit d'une des personnes visées à l'article 41.

Art. 45. Chaque caisse doit faire connaître au public l'emplacement d'un local approprié (bureau d'avis), où puissent être déposés les avis et les réclamations.

Les statuts et l'autorité d'arrondissement peuvent décider qu'en outre du local principal il sera établi un ou plusieurs bureaux d'avis secondaires. L'emplacement de ces derniers doit également être porté à la connaissance du public.

#### **d. Procédure à suivre en cas de maladie, prestations des caisses.**

Art. 46. Tout assuré obligé qui tombe malade est tenu de le faire savoir dans les deux jours à son employeur, au représentant de celui-ci ou à un bureau d'avis. Tout assuré volontaire ou son représentant (article 41) est tenu d'informer dans le même délai un bureau d'avis.

De même, tout employeur ou tout représentant de ce dernier, apprenant la maladie survenue chez un assuré obligé qu'il occupe, doit, dans les deux jours, en faire parvenir la nouvelle à un bureau d'avis.

Sans préjudice à des poursuites de police, toute omission inexcusable de l'assuré ou de son représentant (article 41) de saisir l'employeur ou le bureau d'avis entraîne la privation partielle ou totale de l'indemnité de chômage afférente aux jours antérieurs à l'avis.

En outre, l'employeur et l'assuré fautifs, soit le représentant (article 41) de ce dernier, répondent solidairement

du dommage qu'entraîne pour la caisse le défaut d'un avis donné en temps voulu. Toutefois, l'on ne peut imputer le montant de ce dommage sur celui des prestations ultérieures de la caisse.

Art. 47. La direction de la caisse, avisée de la maladie d'un de ses membres, fait constater le cas; elle prend aussitôt et continuellement les mesures nécessaires au traitement de l'assuré, ainsi qu'à la détermination du cours et de la durée de la maladie.

Chaque fois que la direction le juge opportun, le malade ou le convalescent peut être tenu de produire, aux frais de la caisse, un certificat médical constatant son état, ou de se faire examiner par telle personne ou dans tel établissement déterminés. Dans le cas prévu à l'article 41, la réquisition de certificat ou d'examen, remise à l'assuré, est adressée au représentant.

L'assuré doit accorder libre accès auprès de lui et fournir des renseignements exacts au médecin ou à toute autre personne qui se présente pour le contrôle et justifie qu'elle a reçu mission de la caisse. Dans le cas prévu à l'article 41, le représentant est tenu d'autoriser la visite et de fournir les renseignements demandés.

L'assuré, soit son représentant, qui par une faute inexcusable viole les prescriptions du présent article, peut être, sans préjudice à des poursuites de police, privé du tout ou de partie des prestations ultérieures de la caisse.

Art. 48. Si le malade séjourne en dehors de la commune à la caisse de laquelle il appartient, cette caisse peut remettre à celle du lieu de séjour de l'assuré le soin de traiter et de surveiller le cas. La caisse à laquelle appartient le malade rembourse à celle du lieu de séjour le montant de ses frais; elle lui paie en outre une indemnité équitable pour la peine causée.



Art. 49. Tout malade qui était membre de la caisse au moment du début de sa maladie, a droit, dès ce début, aux soins médicaux, médicaments, appareils et autres moyens de traitement, tels que lunettes et bandages à hernies ; il a droit en outre au remboursement des frais nécessités par son transport.

Art. 50. Tout malade qui était membre obligé de la caisse ou membre volontaire à assurance entière au moment du début de sa maladie a droit, en cas d'incapacité totale de travail et outre les prestations prévues à l'article 49, à une indemnité journalière de chômage égale aux deux tiers de son gain journalier, déterminé conformément à l'article 79. Cette indemnité court dès et y compris le troisième jour qui suit celui où a débuté la maladie. La part du gain journalier qui dépasse sept francs cinquante centimes n'est pas prise en considération. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité de chômage subit une réduction proportionnée.

Art. 51. Sauf l'indemnité d'accouchement (article 63, alinéa 1) et l'indemnité funéraire (article 64), toute prestation faite aux frais de la caisse cesse pour l'avenir :

- a. une année après le début de la maladie ;
- b. le jour où l'établissement d'assurance contre les accidents commence à devoir fournir des prestations pour le même sinistre, en application de l'article 28 de la loi fédérale sur l'assurance contre les accidents.

Les dispositions des articles 29, 31 et 32 de la loi fédérale sur l'assurance contre les accidents demeurent réservées.

Art. 52. Tout malade qui, rendu attentif aux conséquences de ses actes, repousse les soins du médecin ou ne suit point ses prescriptions peut être privé du tout ou de partie des prestations ultérieures de l'assurance.

Les mêmes conséquences résultent d'un refus opposé par le représentant de l'assuré (article 41).

Art. 52 *bis*. Tout membre d'une caisse communale, soit son représentant (article 41), a, en cas de maladie, le droit de consulter à son choix un médecin pratiquant au lieu de séjour du malade. D'office ou à la demande du médecin traitant, du malade, de son représentant (article 41) ou de sa famille, la direction de la caisse peut, aux frais de cette dernière, faire appeler un second médecin. La caisse n'est toutefois pas tenue de payer des notes excédant le tarif, ni de supporter des frais superflus ou inutiles. Les dépenses qui excèdent le tarif sont à la charge de l'assuré.

L'autorité d'arrondissement établit, pour les caisses publiques de l'arrondissement, un ou plusieurs tarifs réglant la rémunération des soins médicaux. Ces tarifs sont soumis à l'approbation de l'office fédéral des assurances. Les noms des médecins pratiquant dans chaque commune d'assurance et qui adoptent le tarif (médecins inscrits) doivent être portés à la connaissance des membres de la caisse.

L'office fédéral des assurances, après enquête et audition d'experts, peut retirer pour un temps déterminé, à tel médecin qui aurait commis des abus à l'égard d'une caisse, le droit de traiter des assurés pour le compte de caisses publiques.

Il peut y avoir recours au conseil fédéral contre toute décision de l'office, prise en vertu de l'alinéa précédent.

La décision de l'office est publiée après qu'elle est devenue exécutoire.

Seuls, les médecins qui possèdent le diplôme fédéral sont réputés médecins au sens du présent article.

Art. 52 *ter*. Tout membre d'une caisse communale, soit son représentant (article 41), a le droit de faire exécuter par la pharmacie de son choix les ordonnances du médecin.

Sont réservées, les dispositions de l'article 104 de la présente loi et de l'article 11 de la loi sur l'assurance contre les accidents.

L'office fédéral des assurances établit, pour toutes les caisses publiques, un tarif réglant le prix des médicaments fournis par les pharmacies publiques. En principe, ce tarif doit être semblable à celui qui régit les fournitures faites à l'administration militaire fédérale.

Seules, les pharmacies tenues par une personne qui possède le diplôme fédéral sont réputées pharmacies publiques au sens du présent article.

Art. 53. Au cas où le malade manque des soins de garde indispensables, la caisse peut les lui fournir gratuitement à domicile.

Au lieu du traitement médical et des soins de garde fournis à domicile, la caisse peut à ses frais ordonner le transport, le traitement et l'entretien du malade dans un établissement de santé.

Au cas où l'état sanitaire du malade ou du convalescent l'exige, la caisse peut se charger de tout ou de partie des frais d'une cure de l'assuré.

Le malade qui, nonobstant sommation, ne se soumet point aux décisions prises en vertu des alinéas 1, 2 ou 3 ci-dessus, peut être en tout ou en partie privé des prestations ultérieures de la caisse.

L'article 51 est applicable aux prestations prévues par le présent article.

Art. 54. L'indemnité de chômage est payable en espèces à la fin de chaque semaine de maladie. En cas de besoins pressants, des acomptes sont payés au cours de la semaine.

Les caisses communales ont le droit d'utiliser gratuitement l'intermédiaire de l'administration fédérale des postes pour les paiements à faire, en Suisse, en dehors de leur

siège. Une ordonnance du conseil fédéral édictera sur ce service des dispositions de détail.

Les envois d'argent à l'étranger se font aux frais du destinataire.

Art. 55. L'indemnité de chômage est insaisissable ; elle ne peut être séquestrée et ne rentre pas dans la masse en faillite de l'assuré. Le droit à l'indemnité demeure incessible.

La caisse communale peut prendre des mesures pour que tout ou partie de l'indemnité de chômage soit employé à l'entretien du malade ou des personnes dont le malade est chargé.

Les autorités d'assistance qui établissent en temps opportun avoir fourni, durant la maladie, des secours en espèces pour l'entretien du malade ou des personnes dont il était légalement chargé, ont le droit de se faire désintéresser par la caisse sur le montant de l'indemnité de chômage afférente au temps de cette assistance.

Sauf les cas prévus par l'alinéa précédent, par les articles 52<sup>ter</sup> et 205, chiffre 2, et en l'absence de contrats spéciaux conclus par la caisse, celle-ci n'a aucune obligation directe vis-à-vis de tiers, à raison de leurs prestations en faveur de ses membres.

Art. 56. La caisse peut retenir tout ou partie de l'indemnité de chômage, pour faire face aux frais que lui causent la garde du malade à domicile ou le transport et l'entretien du malade dans un établissement de santé ou dans un lieu de cure (article 53, alinéas 1, 2 ou 3). Toutefois, lorsque l'assuré est chargé d'un ou de plusieurs membres de sa famille et que leur entretien l'exige, l'indemnité de chômage ne peut être réduite à moins de la moitié de son montant normal.

Lorsque l'indemnité de chômage est réduite à titre de peine, la moitié réservée aux parents de l'assuré se calcule sur l'indemnité réduite.

Art. 57. Toute personne malade au moment de son entrée dans la caisse ne possède contre elle, pour cette maladie, aucun droit à des prestations.

Art. 58. La caisse n'est tenue à aucune prestation pour une maladie survenue chez l'assuré pendant qu'il était au service militaire.

Art. 59. Les prestations de la caisse sont suspendues durant le temps où l'assuré malade est incarcéré, ou interné dans un établissement de travail forcé.

La caisse n'est tenue à aucune prestation pour une maladie survenue chez l'assuré pendant qu'il était incarcéré ensuite de condamnation ou interné dans un établissement de travail forcé.

Art. 60. Tout assuré qui s'est attiré une maladie par des actes délictueux ou dolosifs peut être déclaré, pour cette maladie, déchu en tout ou en partie de ses droits aux prestations de la caisse.

La caisse peut réduire de moitié l'indemnité de chômage de celui qui s'est attiré sa maladie par une faute grave quoique pénalement non punissable.

Art. 61. Tout assuré qui simule une maladie dont il n'a pas été ou n'est plus atteint, et qui obtient par ce moyen des prestations de la caisse, peut être tenu de rembourser ce qu'il a reçu, et condamné à une amende atteignant au maximum la valeur des prestations abusivement obtenues; ce membre perd en outre tout droit à des prestations ultérieures de la caisse, pour le temps qui s'écoule jusqu'à ce que le remboursement et le paiement de l'amende soient intégralement opérés; les contributions n'en courent pas moins durant cette période de suspension. Le droit d'intenter contre l'assuré des poursuites pénales ou de police, de même que les dispositions touchant l'exclusion (article 39), demeurent réservés.

Art. 62. S'il est établi qu'un assuré était déjà malade lors de son entrée dans la caisse, cette dernière peut interrompre la fourniture de toutes prestations pour cette maladie. Au cas où l'assuré a été de mauvaise foi, la caisse peut en outre ordonner la restitution des indemnités déjà payées par elle et refuser, jusqu'au moment où cette restitution sera accomplie, toutes prestations ultérieures, même motivées par une maladie nouvelle.

Le droit d'intenter contre l'assuré des poursuites pénales ou de police, de même que les dispositions touchant l'exclusion (article 39), demeurent réservés.

Art. 63. Toute assurée en couches, membre obligé ou volontaire à assurance entière ou restreinte, qui, antérieurement et y compris le jour de sa délivrance, a fait partie de la caisse durant six mois au moins d'une manière ininterrompue, a droit à une indemnité équitable pour soins obstétricaux; si elle est assurée obligée ou membre volontaire à assurance entière, elle a droit en outre à l'indemnité de chômage dès sa délivrance au jour où elle redevient capable de travail. La période de secours ne peut toutefois excéder six semaines.

Si l'assurée tombe malade avant ou après l'accouchement, elle a pour cette maladie les mêmes droits que pour tout autre cas. Les prestations prévues à l'alinéa précédent en faveur de l'assurée, membre obligé ou volontaire à assurance entière, sont alors supprimées ou réduites dans une juste mesure.

Tout prononcé portant déchéance de toutes les prestations de la caisse s'applique également à celles prévues au présent article.

Art. 64. En cas de décès d'un assuré, membre obligé ou volontaire à assurance entière ou restreinte, et pour autant que les frais funéraires usuels ne sont pas supportés

par les deniers publics, la caisse d'assurance paye ces frais jusqu'à concurrence d'une somme de soixante francs.

La même indemnité funéraire est payable à la mort d'une personne qui n'était plus, au moment de son décès, membre de la caisse; il suffit qu'elle ait eu, pour la maladie dont elle est décédée et jusqu'au jour de son décès, droit aux prestations de l'assurance.

Le droit à l'indemnité funéraire ne souffre aucune cause de déchéance, et le montant de cette indemnité ne peut être compensé avec celui des prétentions de la caisse.

Art. 65. La caisse a le droit de repousser toute demande d'indemnité présentée pour la première fois, verbalement ou par écrit, plus d'une année après la date du fait sur lequel cette prétention se fonde.

Art. 66. La caisse est subrogée, pour le montant de ses prestations, aux droits de l'assuré contre les tiers civilement responsables de la maladie.

#### **e. Recettes des caisses; fonds de réserve.**

Art. 67. Les recettes de chaque caisse consistent en:

- a. subsides de la Confédération aux contributions (article 68);
- b. primes d'assurance ou contributions des assurés et des employeurs, ainsi que des communes (article 75);
- c. finances d'entrée (article 32);
- d. bonifications payées par l'établissement d'assurance contre les accidents (article 32 de la loi fédérale sur l'assurance contre les accidents) et, pour frais d'administration, par la Confédération (article 9 de la même loi);
- e. prélèvements opérés sur le fonds de réserve de la caisse ou prestations d'une association de fonds de réserve;
- f. parts de la commune d'assurance aux déficits (article 87);
- g. autres recettes courantes.

Le produit des condamnations et le montant des amendes prononcées en application des articles 35, alinéa 3, 99, 103, lettre *d*, 110, lettre *b*, 185 ou 185 à 188, ainsi que le montant des dons qui n'ont pas été expressément affectés à l'exercice courant, sont versés au fonds de réserve de la caisse.

Art. 68. La Confédération paie à la caisse, pour chacun de ses assurés obligés et pour chacun de ses assurés volontaires de nationalité suisse, comme subside aux contributions de ces membres, la somme de un centime par jour d'assurance.

La caisse est tenue de rembourser ce qu'elle a reçu de trop.

Le conseil fédéral édictera, par voie d'ordonnance, des dispositions concernant le mode de paiement des subsides de la Confédération.

Toute contestation relative à ces subsides est jugée par l'office fédéral des assurances. Il peut y avoir recours au conseil fédéral.

Art. 69. La caisse perçoit une prime dite « contribution entière » pour chaque jour ouvrable et pour tout membre obligé ou volontaire à assurance entière. Le montant de cette prime est fixé d'après un taux uniforme pour tous les membres obligés ou volontaires à assurance entière appartenant à la même caisse communale. Il comporte un tant pour cent du gain journalier déterminé par la répartition en classes de salaires.

Dès et y compris le jour d'entrée dans la caisse jusque et y compris le jour de sortie, tous les jours, à l'exception des dimanches, sont réputés jours ouvrables. Les dispositions de l'article 84, alinéas 1 et 2, demeurent réservées.

Art. 70. La caisse perçoit une prime uniforme dite « contribution restreinte » pour chaque mois et pour tout



membre volontaire à assurance restreinte. Exceptionnellement et avec l'autorisation de l'office fédéral des assurances, cette prime peut être graduée d'après le sexe de l'assuré, son âge et d'autres considérations de fait.

Art. 71. Le taux de la contribution entière, de même que le montant uniforme ou gradué de la contribution restreinte sont déterminés par chaque caisse; toutefois, le taux de la contribution entière ne peut excéder le quatre pour cent du salaire journalier (article 69), et la plus haute contribution restreinte ne peut excéder le montant par mois de la contribution afférente aux membres à assurance entière de la plus basse classe de salaires.

Art. 72. La contribution est payable au lieu désigné par la caisse, tous les mois et d'avance. A l'encaissement de la contribution mensuelle de chaque assuré, toute fraction de centime est arrondie au centime entier.

Quand l'obligation de payer la contribution naît au cours d'un mois, la caisse peut remettre à la fin du mois la perception de la part de contribution échue.

Quand l'obligation de payer la contribution s'éteint au cours d'un mois, la caisse rembourse la part de contribution afférente aux jours du mois qui restent à courir, ou bien tient compte de cette part.

Art. 73. Doivent payer à la caisse la part de contribution non fournie par la Confédération (article 68):

- a. pour toute personne tenue à l'assurance en vertu de l'article 1, l'employeur de l'assuré;
- b. pour toute personne tenue à l'assurance en vertu des articles 6 ou 7, l'assuré lui-même;
- c. pour tout assuré volontaire possédant la capacité civile, l'assuré lui-même;
- d. pour tout assuré volontaire qui ne possède pas la capacité civile, l'assuré lui-même et son représentant (article 42, alinéa 2), solidairement.

La direction de la caisse peut dispenser de tout ou de partie du paiement de la contribution, pour quatre semaines au plus, un membre volontaire dénué de tout gain.

La caisse n'est point obligée de rembourser une contribution payée par erreur ou de tenir compte de cette contribution, lorsqu'aucune réclamation ne lui a été adressée dans les deux mois dès la date du paiement.

Art. 74. L'employeur obligé de payer la contribution est autorisé à retenir, sur le salaire de l'assuré, la moitié de la contribution échue. Dans le cas prévu à l'article 72, alinéa 3, l'employeur doit rembourser en espèces ce qu'il a retenu de trop ; à ce défaut et après sommation à lui adressée par la direction de la caisse, l'employeur est passible de mesures de police.

Est abrogé, en tant qu'il serait contraire au présent article, l'article 10, alinéa 4, de la loi fédérale sur le travail dans les fabriques, du 23 mars 1877, portant :

« Il est interdit de faire, sur le salaire des ouvriers, une retenue pour un but spécial, si cette retenue ne résulte pas d'une convention entre l'ouvrier et le patron. »

Art. 75. La commune d'assurance est tenue, sous réserve de recours contre le débiteur, de payer les contributions en retard de toute personne assurée en vertu des articles 6 ou 7.

Art. 76. La contribution des membres de la caisse travaillant dans une exploitation ou branche d'exploitation qui présente des risques particulièrement grands de maladies ou d'accidents peut être portée jusqu'au triple de son montant normal. L'employeur n'est toutefois pas autorisé à retenir, sur le salaire des membres auxquels cette contribution surélevée est applicable, plus de la moitié de la contribution normale.

L'office fédéral des assurances désigne les exploitations qui présentent des risques particulièrement grands de ma-

ladies ou d'accidents, et détermine la mesure dans laquelle sera surélevée la contribution des assurés appartenant à ces exploitations.

L'office des assurances peut rapporter ou réformer en tout temps une décision prise en vertu du présent article.

Il peut y avoir recours au conseil fédéral contre toute décision prise en vertu des alinéas 2 ou 3 ci-dessus.

Art. 77. Tout employeur est tenu d'indiquer à la caisse le montant du salaire payé par lui à chacun des assurés obligés qu'il occupe. Il doit en outre faire connaître toute modification importante que subissent le montant ou la nature du salaire.

Les obligations prévues au précédent alinéa incombent à l'assuré lui-même s'il est membre volontaire à assurance entière, ou s'il est tenu à l'assurance en vertu des articles 6 ou 7.

L'office des assurances établira les formulaires à employer pour la transmission des renseignements ayant trait aux salaires.

Les alinéas 3, 4 et 5 de l'article 21, réglant ce qui concerne le droit de prendre connaissance des contrôles et réprimant les abus faits de ce droit, sont applicables aux renseignements prévus par les alinéas 1 et 2 ci-dessus.

Art. 78. Est réputée salaire journalier la trois-centième partie du salaire à l'année ou la vingt-cinquième partie du salaire au mois.

Lorsque le gain journalier est variable, spécialement en cas de travail à la tâche ou de travail à l'heure, le montant en est déterminé d'après une moyenne.

Tout supplément ordinaire de salaire et toute prestation en nature sont compris dans le calcul du salaire.

Si le salaire consiste uniquement ou principalement en fournitures autres que des prestations en espèces, de même que si l'assuré n'est pas rémunéré ou ne reçoit qu'une rémunération hors de proportion avec son travail, la contribution est déterminée d'après le salaire généralement payé,

dans la contrée, pour le même travail ou pour un travail analogue.

Le gain des apprentis, volontaires et jeunes ouvriers ne recevant aucune rémunération est réputé égal au salaire le plus bas des ouvriers adultes employés dans la même exploitation ou branche d'exploitation, ou dans les exploitations les plus voisines de même espèce ou d'espèce analogue. Cette disposition s'applique aux ouvriers qui reçoivent un salaire de commençant inférieur au salaire de comparaison. Dans des cas spéciaux, le salaire des assurés mentionnés au présent alinéa peut être réputé supérieur au salaire de comparaison.

Les dispositions du présent article s'appliquent par analogie à la détermination du gain journalier des personnes travaillant à leur propre compte.

Le gain journalier des assurés volontaires qui ne se livrent à aucun travail salarié est réputé égal à celui des personnes vivant sur le même pied et dont le travail est rémunéré.

Le salaire ou gain journalier, établi conformément au présent article, n'est pris en considération par la caisse que jusqu'à concurrence de la somme de sept francs cinquante centimes.

Art. 79. Les assurés obligés et les membres volontaires à assurance entière se répartissent comme suit en classes de salaires, d'après le montant de leur gain journalier (article 78):

1 <sup>re</sup> classe, gains journaliers de	. .	Fr. 0. —	à	1. 20
2 <sup>me</sup>	»	»	»	1. 21 » 1. 50
3 <sup>me</sup>	»	»	»	1. 51 » 1. 80
4 <sup>me</sup>	»	»	»	1. 81 » 2. 40
5 <sup>me</sup>	»	»	»	2. 41 » 3. —
6 <sup>me</sup>	»	»	»	3. 01 » 3. 60
7 <sup>me</sup>	»	»	»	3. 61 » 4. 50
8 <sup>me</sup>	»	»	»	4. 51 » 6. —
9 <sup>me</sup>	»	»	»	6. 01 » 7. 50

Le salaire maximum indiqué ci-dessus pour chaque classe est réputé gain journalier de tout assuré faisant partie de cette classe, et sert de base au calcul des contributions et des indemnités.

Art. 80. La direction de la caisse détermine, d'après les déclarations des intéressés et les renseignements recueillis par elle, la somme qu'elle considère comme montant du gain journalier de l'assuré; elle range ensuite ce dernier dans une des classes de salaires et porte par écrit sa décision à la connaissance des intéressés.

En cas de recours, la décision de la direction sert provisoirement de base au calcul des contributions; ensuite d'un prononcé réformant cette décision, la caisse restitue l'excès de contributions perçu ou perçoit la part de contributions qui reste due.

Art. 81. L'employeur n'est autorisé à percevoir la part contributive de l'assuré qu'en exerçant une retenue sur son salaire. Cette retenue doit porter sur l'un des deux ou sur les deux paiements de salaire qui suivent immédiatement l'échéance de la contribution. Toute somme retenue lors d'un paiement ultérieur de salaire doit être, sans délai, restituée en espèces.

Toute convention passée entre employeur et assuré, chargeant ce dernier d'une part de contribution supérieure à celle que détermine la présente loi, est nulle de plein droit; le montant indument retenu doit être immédiatement restitué en espèces.

L'employeur qui viole les dispositions du présent article encourt des mesures de police.

Art. 82. L'employeur qui, malgré sommation, ne verse pas la contribution échue peut être condamné au profit de la caisse à payer, en plus de cette contribution, une amende s'élevant jusqu'au décuple de la somme en souffrance.

Au cas où le retard est l'effet d'une mauvaise volonté manifeste, des mesures de police peuvent en outre être prises contre l'employeur pour chacune des contributions arriérées.

Art. 83. La caisse a, durant quarante jours, contre le débiteur et pour les contributions, les amendes et les dommages-intérêts qu'elle réclame, le droit de participation à la saisie sans poursuite préalable, prévu par l'article 111 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889; en cas de faillite ou de saisie du débiteur, les créances de la caisse sont colloquées dans la première des classes établies à l'article 219 de la loi précitée. La commune d'assurance est au bénéfice des dispositions du présent article, pour le recouvrement des contributions qu'elle a dû payer en vertu de l'article 75.

Art. 84. La contribution est remise pour le temps où l'assuré est malade.

La remise de contribution est proportionnée à l'incapacité de travail causée par la maladie; l'employeur exerce sur la contribution réduite le droit établi à l'article 74.

La caisse perçoit la contribution qui avait été indûment remise ensuite de simulation (article 61), par application des deux alinéas qui précèdent.

Art. 85. Les excédents de recettes des comptes annuels servent à constituer et à accroître un fonds de réserve. Les versements ont lieu jusqu'au moment où le fonds de réserve égale le double du montant annuel des dépenses, tel que ce montant résulte de la moyenne des deux derniers exercices; les versements eux-mêmes ne sont pas compris dans les dépenses, pour le calcul de cette moyenne.

En dérogation à l'alinéa précédent, l'excédent disponible est porté à compte nouveau lorsque le fonds de réserve dépasse le maximum antérieurement atteint, d'une valeur égale au cinquième de la totalité des contributions de l'exer-

cice ; les subsides de la Confédération aux contributions sont compris dans ce total. Les versements d'excédents au fonds de réserve cessent aussitôt et pour aussi longtemps que le montant de ce fonds atteint le double des dépenses annuelles, déterminées comme il est dit à l'alinéa précédent.

Les sommes constituant le fonds de réserve sont placées à intérêts, par les soins de la banque fédérale, et gratuitement gérées par cette banque.

Les intérêts sont capitalisés.

Art. 86. Lorsqu'après les versements au fonds de réserve de la caisse ou de l'association (article 150 et suivants), les deux derniers exercices ont laissé des excédents de recettes disponibles, et que l'exercice courant fait également prévoir un résultat favorable, le taux de contributions est réduit dans une juste mesure par voie de revision des statuts. La réduction n'a lieu que lorsque les excédents de recettes ont atteint, pour chacun des deux derniers exercices, au moins le cinquième de la totalité des contributions de l'exercice ; les subsides de la Confédération aux contributions sont compris dans ce total. Le taux réduit de contributions fait règle dès le début de l'exercice suivant.

Par contre, le taux de contributions peut être élevé ou relevé, jusqu'à concurrence du quatre pour cent du salaire journalier (article 69), lorsqu'il résulte de l'exercice précédent que ce taux est trop bas et lorsque l'exercice courant fait également prévoir un résultat défavorable.

Art. 87. En cas de déficit constaté à la clôture d'un exercice, l'autorité d'arrondissement, sur le préavis de l'assemblée générale des assurés ou des délégués, de l'assemblée générale des employeurs et de l'autorité compétente de la commune d'assurance, détermine quel sera la part du déficit :

- a. à porter à compte nouveau ;
- b. à faire supporter au fonds de réserve de la caisse ;

- c. à faire supporter au fonds de réserve d'une association de fonds, conformément à l'acte d'association ;
- d. à imposer à la commune d'assurance.

La commune d'assurance n'a, pour la part qui lui est imposée, aucun droit de recours contre la caisse.

Art. 88. Au cas où les valeurs en caisse ne suffisent pas à faire face aux obligations échues, la direction doit en aviser immédiatement l'autorité administrative de l'arrondissement. Celle-ci ordonne d'opérer, auprès de la caisse fédérale, un emprunt à intérêts dont elle détermine le montant. Tout emprunt portant sur une valeur supérieure à deux mille francs est soumis à l'approbation de l'office des assurances.

La caisse fédérale est tenue de satisfaire à toute demande d'emprunt visée par l'autorité administrative d'arrondissement ou, si l'emprunt excède deux mille francs, par l'office des assurances.

L'emprunt doit être remboursé dès que la situation de la caisse le permet, et en tous cas assez tôt pour n'être pas porté à compte nouveau.

#### **f. Organes des caisses, statuts et règlements, organisation du service.**

Art. 89. Dans chaque caisse communale fonctionnent les organes suivants :

- 1° L'assemblée générale des assurés ou des délégués, et le bureau de cette assemblée.
- 2° L'assemblée générale et le comité des employeurs.
- 3° La direction et le caissier.
- 4° Les vérificateurs des comptes.

Art. 90. Des assemblées générales de délégués peuvent tenir lieu d'assemblées générales des assurés.

Pour l'assemblée générale constituante de chaque caisse, l'autorité compétente de la commune d'assurance décide si



cette assemblée sera composée de tous les assurés ou seulement de délégués. Pour les assemblées générales subséquentes, cette décision appartient aux statuts.

Toute modification aux statuts, portant sur la composition des assemblées générales, entre en vigueur au commencement d'une année.

Art. 91. L'assemblée générale des assurés comprend tous les membres obligés ou volontaires de la caisse, ayant atteint vingt ans révolus et dont la capacité civile n'est pas suspendue ou restreinte par application des articles 4 ou 5 de la loi fédérale sur la capacité civile, du 22 juin 1881.

Art. 92. L'assemblée générale des délégués est composée de membres de la caisse satisfaisant aux conditions établies à l'article 91.

Le nombre des délégués est déterminé :

- a. pour le premier exercice de la caisse, d'après le nombre de membres obligés qu'elle comptait au moment de sa fondation;
- b. pour chacun des exercices subséquents, d'après le nombre total des membres de la caisse au premier janvier de cet exercice.

Les délégués sont nommés à raison d'un délégué par cinq membres pour les mille premiers membres, un délégué par dix membres pour les mille membres suivants, et un délégué par vingt membres pour ce qui dépasse deux mille membres. Suivant les classes ci-dessus, les fractions de trois à cinq, six à dix ou onze à vingt membres donnent droit à un délégué.

Pour l'assemblée générale constituante, les délégués sont désignés, s'il y a lieu, par l'autorité compétente de la commune d'assurance. Pour les assemblées générales subséquentes, il appartient aux statuts de déterminer le mode d'élection des délégués.

Art. 93. Les statuts peuvent réserver, pour certaines décisions de l'assemblée générale des délégués, la ratification, au scrutin secret, des assurés ayant droit de vote (article 91). Ils fixent dans ce cas la procédure à suivre.

Art. 94. L'assemblée générale ordinaire des assurés ou des délégués se réunit un dimanche du premier semestre de chaque année.

La direction peut d'office convoquer une assemblée générale extraordinaire. Elle est tenue de procéder à cette convocation si la dernière assemblée générale l'a décidé, ou si la demande écrite en est faite par l'autorité d'arrondissement, par l'autorité compétente de la commune d'assurance, par l'assemblée générale des employeurs ou par le dixième au moins des assurés ou des délégués.

Art. 95. L'autorité compétente de la commune d'assurance convoque, au moins dix jours à l'avance et par avis public, l'assemblée générale constituante des assurés ou des délégués ; elle nomme le président et le secrétaire de cette assemblée.

Délibérant et votant en public, l'assemblée générale constituante arrête les statuts en une ou plusieurs séances.

La participation à l'assemblée générale constituante est obligatoire pour ses membres. L'autorité compétente de la commune d'assurance, jugeant sans appel, condamne tout absent sans excuse valable à une amende de cinquante centimes au profit de la caisse.

Après que les statuts sont entrés en vigueur, une première assemblée générale annuelle est convoquée conformément à leur teneur.

Art. 96. L'assemblée générale des assurés ou des délégués a les compétences suivantes :

a. Constitution de son bureau.

- b. Election des membres effectifs et suppléants de la direction, des vérificateurs des comptes et d'une partie des arbitres (article 167).
- c. Revision des statuts ensuite de proposition de la direction ou d'un membre ayant droit de vote (article 106), ou en application de l'article 108.
- d. Fixation du taux des contributions entières, ainsi que du montant uniforme ou gradué des contributions restreintes (article 71).
- e. Approbation des comptes annuels et autres, présentés par la direction.
- f. Ratification des conventions d'une portée générale, en particulier de celles passées avec des communes (article 116), ainsi que des actes d'association (article 150 et suivants; renouvellement, dénonciation, revision et suspension de ces actes et conventions.
- g. Ratification de ventes ou d'achats d'immeubles.
- h. Etablissement, abrogation et revision du règlement de la direction (article 113), et des instructions concernant le caissier et les autres employés (article 115).
- i. Expédition d'autres affaires, placées dans la compétence de l'assemblée par une loi fédérale ou par les statuts.

Art. 97. Toute personne ayant droit de vote et présente à l'assemblée générale des assurés ou des délégués dispose d'une voix.

Les décisions doivent être prises en présence d'un tiers au moins des membres qui font légalement partie de l'assemblée.

Au cas où l'assemblée n'est pas en nombre ou cesse de l'être, le bureau lève la séance et convoque, conformément aux statuts, une assemblée nouvelle. Si cette dernière n'est pas non plus en nombre, le bureau lève la séance et avise immédiatement l'autorité administrative d'arrondissement; l'article 127 est alors applicable.

Art. 98. L'assemblée générale des employeurs comprend toutes les personnes tenues vis-à-vis de la caisse, au moment de la convocation de cette assemblée, à des contributions en faveur de tiers, en vertu de l'article 73, lettre *a*.

L'employeur constitué par une pluralité de personnes ou par une personne civile délègue un représentant muni de pleins pouvoirs.

Tout employeur qui ne réside pas dans la commune d'assurance peut siéger en personne à l'assemblée générale ou y déléguer un représentant résidant dans la commune, non membre de la caisse et jouissant de la capacité civile.

L'employeur privé de tout ou de partie de sa capacité civile (article 91) est remplacé, comme membre de l'assemblée générale, par son représentant légal. Si ce dernier ne réside pas dans la commune d'assurance et ne siège pas en personne, il peut lui-même déléguer un représentant résidant dans la commune, non membre de la caisse et jouissant de la capacité civile.

Toute personne ayant droit de vote et présente à l'assemblée générale des employeurs dispose d'une voix.

Art. 99. Les dispositions de l'article 95 s'appliquent à l'assemblée générale constituante des employeurs, à cette différence près que le règlement remplace les statuts (article 95, alinéas 2 et 4) et que les absents sans excuse valable sont passibles d'une amende de un franc.

Art. 100. L'assemblée générale ordinaire des employeurs se réunit annuellement dans les quatre semaines qui suivent la date de l'assemblée générale ordinaire des assurés ou des délégués.

Le comité peut d'office convoquer une assemblée générale extraordinaire des employeurs. Il est tenu de procéder à cette convocation si la dernière assemblée générale des employeurs l'a décidé, ou si la demande en est faite par

l'autorité administrative d'arrondissement, par l'autorité compétente de la commune d'assurance, par la direction de la caisse ou par le dixième au moins des employeurs.

Art. 101. L'assemblée générale des employeurs a les compétences suivantes :

- a. Constitution de son bureau (comité).
- b. Election d'une partie des arbitres (article 168).
- c. Revision du règlement ensuite de proposition du comité ou d'un employeur (article 111, alinéa 2), ou en application des articles 111, alinéa 4, et 108.
- d. Fixation et revision des statuts (articles 107 et 108); fixation du taux des contributions entières, ainsi que du montant uniforme ou gradué des contributions restreintes (article 71).
- e. Approbation des comptes ratifiés par l'assemblée générale des assurés ou des délégués (article 96, lettre e).
- f. Approbation des décisions prises par l'assemblée générale des assurés ou des délégués, dans les affaires prévues à l'article 96, lettres f, g ou h.
- g. Expédition d'autres affaires placées par une loi fédérale dans la compétence de l'assemblée.

Les dispositions de l'article 97, alinéas 2 et 3, sont applicables à l'assemblée générale des employeurs.

Les fonctions de membre du comité sont purement honorifiques.

La caisse supporte les frais de convocation des assemblées générales, d'utilisation de locaux pour ces dernières, de fournitures de bureau, d'impression, de publicité et de ports.

Art. 102. Nul ne peut être membre, en même temps et pour la même caisse, de l'assemblée générale des assurés ou des délégués et de l'assemblée générale des employeurs. Celui qui réunit les deux qualités doit opter et faire part de sa détermination à la direction. A ce défaut cette dernière décide, à l'échéance d'un délai fixé par elle.

Art. 103. Les statuts doivent contenir des dispositions concernant :

- a. La composition de l'assemblée générale (article 90) ; si cette dernière n'est composée que de délégués, le mode de leur élection, qui doit être annuelle.
- b. Le mode de publication des ordonnances, décisions et élections (article 22).
- c. Le mode de convocation de l'assemblée générale des assurés ou des délégués, et le délai à observer entre la convocation et la réunion de cette assemblée.
- d. Le caractère, obligatoire ou facultatif, de la participation à l'assemblée générale des assurés ou des délégués ; au cas où la participation est rendue obligatoire, le montant de l'amende dont seront passibles les absents sans excuse valable, ce montant ne pouvant toutefois excéder un franc.
- e. La composition du bureau de l'assemblée générale des assurés ou des délégués et la durée de ses fonctions, cette durée ne pouvant toutefois excéder trois ans.
- f. Le mode de procéder aux élections qui compétent à l'assemblée générale des assurés ou des délégués ; la procédure relative aux propositions, motions et interpellations présentées à l'assemblée, ainsi qu'aux votations qui interviennent dans son sein.
- g. La durée des fonctions de ceux des organes de la caisse dont l'élection compète à l'assemblée générale des assurés ou des délégués, cette durée ne pouvant toutefois être inférieure à un an ni supérieure à trois ans ; la révocation de ces mêmes organes.
- h. Le nombre des membres effectifs et suppléants de la direction (article 112) ; le nombre des vérificateurs des comptes.
- i. Les attributions de la direction.
- k. Le caractère, gratuit ou rétribué, des fonctions du secrétaire et des membres effectifs et suppléants de la

direction, des vérificateurs des comptes et des commissaires; en cas de rétribution, le montant de leurs indemnités.

- l.* Le mode d'élection et la durée des fonctions du caissier et des autres employés de la caisse; le montant fixe ou maximum de leurs appointements.
- m.* Le service des avis, le mode de perception des contributions et de paiement des indemnités.
- n.* La tenue de la caisse et le dépôt d'un cautionnement par le caissier ou d'autres employés.
- o.* Tous autres objets dont une loi fédérale attribue la réglementation aux statuts.

Le cas échéant, il appartient aux statuts de fixer le montant de la finance d'entrée (article 32), de modifier les délais et durées prévus à l'article 35 et de faire application des réserves contenues aux articles 114, alinéa 1, 115, alinéa 3, et 117. Les statuts ou le règlement de la direction contiennent enfin les dispositions prévues à l'article 113, dernier alinéa.

Art. 104. Les statuts peuvent contenir des dispositions relatives à des objets non prévus par la présente loi mais en rapport avec le but de la caisse, tels que la fondation et l'exploitation d'établissements de santé entretenus ou subventionnés par elle, ou tels que l'acquisition de médicaments, d'appareils ou d'autres moyens de traitement. Les statuts peuvent aussi:

- a.* garantir aux assurés les prestations prévues aux articles 49 et 53, alinéas 1 à 3, pour une période plus longue que celle fixée à l'article 51, alinéa 1;
- b.* garantir les prestations prévues aux articles 49 et 53, alinéas 1 à 3, à des personnes domiciliées dans la commune d'assurance mais non membres de la caisse.

Ces personnes doivent payer à la caisse au moins le montant de ses frais; la même obligation incombe aux as-

surés pour les prestations qu'ils ont reçues après que s'était écoulée la période fixée à l'article 51, alinéa 1.

Les assemblées générales des assurés ou des délégués peuvent également prendre des décisions sur les matières prévues au présent article.

Art. 105. Les statuts ne peuvent contenir de dispositions et les organes de la caisse ne peuvent prendre de décisions qui auraient pour caractère ou pour conséquence :

- a. d'être sans rapport direct avec le but de la caisse, soit l'assurance contre les maladies ;
- b. de reconnaître ou de dénier des droits, d'élever ou d'abaisser le montant des prestations de la caisse, de rendre les conditions d'affiliation plus rigoureuses ou plus faciles, — le tout dans une mesure non prévue par la présente loi ;
- c. d'amener un déficit que feraient prévoir les exercices précédents ;
- d. de mettre en péril l'indépendance de la caisse.

Art. 106. La revision des statuts appartient en première ligne à l'assemblée générale des assurés ou des délégués (article 96, c) ; les statuts peuvent disposer (article 93) que toute revision sera soumise à la ratification, au scrutin secret, des assurés ayant droit de vote.

La direction et tout assuré ayant droit de vote (article 91) peuvent proposer à l'assemblée générale des assurés ou des délégués la revision des statuts.

Toutefois, cette proposition doit être communiquée aux membres de l'assemblée générale au plus tard en même temps qu'a lieu la convocation de l'assemblée.

Art. 107. Les statuts et leurs modifications sont soumis à la ratification de l'assemblée générale des employeurs, à celle de l'autorité compétente de la commune d'assurance et à l'approbation du conseil d'arrondissement.



Lorsque l'assemblée générale des employeurs et l'autorité communale ont accordé leur ratification, le conseil d'arrondissement ne peut refuser son approbation que si les statuts projetés sont contraires aux dispositions de la présente loi ou des ordonnances que cette loi met expressément dans la compétence du conseil fédéral ou de l'office des assurances.

En cas de refus de ratification de la part de l'assemblée générale des employeurs ou de la part de l'autorité compétente de la commune d'assurance, ou en cas de non-approbation par le conseil d'arrondissement, ce dernier décide: il maintient les statuts ou en détermine le texte.

Il peut y avoir recours à l'office des assurances contre la décision du conseil d'arrondissement. Les dispositions des alinéas 2 et 3 ci-dessus s'appliquent par analogie au prononcé de l'office ensuite de recours.

Art. 108. L'assemblée générale des employeurs, l'autorité compétente de la commune d'assurance et le conseil d'arrondissement ont en tout temps le droit de proposer la revision des statuts. Cette proposition doit être soumise dans les trois mois à l'assemblée générale des assurés ou des délégués. Au cas où cette assemblée adhère à la proposition et entreprend la revision des statuts, il est procédé conformément à l'article 107.

Art. 109. Les dispositions des articles 107 et 108 sont applicables :

- a. à la fixation du taux des contributions entières, ainsi que du montant uniforme ou gradué des contributions restreintes ;
- b. aux conventions d'une portée générale, particulièrement à celles passées avec des communes (article 116), ainsi qu'aux actes d'association (article 150 et suivants) ; au renouvellement, à la dénonciation, à la revision et

- à la suspension de ces actes et conventions ; aux décisions prises en application de l'article 104, alinéa 3 ;
- c. aux ventes ou achats d'immeubles ;
  - d. au règlement de la direction (article 113) et aux instructions concernant le caissier et les autres employés (article 115).

Art. 110. Le règlement de l'assemblée générale des employeurs doit contenir des dispositions concernant :

- a. Le mode de convocation de l'assemblée générale des employeurs, et le délai à observer entre la convocation et la réunion de cette assemblée.
- b. Le caractère, obligatoire ou facultatif, de la participation à l'assemblée générale des employeurs ; au cas où la participation est rendue obligatoire, le montant de l'amende dont seront passibles les absents sans excuse valable, ce montant ne pouvant toutefois excéder deux francs.
- c. La composition du bureau de l'assemblée (comité) et la durée de ses fonctions, cette durée ne pouvant toutefois être inférieure à un an ni supérieure à trois ans ; le mode de révocation de ce bureau.
- d. Le mode de procéder aux élections qui compètent à l'assemblée générale des employeurs ; la procédure relative aux propositions, motions et interpellations présentées à l'assemblée, ainsi qu'aux votations qui interviennent dans son sein.
- e. L'usage ou le non-usage du droit d'avoir un représentant au sein de la direction (article 118) ; au cas où l'on prévoit l'usage de ce droit, le mode de révocation de ce représentant et la durée de ses fonctions, cette durée ne pouvant toutefois être supérieure à trois ans ; le montant de l'indemnité à payer par la caisse au représentant des employeurs, cette indemnité ne pouvant toutefois être supérieure à celle que reçoivent les membres effectifs de la direction.

Art. 111. La revision du règlement appartient en première ligne à l'assemblée générale des employeurs (article 101, c).

Le comité et tout employeur ayant droit de vote (article 98) peuvent proposer à l'assemblée générale des employeurs la revision du règlement.

Toutefois, cette proposition doit être communiquée aux employeurs (article 98, alinéa 1) ou à leurs représentants légaux (article 98, alinéa 4) au plus tard en même temps qu'a lieu la convocation de l'assemblée.

Les dispositions des articles 107 et 108 s'appliquent au règlement, sauf que la direction de la caisse remplace alors l'assemblée générale des employeurs, et que cette dernière remplace l'assemblée générale des assurés ou des délégués.

Art. 112. La direction comprend au moins trois membres effectifs et trois membres suppléants; elle se compose exclusivement d'assurés de la caisse, jouissant d'une entière capacité civile, tant au point de vue de la législation fédérale que de la législation de leur canton de résidence. Toute personne qui, pendant plus de quatre semaines, cesse d'être éligible perd de plein droit sa qualité de membre effectif ou suppléant de la direction.

Les fonctions de membre de la direction ne sont pas obligatoires; toutefois, l'élu présent à son élection est réputé accepter ses fonctions à défaut d'un refus signifié séance tenante; en cas d'absence, l'élu doit faire part de son refus au bureau de l'assemblée générale des assurés ou des délégués, dans les quatre jours dès l'avis écrit de son élection.

La plus prochaine assemblée générale statue sur toute démission donnée, au cours de ses fonctions, par un membre effectif ou suppléant de la direction; le membre démissionnaire reste en fonctions jusqu'à son remplacement. Le cas prévu dans la seconde partie de l'alinéa 1 du présent article demeure excepté.

Les membres effectifs ou suppléants de la direction qui refusent leur élection, qui démissionnent ou qui sont révoqués doivent être remplacés immédiatement ou dans la plus prochaine assemblée générale.

L'ancienne direction demeure en fonctions jusqu'au moment où celle qui lui succède tient sa première séance régulière.

Art. 113. La direction pourvoit au fonctionnement régulier de la caisse.

Elle est tenue à une administration économe.

Elle prononce sur l'entrée et la sortie des membres obligés ou volontaires; en outre des compétences que les statuts ou une loi fédérale lui accordent, la direction exerce toutes les attributions qui ne sont pas expressément réservées par les statuts ou par une loi fédérale à un autre organe de la caisse.

L'assemblée générale des assurés ou des délégués peut établir un règlement spécial concernant la direction; les dispositions des articles 107 et 108 sont applicables à ce règlement.

Les décisions de la direction doivent être prises en présence d'un nombre de membres effectifs ou suppléants au moins égal aux deux tiers du nombre des membres effectifs de la direction, et à la majorité absolue des votants. La disposition qui précède est également applicable aux élections faites par la direction.

L'un des membres de la direction est désigné comme président de la direction, et un second comme vice-président. Ces désignations appartiennent à l'assemblée générale des assurés ou des délégués, ou à la direction elle-même, suivant les dispositions contenues à cet égard dans les statuts ou dans le règlement de la direction.

Art. 114. Il est tenu procès-verbal des délibérations de la direction. Celle-ci nomme parmi ses membres ou en

dehors d'eux un secrétaire qui peut, à moins de dispositions contraires des statuts, n'être pas membre de la caisse. Les fonctions du secrétaire expirent au plus tard avec celles de la direction qui l'a nommé.

Le président et le secrétaire de la direction signent ensemble pour la caisse ; quant à la signature, le vice-président remplace le président empêché.

Art. 115. Le service des avis, la perception des recettes, les paiements et la gérance des biens de la caisse incombent au caissier.

Des aides et autres employés peuvent être adjoints au caissier ; le service des avis ainsi que la gérance de tout ou de partie des biens de la caisse peuvent être confiés à des personnes spécialement engagées à cet effet.

A moins de dispositions contraires des statuts, le caissier, ses aides et les autres employés peuvent ne pas être membres de la caisse.

L'assemblée générale des assurés ou des délégués peut établir des instructions spéciales concernant le caissier et les autres employés de la caisse ; les dispositions des articles 107 et 108 sont applicables à ces instructions.

Le caissier et les autres employés de la caisse sont placés sous la surveillance de la direction, et soumis aux ordres que celle-ci leur donne dans les limites de sa compétence.

Art. 116. Par voie d'accord entre la caisse et la commune d'assurance ou une commune politique, la perception des contributions, le paiement des indemnités, le service des avis et la gérance des biens de la caisse peuvent être remis, moyennant ou sans rétribution, à l'un ou à plusieurs des organes de cette commune, pour un temps déterminé ou indéterminé ; la commune répond dans ce cas de la bonne gestion de ses organes.

La conclusion, le renouvellement, la dénonciation, la revision et la suspension par la caisse d'un accord passé en application de l'alinéa précédent sont soumis à la même procédure que la fixation et la revision des statuts (articles 107 et 108).

Les accords intervenus entre la caisse et la commune, ainsi que l'emplacement des locaux désignés par cette dernière pour le dépôt des avis doivent être portés à la connaissance du public.

Art. 117. La direction nomme des commissaires, particulièrement chargés de visiter les malades et dont elle détermine les attributions générales et spéciales. A moins de dispositions contraires des statuts, les commissaires peuvent ne pas être membres de la caisse.

Art. 118. L'autorité compétente de la commune d'assurance et l'assemblée générale des employeurs (article 110, lettre e) peuvent se faire représenter au sein de la direction chacune par un délégué de son choix. Il y a toutefois incompatibilité entre les fonctions de délégué et celles de membre de la direction.

Les délégués de la commune d'assurance et de l'assemblée générale des employeurs ont voix consultative dans les séances de la direction, avec droit d'y présenter des propositions et de prendre en tout temps connaissance des procès-verbaux, des livres et des pièces justificatives; ils ne sont pas responsables des décisions de la direction.

Art. 119. L'assemblée générale ordinaire des assurés ou des délégués désigne chaque année parmi ses membres des vérificateurs des comptes. Ces derniers examinent les comptes de l'exercice courant, en les comparant aux procès-verbaux et aux pièces justificatives. Ils présentent à la prochaine assemblée générale des assurés ou des délégués un rapport et des propositions.

Les dispositions de l'article 112, alinéas 2, 3 et 4, sont applicables aux vérificateurs des comptes.

Les vérificateurs des comptes peuvent, durant l'exercice, prendre en tout temps connaissance des procès-verbaux, des livres, de la comptabilité et des pièces justificatives.

Il appartient à l'assemblée générale des assurés ou des délégués d'adjoindre aux vérificateurs des comptes des experts spéciaux dont elle fixe les honoraires et qui peuvent n'être pas membres de la caisse. L'assemblée a le droit de remettre à la direction le soin de nommer les experts et de fixer leurs honoraires.

Art. 120. En février de chaque année au plus tard, la direction établit le rapport et les comptes de l'exercice écoulé.

L'office fédéral des assurances édictera des dispositions concernant la forme de ces comptes et de ce rapport.

Les comptes et le rapport, avec les pièces justificatives, sont transmis par la direction aux vérificateurs, au plus tard pour la fin de février. Pendant dix jours au moins avant l'assemblée générale ordinaire des assurés ou des délégués, les membres de la caisse peuvent prendre connaissance de ces documents au bureau d'avis (art. 45, alinéa 1).

Art. 121. Après avoir entendu le rapport et les propositions des vérificateurs des comptes et, le cas échéant, des experts, l'assemblée générale ordinaire des assurés ou des délégués discute en une ou plusieurs séances les comptes annuels et le rapport de la direction ; l'assemblée leur accorde ou leur refuse ensuite son approbation.

Art. 122. Le rapport de la direction, celui des vérificateurs des comptes et des experts et les comptes annuels, accompagnés d'un extrait du procès-verbal mentionnant leur adoption, sont adressés sans retard au comité de l'assemblée

générale ordinaire des employeurs, et soumis à la discussion et à la votation de cette assemblée.

Art. 123. Le comité transmet au plus tôt le dossier à l'autorité compétente de la commune d'assurance, en l'accompagnant d'un extrait du procès-verbal mentionnant sa décision. L'autorité communale fait parvenir le tout, le cas échéant avec ses observations, au conseil d'arrondissement. Ce dernier prend, s'il y a lieu, les renseignements nécessaires et arrête définitivement les comptes de l'exercice; il fait connaître par écrit sa décision et, le cas échéant, ses observations à la direction, au comité et à l'autorité compétente de la commune d'assurance.

Art. 124. En cas de non-approbation des comptes par l'assemblée générale des assurés ou des délégués, le bureau de cette assemblée doit en aviser immédiatement l'autorité administrative d'arrondissement. Le conseil d'arrondissement ordonne alors la constitution d'une commission d'enquête. Celle-ci se compose de l'administrateur d'arrondissement ou d'un conseiller d'arrondissement, comme président, et de quatre membres. Deux des membres sont choisis, dans son sein, par l'assemblée générale des assurés ou des délégués; l'assemblée générale des employeurs nomme le troisième parmi ses propres membres, et l'autorité compétente de la commune d'assurance désigne le quatrième.

Les membres de la commission d'enquête dont l'élection compétè à l'assemblée générale des assurés ou des délégués sont nommés immédiatement après le refus d'approbation des comptes.

Après enquête, la commission arrête les comptes et prend les mesures que nécessitent les circonstances. Elle fait connaître par écrit ses décisions à la direction, au comité des employeurs et à l'autorité compétente de la commune d'assurance.



Art. 125. Les membres effectifs et suppléants de la direction et les vérificateurs des comptes sont solidairement responsables envers la caisse de tout dommage résultant pour elle d'une faute ou d'une négligence dans l'exercice de leurs fonctions.

La commission prévue à l'article 124, l'assemblée générale des assurés ou des délégués ou le conseil d'arrondissement, d'office ou sur la proposition de l'assemblée générale des employeurs ou de l'autorité compétente de la commune d'assurance, peuvent décider qu'une action en dommages-intérêts sera intentée à telles personnes. Ensuite de cette décision, la commission d'enquête déjà constituée ou une commission nommée à cet effet (article 124) ouvre et poursuit l'action, au nom de la caisse, devant le tribunal compétent. Il ne peut y avoir conciliation ou désistement qu'avec l'assentiment de l'assemblée générale des assurés ou des délégués, de l'assemblée générale des employeurs et de l'autorité compétente de la commune d'assurance.

Art. 126. Le secrétaire de la direction, le caissier et ses aides, les commissaires et les autres employés de la caisse répondent envers elle du dommage qui leur est imputable, conformément à l'article 113 du code fédéral des obligations, du 14 juin 1881. D'office, la direction peut intenter à tels des employés mentionnés au présent article une action en dommages-intérêts devant le tribunal compétent; elle doit ouvrir action si la demande en est faite par l'une des deux assemblées générales, par l'autorité compétente de la commune d'assurance ou par le conseil d'arrondissement. Il ne peut y avoir conciliation ou désistement qu'avec l'assentiment du conseil d'arrondissement et de l'autorité ou de l'organe qui a requis l'ouverture de l'action.

Art. 127. Si des refus successifs rendent impossible la réunion, au quorum légal, du bureau de l'assemblée générale des assurés ou des délégués, du bureau de l'assemblée

générale des employeurs, de la direction ou des vérificateurs des comptes, l'office des assurances, sur préavis de l'autorité d'arrondissement, prend aux frais de la caisse les mesures nécessaires à la continuation du service. L'office détermine en même temps la durée de cette mise sous régie. En cas d'urgence, l'autorité d'arrondissement prend elle-même, à titre provisoire, les mesures nécessaires. Les dispositions ci-dessus sont applicables aux cas où, par une autre cause, la continuation du service régulier de la caisse est gravement compromise. Quiconque nécessite, par une violation des devoirs de sa charge, la mise sous régie de la caisse répond de tout dommage et de tous frais spéciaux que cette mesure entraîne. L'office des assurances désigne les personnes auxquelles une action en dommages-intérêts doit être intentée devant le tribunal compétent; le même office élit un mandataire chargé d'agir au nom de la caisse et décide, le cas échéant, la conciliation ou le désistement.

Art. 128. La prescription des actions en dommages-intérêts mentionnées aux articles 125 à 127 est celle établie par les articles 146 et suivants du code fédéral des obligations, du 14 juin 1881.

### **3. Les caisses d'entreprises, assurant contre les maladies.**

Art. 129. Tout employeur qui occupe en moyenne au moins cent personnes tenues à l'assurance peut être, sur sa demande, autorisé à fonder, pour son entreprise, une caisse d'assurance contre les maladies.

D'office ou sur la proposition de l'employeur, d'une assemblée générale ou de la direction de la caisse communale, ou de l'autorité compétente de la commune d'assurance, la fondation d'une caisse d'entreprise peut être ordonnée pour toute exploitation, quel que soit le nombre des personnes qu'elle occupe, dont le caractère rend cette fondation particulièrement opportune; tel est spécialement le cas

des exploitations qui présentent des risques extraordinaires d'accidents ou de maladies.

Au cas où une entreprise comprend des établissements situés dans diverses localités, il peut être fondé pour un ou plusieurs de ces établissements une ou plusieurs caisses d'entreprise distinctes, pourvu que chacune de ces caisses réalise l'une des conditions établies aux alinéas 1 ou 2 du présent article.

Sauf le cas prévu à l'alinéa précédent, il est interdit de fonder une caisse d'entreprise spéciale à certains employés d'une même entreprise ou à certaines catégories de ses employés.

Art. 130. L'autorisation ou l'ordre de fonder une caisse d'entreprise émane de l'office fédéral des assurances. L'office communique par écrit à l'employeur, aux ouvriers intéressés, à la direction et au comité des employeurs de la caisse communale et à l'autorité compétente de la commune d'assurance, le texte et les motifs de la décision par laquelle il autorise ou ordonne — ou refuse d'autoriser ou d'ordonner — la fondation d'une caisse d'entreprise.

Il y a recours au conseil fédéral contre toute décision de l'office des assurances, prise en vertu de l'alinéa précédent.

Art. 131. Les caisses d'entreprises sont placées sous la surveillance directe des autorités d'arrondissements.

Toute caisse intéressant des établissements situés sur le territoire d'arrondissements différents est soumise à la surveillance de l'autorité de l'arrondissement sur le territoire duquel se trouve l'établissement principal de l'entreprise. L'assemblée générale de la caisse nomme des arbitres (article 167) pour ce même arrondissement. L'office des assurances désigne l'établissement réputé principal au sens du présent alinéa.

Art. 132. Le conseil fédéral peut soumettre à la surveillance directe de l'office des assurances les caisses d'assurance des grandes entreprises et de celles exploitées par la Confédération. L'office des assurances exerce dans ce cas les attributions d'une autorité d'arrondissement; il peut aussi se faire représenter par une ou plusieurs de ces autorités.

Le conseil fédéral veille à ce que, dans les caisses d'entreprises prévues au présent article, les droits d'administration autonome des assurés ne soient pas restreints.

Art. 133. Tout employeur qui, dans le délai fixé par l'autorité d'arrondissement, n'obtempère pas à l'ordre de fonder une caisse d'entreprise, donné en vertu de l'article 129, alinéa 2, peut être tenu de rembourser à la caisse communale la valeur des prestations qui seraient incombées à la caisse d'entreprise si l'employeur l'avait fondée en temps voulu, et de garantir l'exécution de cette obligation par le dépôt d'un cautionnement dont l'autorité d'arrondissement détermine le montant.

Le droit d'appliquer l'article 76 et celui de prendre contre l'employeur des mesures de police demeurent réservés.

Art. 134. Toutes les personnes tenues à l'assurance, et occupées dans une exploitation ou branche d'exploitation dotée d'une caisse d'entreprise, sont membres obligés de cette caisse, à l'exception de celles qui satisfont à leur obligation d'être assurées en s'affiliant à une caisse inscrite (article 181).

L'autorité d'arrondissement dont relève une caisse d'entreprise tranche tout conflit portant sur la question de savoir si telle personne est tenue à l'assurance auprès de cette caisse ou auprès de la caisse communale. La décision de l'autorité d'arrondissement a force rétroactive et vaut dès le jour où le conflit est né; le prononcé de la direction de

la caisse communale fait règle jusqu'au moment où cette décision est rendue.

Art. 135. La qualité de membre obligé de la caisse se perd :

par le fait de quitter l'établissement pour lequel la caisse est instituée ;

par le fait de s'affilier à une caisse inscrite (article 181).

Les dispositions de l'article 29, portant prolongation durant quatre semaines du bénéfice de l'assurance, profitent aux membres obligés des caisses d'entreprises.

Art. 136. Les statuts peuvent prévoir l'admission de membres volontaires à assurance entière ou restreinte, ou à assurance de l'une de ces catégories à l'exclusion de l'autre. Ne peuvent être membres volontaires que des personnes non tenues à l'assurance et qui font partie de l'entreprise comme employés ou en ont fait partie comme employeurs ou comme employés ; sont admissibles en outre, les parents de l'employeur ou d'un membre de la caisse, en tant qu'ils ne sont pas tenus à l'assurance.

L'abrogation, par voie de revision des statuts, d'une disposition introduite en application de l'alinéa précédent ne saurait intéresser les assurés volontaires membres de la caisse au moment où cette abrogation a lieu.

L'employeur ne peut être lui-même membre volontaire de la caisse.

Les statuts fixent les conditions d'entrée, de démission et d'exclusion des membres volontaires ; toutefois, ils ne peuvent déroger à l'article 32, alinéa 2, ni contenir, au sujet de l'exclusion des membres volontaires, de dispositions plus rigoureuses que celles établies à l'article 39, alinéa 1.

Les dispositions des articles 39, alinéas 2, 3 et 4, 41, 42 et 43 sont applicables aux membres volontaires des caisses d'entreprises et aux représentants de ces membres.

Les statuts déterminent la mesure dans laquelle les dispositions de l'article 29 seront applicables aux membres volontaires des caisses d'entreprises.

Les dispositions statutaires introduites en application du présent article, de même que toute modification à ces dispositions, sont soumises à l'approbation spéciale de l'office fédéral des assurances; il peut y avoir recours au conseil fédéral contre les décisions de cet office, prises en application du présent alinéa.

Art. 137. L'employeur fournit à ses frais, dans les bâtiments de son entreprise, un local approprié au service de la caisse; il désigne et salarie les personnes de son entreprise, chargées de recevoir les avis relatifs à ce service.

Le nom des personnes désignées et l'emplacement des locaux choisis sont portés, aux frais de l'employeur, à la connaissance du public.

Art. 138. La procédure à suivre en cas de maladie est celle prévue aux articles 46 à 48.

Les statuts déterminent les prestations de la caisse.

Toutefois, les prestations des caisses d'entreprises, en faveur de leurs membres à assurance entière ou restreinte, doivent au moins égaler en qualité, quantité et durée celles des caisses communales d'assurance contre les maladies.

Il est interdit de renfermer, dans des limites plus étroites que celles fixées par la présente loi en ce qui concerne les caisses communales, le droit de la direction d'augmenter les prestations de la caisse.

La caisse ne peut cesser ou diminuer ses prestations que dans les cas, dans la mesure et dès l'échéance des délais établis ou autorisés par la présente loi en ce qui concerne les caisses communales; la disposition de l'article 136, alinéa 6, demeure réservée.

Les dispositions des articles 42, alinéa 1, 52 à 56, 65 et 66 sont applicables aux caisses d'entreprises.

Art. 139. Sous réserve des modifications ou des dispositions complémentaires statuées aux articles qui suivent, les dispositions des articles 67 à 74, 77 à 81 et 84 à 86 s'appliquent aux recettes des caisses d'entreprises et à la constitution des fonds de réserve de ces caisses.

En application de l'article 7, alinéa 3, de la loi fédérale sur le travail dans les fabriques, du 23 mars 1877, le produit des amendes est versé aux fonds de réserve des caisses d'entreprises.

En lieu et place du paiement des contributions par mois (articles 70, 72 et 74), les statuts peuvent instituer le paiement des contributions aux jours de paie; le même système est alors applicable aux membres volontaires. Quand le commencement de l'année tombe entre deux jours de paie, on ne porte aux recettes de l'exercice qui s'achève que la part de contributions afférente aux jours de cet exercice.

Le déficit de l'exercice est couvert par l'employeur, à moins que le conseil d'arrondissement n'autorise l'inscription à compte nouveau ou un prélèvement sur le fonds de réserve de la caisse ou d'une association de fonds. Il est interdit à l'employeur de se récupérer sur les membres de la caisse.

Au cas où les valeurs en caisse ne suffisent pas à faire face aux obligations échues, l'employeur est tenu d'avancer gratuitement les sommes nécessaires. Sitôt que les ressources de la caisse le permettent, cette avance doit être remboursée par compensation de son montant avec celui des primes dues par l'employeur.

Art. 140. Lorsque l'employeur est en retard dans l'exécution de ses obligations vis-à-vis de la caisse, la direction doit porter immédiatement ce fait à la connaissance de l'autorité administrative d'arrondissement. Cette autorité accorde à l'employeur un délai n'excédant pas deux semaines, à l'échéance duquel elle peut requérir au nom de la caisse

la faillite du débiteur ; la même autorité nomme un représentant de la caisse, chargé de veiller aux intérêts de celle-ci dans la faillite de l'employeur.

La procédure établie à l'alinéa précédent s'applique également au cas où l'employeur est en retard dans le dépôt du cautionnement exigé par la caisse communale en vertu de l'article 133.

Art. 141. La disposition suivante est ajoutée, sous chiffre 4, à l'article 190, alinéa 1, de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889 :

« dans les cas prévus à l'article 140, alinéas 1 et 2, de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies, du

. . . . .

L'alinéa 3 dont suit la teneur est ajouté à l'article 19 de la loi fédérale concernant les hypothèques sur les chemins de fer dans le territoire de la Confédération suisse et la liquidation forcée de ces entreprises, du 24 juin 1874 :

« Le tribunal fédéral ordonne enfin la liquidation d'une compagnie, à l'échéance du délai fixé à cette dernière en vertu de l'article 140, alinéas 1 et 2, de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies, du , et à l'instance de l'autorité administrative d'arrondissement agissant au nom de la caisse d'assurance créancière. »

Art. 142. En cas de faillite de l'employeur, les caisses d'entreprises et les caisses communales agissant en vertu de l'article 133 ont, pour toutes leurs créances, le droit d'être colloquées dans la première des classes établies à l'article 219 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889. En cas de liquidation forcée d'une compagnie de chemins de fer, les créances de ces caisses sont colloquées sous chiffre 2 de l'article 38 de la loi fédérale concernant les hypothèques sur les chemins de fer dans le territoire de la Confédération suisse et la liquidation forcée



de ces entreprises, du 24 juin 1874. A l'égard d'autres débiteurs, pour contributions, amendes ou dommages-intérêts, les caisses d'entreprises sont au bénéfice de l'article 83 de la présente loi.

Art. 143. Les dispositions concernant les organes, les statuts et règlements et l'organisation du service des caisses communales (articles 89 à 128) s'appliquent aux caisses d'entreprises, sous les réserves suivantes :

- a. L'assemblée générale des employeurs est remplacée par l'employeur chef d'entreprise, et le règlement de cette assemblée est supprimé. L'employeur constitué par une pluralité de personnes ou par une personne civile est représenté par le ou les porteurs de la signature sociale. Au nom de l'employeur privé de tout ou de partie de sa capacité civile agit son représentant légal.
- b. La convocation de l'assemblée générale constituante des assurés ou des délégués a lieu au moins dix jours à l'avance, par les soins de l'employeur et au moyen de publications ou d'affiches apposées dans les locaux de l'entreprise. Cette assemblée est présidée par l'employeur, qui en désigne le secrétaire.
- c. En tant qu'il interdit d'élever le montant des prestations de la caisse dans une mesure non prévue par la présente loi, l'article 105, lettre *b*, est remplacé par les dispositions de l'article 138; en tant qu'il interdit de rendre les conditions d'affiliation volontaire plus rigoureuses ou plus faciles que ne le prévoit la présente loi, l'article 105, lettre *b*, est remplacé par les dispositions de l'article 136.
- d. La commune d'assurance n'a ni droits ni obligations à l'égard des caisses d'entreprises.
- e. Ni l'employeur ou l'un des employeurs, ni aucune des personnes mentionnées sous lettre *a* du présent article

ne peuvent représenter l'employeur en application de l'article 118.

- f. La commission d'enquête prévue à l'article 124 se compose du représentant de l'autorité d'arrondissement, comme président, de deux membres choisis, dans son sein, par l'assemblée générale des assurés ou des délégués et de deux membres désignés par l'employeur; ce dernier peut se désigner lui-même.

Art. 144. Toute caisse doit être dissoute à la clôture de l'entreprise pour laquelle cette caisse était instituée. L'employeur est tenu d'aviser en temps opportun l'autorité administrative d'arrondissement de la clôture prochaine de son entreprise. Les mêmes dispositions s'appliquent au cas de clôture d'un établissement doté d'une caisse propre (article 129, alinéa 3).

Toute caisse d'entreprise doit également être dissoute au cas où le nombre de ses membres est inférieur à cent depuis six mois au moins, sans qu'on puisse espérer réunir prochainement cent assurés. Les dispositions de l'article 129, alinéa 2, demeurent réservées.

Art. 145. Indépendamment des circonstances prévues à l'article 144, une caisse d'entreprise peut être dissoute lorsque son maintien mettrait en péril l'existence d'une caisse communale opérant sur tout ou partie du même territoire.

Art. 146. Il appartient à l'office fédéral des assurances de prononcer la dissolution d'une caisse d'entreprise.

L'office communique par écrit le texte et les motifs de sa décision de maintien ou de dissolution, à l'employeur, à la caisse d'entreprise et, le cas échéant, aux tiers qui ont provoqué cette décision.

Il peut y avoir recours au conseil fédéral contre toute décision de l'office, prise en vertu du présent article.

Art. 147. En cas de dissolution d'une caisse d'entreprise, l'office des assurances détermine le moment où les fonctions de tous les organes et l'affiliation de tous les assurés de cette caisse cesseront. Les membres de la direction doivent établir immédiatement les comptes de la caisse, et les transmettre sans délai à l'autorité administrative d'arrondissement; à cet effet, les autorités d'assurance exercent sur ces membres leur surveillance et restent nanties de pouvoirs disciplinaires. Les dispositions de l'article 125 sont applicables.

Les comptes sont définitivement arrêtés par le conseil d'arrondissement, sur préavis de l'employeur; les sommes estimées nécessaires à l'exécution des obligations futures de la caisse sont portées, dans ces comptes, au chapitre des dépenses. Le conseil d'arrondissement ou l'employeur, soit son successeur légal, peuvent décider qu'une action en dommages-intérêts sera intentée à telles personnes. Ensuite de cette décision, le conseil ouvre et poursuit l'action, au nom de la caisse, ou en charge l'employeur soit son successeur légal; celui qui procède décide, le cas échéant, la conciliation ou le désistement.

Le conseil d'arrondissement a le droit de nommer un liquidateur, dont il détermine la date d'entrée en fonctions et les attributions.

Art. 147<sup>bis</sup>. Les contributions courent jusqu'à la date de dissolution de la caisse.

Au cas où les comptes de clôture soldent par un déficit, celui-ci est couvert conformément à l'article 139, alinéa 4. Le conseil d'arrondissement détermine, s'il y a lieu, le montant des sommes à prélever sur le fonds de réserve ou sur d'autres biens de la caisse.

Les dispositions des articles 140 à 142 et 83 sont applicables à l'exécution des obligations imposées aux assurés volontaires et à l'employeur par les alinéas 1 et 2 ci-dessus.

Le fonds de réserve et les autres biens de la caisse servent à compenser les créances irrécouvrables.

Le cas échéant, la part du fonds de réserve ou des autres biens de la caisse qui reste disponible après liquidation est remise à la caisse communale d'assurance contre les maladies, ou équitablement répartie, s'il y a lieu, entre les différentes caisses communales dont l'entreprise empruntait le territoire. Cette répartition est opérée par le conseil d'arrondissement dont relevait la caisse dissoute. Le conseil d'arrondissement détermine le mode d'emploi, par les caisses, des valeurs qui leur sont remises.

Art. 148. Lorsque l'entreprise passe aux mains d'un nouvel employeur, ce dernier doit en aviser l'autorité administrative d'arrondissement. L'office fédéral des assurances décide alors le maintien ou la dissolution de la caisse d'assurance de cette entreprise. En cas de maintien, l'office répartit entre l'ancien employeur et son successeur les obligations que leur impose la présente loi à l'égard de la caisse d'entreprise; les droits de son prédécesseur passent en entier au nouvel employeur.

Il peut y avoir recours au conseil fédéral contre toute décision de l'office des assurances, prise en vertu du présent article.

Art. 149. Lorsque l'exploitation de l'entreprise est momentanément suspendue, l'office fédéral des assurances prononce la dissolution de la caisse ou son maintien jusqu'à la reprise de l'exploitation. En cas de maintien, les organes de la caisse demeurent en fonctions, et tout assuré obligé privé de travail par suite de la suspension de l'exploitation peut demander à partager les charges et bénéfices des membres volontaires de la caisse, à assurance entière. A défaut de dispositions statutaires concernant les membres volontaires à assurance entière, ces charges et bénéfices sont déterminés par l'autorité d'arrondissement.

#### 4. Les associations de fonds de réserve.

Art. 150. Plusieurs caisses communales d'un même arrondissement peuvent constituer entre elles une association de fonds de réserve.

La même faculté appartient aux caisses d'entreprises d'un même arrondissement.

Les associations de fonds de réserve peuvent se dissoudre.

La dissolution a lieu ensuite de convention ou de dénonciation, ou du fait de la liquidation d'une des caisses associées (articles 25 et 144 à 149).

La procédure établie pour la revision des statuts est applicable à la constitution et à la dissolution d'une association de fonds de réserve.

Art. 151. Toute association de fonds de réserve peut avoir pour but la constitution, l'accroissement et l'emploi d'un fonds de réserve commun ; elle peut aussi se charger de la moitié au maximum des prestations incombant aux caisses associées.

L'acte d'association détermine plus exactement le but et l'activité de l'association.

A circonstances égales, les caisses associées doivent avoir des droits égaux sur le fonds de réserve de l'association.

Art. 152. Le fonds de réserve de l'association, placé à intérêts, est géré gratuitement par l'autorité administrative d'arrondissement, au nom de laquelle la Confédération répond d'une bonne gestion. L'autorité administrative d'arrondissement prend, conformément à l'acte d'association, les décisions relatives à l'accroissement du fonds de réserve et aux prélèvements à faire sur ce fonds ; la même autorité rend compte chaque année aux caisses associées.

Art. 153. En cas de dissolution de l'association, l'autorité d'arrondissement répartit le fonds de réserve commun

entre les fonds de réserve des caisses associées, au prorata du nombre moyen des membres de ces caisses durant les deux derniers exercices écoulés. Le cas échéant, telles de ces caisses versent au fonds de réserve d'une nouvelle association la part qui leur a été attribuée du fonds de réserve de l'association dissoute.

## II. Les autorités d'arrondissements.

Art. 154. Dans chaque arrondissement d'assurance fonctionnent :

1. une autorité administrative d'arrondissement ;
2. un conseil d'arrondissement ;
3. un tribunal arbitral d'arrondissement.

La Confédération supporte les frais des autorités d'arrondissements.

Les traitements des fonctionnaires et employés des autorités administratives d'arrondissements, et les indemnités de présence des arbitres et des membres effectifs ou suppléants des conseils d'arrondissements seront déterminés comme suit :

- pour les cinq années qui suivront l'entrée en vigueur de la présente loi, par la votation annuelle d'un crédit demandé à l'assemblée fédérale ;
- pour la suite, par une loi spéciale. Jusqu'à l'entrée en vigueur de cette loi, on recourra aux crédits annuels.

### 1. Les autorités administratives d'arrondissements.

Art. 155. Chaque autorité administrative d'arrondissement comprend :

- a. un administrateur d'arrondissement ;
- b. un ou plusieurs médecins d'arrondissement ;
- c. un ou plusieurs employés.

Ces personnes sont réputées fonctionnaires fédéraux.

Le conseil fédéral détermine le nombre des médecins d'arrondissements et des employés.

Les administrateurs et médecins d'arrondissements, et les employés des autorités administratives d'arrondissements, sont nommés par le conseil fédéral.

Tout électeur suisse est éligible comme fonctionnaire ou employé d'une autorité administrative d'arrondissement.

Pour l'entrée en fonctions de toute autorité administrative d'arrondissement, de même qu'à chaque vacance, l'office fédéral des assurances désigne un administrateur-suppléant parmi les médecins ou employés de cet arrondissement, ou au besoin parmi les fonctionnaires ou employés d'autres autorités administratives d'arrondissements.

Art. 156. L'administrateur d'arrondissement, soit son suppléant, dirige l'autorité administrative d'arrondissement.

Il exerce les attributions que lui confèrent la présente ou toute autre loi fédérale, ou une ordonnance du conseil fédéral (article 161).

Il exécute les ordonnances et les ordres de l'office fédéral des assurances; il lui adresse chaque année un rapport sur l'activité des autorités de son arrondissement et lui présente périodiquement ses comptes.

Il surveille les caisses publiques d'assurance contre les maladies, et les caisses libres de secours, établies dans son arrondissement.

Les caisses publiques d'assurance contre les maladies sont inspectées au moins une fois l'an par un fonctionnaire ou employé de l'autorité administrative de l'arrondissement, ou par un membre effectif ou suppléant du conseil d'arrondissement.

L'administrateur d'arrondissement adresse chaque année à l'office fédéral des assurances un rapport sur la gestion des caisses, publiques ou libres, et des associations de fonds de réserve soumises à sa surveillance.

## 2. Les conseils d'arrondissements.

Art. 157. Chaque conseil d'arrondissement comprend l'administrateur d'arrondissement ou son suppléant (article 155, alinéa 6), comme président, deux conseillers effectifs et deux conseillers suppléants.

Les conseillers sont nommés par le peuple, pour trois années entières et en même temps qu'il est procédé au renouvellement intégral du conseil national. La loi fédérale sur les élections et votations fédérales, du 19 juillet 1872, et spécialement les articles 12, 15 à 24, 26 et 33 à 35 de cette loi, sont applicables aux élections des conseillers d'arrondissements, sous les réserves suivantes :

1. Au cas où un arrondissement d'assurance s'étend sur plusieurs cantons, est réputé gouvernement cantonal au sens de la loi précitée le gouvernement du canton dans lequel est situé le chef-lieu de cet arrondissement d'assurance.

2. Le conseil fédéral statue sur toute réclamation à laquelle une élection donne lieu, de même que sur toute démission d'un conseiller d'arrondissement.

Tout électeur suisse résidant dans l'arrondissement est éligible comme conseiller.

Art. 158. Les conseillers d'arrondissements ne sont pas réputés fonctionnaires ; toutefois, les dispositions de la loi fédérale sur la responsabilité des autorités et des fonctionnaires de la Confédération, du 9 décembre 1850, et spécialement les articles 37 et suivants de cette loi, de même que les dispositions du code pénal fédéral, du 4 février 1853, et spécialement les articles 53 et suivants de ce code, sont applicables aux conseillers d'arrondissements.

Art. 159. Les décisions du conseil d'arrondissement ne peuvent être prises qu'en présence de l'administrateur d'arrondissement, ou de son suppléant, et au moins de deux conseillers effectifs ou suppléants.



Les décisions sont prises à la majorité absolue; le président a droit de vote et, en cas d'égalité, son avis prédomine.

En cas d'urgence, l'administrateur ou son suppléant peuvent agir seuls, au nom du conseil; ils doivent toutefois soumettre à l'approbation de ce dernier, dans sa prochaine séance, les décisions qu'ils ont prises en vertu de la disposition qui précède.

Art. 160. Le conseil d'arrondissement exerce les attributions que lui confèrent la présente loi ou une ordonnance du conseil fédéral (article 161).

### **3. Dispositions communes, concernant les autorités administratives d'arrondissements et les conseils d'arrondissements.**

Art. 161. Le conseil fédéral édictera, par voie d'ordonnance, des dispositions de détail concernant :

l'organisation des autorités administratives d'arrondissements, spécialement quant à la situation et aux obligations des médecins d'arrondissements ;

le service des autorités administratives et des conseils d'arrondissements.

Une ordonnance du conseil fédéral mettra dans la compétence des autorités administratives ou des conseils d'arrondissements les affaires que la présente loi, sans préciser davantage, attribue à la connaissance des autorités d'arrondissements.

Art. 162. L'autorité d'arrondissement prononce en première instance sur toute contestation intéressant une caisse publique d'assurance contre les maladies et portant en particulier :

a. sur la reconnaissance ou la dénégation du droit de vote dans une assemblée générale, ou sur l'application de l'article 93 ;

- b. sur la validité des décisions ou élections résultant d'un vote au scrutin secret, ou qui émanent d'une assemblée générale ou, en application de l'article 143, lettre a, de l'employeur ;
- c. sur la gestion des organes nommés par une assemblée générale des assurés ou des délégués ;
- d. sur la validité des élections faites par la direction et qui sont soumises à publication (article 22).

Sont réservées, les contestations dont la présente loi attribue la connaissance aux tribunaux arbitraux d'arrondissements.

Art. 163. Peut recourir, toute personne qui justifie d'un intérêt légal à la solution du recours, en particulier tout membre de la caisse, tout représentant (article 41) d'un membre volontaire, toute personne tenue à contributions, ainsi que l'autorité de la commune d'assurance.

Le recours doit être adressé par écrit à l'autorité administrative d'arrondissement.

Pour les recours concernant la validité des décisions ou élections résultant d'un vote au scrutin secret, ou qui émanent d'une assemblée générale ou de l'employeur, le délai de recours est de dix jours dès la publication (article 22) ; il en est de même du recours portant sur la validité des élections faites par la direction et qui sont soumises à publication. Dans la règle, les recours tardifs sont réputés non-avenus.

Nantie du recours, l'autorité administrative d'arrondissement demande son préavis à l'intimé, et prend les renseignements nécessaires.

L'autorité d'arrondissement peut ordonner des débats oraux.

Elle fait connaître par écrit sa décision aux parties, en leur assignant un délai de dix jours pour recourir à l'office des assurances.

La procédure instruite devant l'autorité d'arrondissement est gratuite ; toutefois, des frais spéciaux et considérables causés par cette procédure peuvent être imposés aux parties ou à la partie succombante. Cette dernière peut être condamnée à des dépens en faveur de sa partie adverse.

#### 4. Les tribunaux arbitraux d'arrondissements.

Art. 164. Les tribunaux arbitraux d'arrondissements prononcent sur toute contestation intéressant une caisse publique d'assurance contre les maladies et concernant :

- a. l'affiliation d'un membre volontaire ou d'une personne qui n'a pas été admise comme tel, quand la contestation s'élève entre cette personne et la direction de la caisse ;
- b. les prestations garanties par la présente loi, la déchéance totale ou partielle de ces prestations, leur remboursement ou leur prescription, quand la contestation s'élève entre un assuré ou telle autre personne et la direction de la caisse ;
- c. les réclamations exercées par la direction d'une caisse en vertu de la présente loi, les actions prévues par les articles 66 et 125 à 127 demeurant exceptées ;
- d. le montant de la part de contributions à retenir sur le salaire de l'assuré ou le remboursement de la valeur retenue, quand la contestation s'élève entre cet assuré et son employeur ;
- e. l'exclusion d'un assuré et la durée de cette exclusion ;
- f. la dispense de payer la contribution, concernant un assuré volontaire privé de tout gain (article 73, alinéa 2).

En outre, les tribunaux arbitraux d'arrondissements peuvent être appelés à réformer les décisions prises par les directions, en vertu de la présente loi, concernant l'attribution ou la privation totale ou partielle de telles prestations des caisses.

Art. 165. Dans chaque arrondissement fonctionne un tribunal arbitral.

Par exception et ensuite de préavis des gouvernements des cantons intéressés, le conseil fédéral peut instituer des tribunaux arbitraux propres à certaines régions de l'arrondissement, écartées du chef-lieu.

Le conseil fédéral peut en tout temps réformer ou abroger une décision qu'il a prise en vertu de l'alinéa précédent.

Tout tribunal arbitral d'arrondissement est présidé par l'administrateur d'arrondissement ou par son suppléant; à chaque audience siègent en outre deux des arbitres nommés par les assurés et deux des arbitres nommés par les employeurs.

Art. 166. Les arbitres ne sont pas réputés fonctionnaires; toutefois, les dispositions de la loi fédérale sur la responsabilité des autorités et des fonctionnaires de la Confédération, du 9 décembre 1850, et spécialement les articles 37 et suivants de cette loi, de même que les dispositions du code pénal fédéral, du 4 février 1853, et spécialement les articles 53 et suivants de ce code, sont applicables aux arbitres.

Art. 167. L'assemblée générale ordinaire des assurés ou des délégués de toute caisse publique d'assurance fonctionnant dans l'arrondissement élit annuellement un arbitre par cent assurés; les fractions supérieures à cinquante assurés donnent droit à un arbitre, de même que tout effectif total inférieur à cent membres. Pour chaque caisse, on se base sur le nombre de ses assurés au premier janvier de l'année courante.

Les statuts déterminent le mode d'élection des arbitres.

Est éligible, tout assuré de sexe masculin et de nationalité suisse, ayant atteint l'âge de vingt ans révolus et jouissant de la capacité civile au double point de vue de la

législation fédérale et de la législation cantonale. Au cas où la caisse a moins de vingt fois autant d'assurés éligibles que son assemblée générale doit élire d'arbitres, ces derniers peuvent être librement choisis parmi toutes les personnes de nationalité suisse exerçant leurs droits civiques dans l'arrondissement.

Art. 168. L'assemblée générale ordinaire des employeurs, avec le concours des employeurs qui entretiennent sur le territoire de la caisse communale des caisses d'entreprises, élit, pour la même durée, le même nombre d'arbitres que les assemblées générales d'assurés ou de délégués en ont nommé ou en nommeront au total dans la commune, en vertu de l'article précédent.

Lorsqu'une entreprise ou branche d'entreprise dotée d'une caisse distincte s'étend sur le territoire de plusieurs communes d'assurance, l'autorité d'arrondissement détermine le nombre d'arbitres à nommer pour cette caisse par chacune des réunions d'employeurs des communes sur lesquelles s'étend l'entreprise.

Tout employeur ayant droit de vote et présent à la réunion dispose d'une voix.

Sont éligibles comme arbitres, par les réunions prévues au présent article, les personnes de nationalité suisse, résidant dans la commune, jouissant de leurs droits civiques et ne revêtant pas déjà pour la même période la qualité d'arbitre dans un autre tribunal ou dans le même tribunal, en vertu de l'article 167.

Le règlement de la caisse communale détermine le mode d'élection des arbitres à nommer en vertu du présent article.

Art. 169. La seconde partie de l'alinéa 1 et les alinéas 2 à 5 de l'article 112 sont applicables par analogie aux arbitres.

Art. 170. Le tribunal arbitral se réunit aussi souvent qu'une expédition rapide des affaires pendantes le rend nécessaire.

Du nombre des arbitres nommés par les assurés et du nombre de ceux nommés par les employeurs, dans tout l'arrondissement ou dans telle région de ce dernier (article 165, alinéa 2), le sort désigne les arbitres appelés à siéger (article 165, alinéa 4). Les parties ont droit de récusation.

Un des fonctionnaires ou employés de l'autorité administrative d'arrondissement rédige le procès-verbal des audiences.

La procédure est orale; à l'exception de la délibération du tribunal, elle est publique.

La procédure instruite devant le tribunal arbitral est gratuite; toutefois, des frais spéciaux et considérables causés par cette procédure peuvent être imposés aux parties ou à la partie succombante. Le tribunal a le droit d'adjuger des dépens au plaideur qui obtient gain de cause.

Le jugement, immédiatement exécutoire, ne peut être l'objet que d'un recours en révision, sur lequel le tribunal arbitral statue lui-même.

Le conseil fédéral édictera, par voie d'ordonnance, des dispositions de détail concernant la procédure.

Art. 171. Les dispositions de l'article 164 s'appliquent aux caisses d'entreprises soumises à la surveillance directe de l'office fédéral des assurances (article 132).

Le conseil fédéral détermine pour chacune de ces caisses les modifications aux articles 165 à 170 nécessitées par les conditions spéciales dans lesquelles ces caisses se trouvent. En toutes circonstances, les contestations qui intéressent ces caisses doivent être soumises à un tribunal arbitral composé de cinq membres, dont un fonctionnaire de l'office fédéral des assurances ou d'une autorité d'arrondissement, comme président; des quatre arbitres, deux au moins doivent être des assurés nommés par leurs pairs.

### III. L'office fédéral des assurances.

Art. 172. L'office fédéral des assurances se compose d'un directeur, de deux à trois directeurs-adjoints et du personnel accessoire nécessaire.

Le directeur, les directeurs-adjoints et tout le personnel accessoire, à l'exception des employés dont l'engagement est seulement passager, sont réputés fonctionnaires fédéraux; leur nomination appartient au conseil fédéral, qui détermine le nombre des employés permanents, et, dans les limites fixées ci-dessus, celui des directeurs-adjoints.

Les dispositions de l'article 154, alinéas 2 et 3, relatives aux frais et traitements, sont applicables à l'office fédéral des assurances.

Art. 173. L'office fédéral des assurances a son siège à Berne.

Art. 174. L'office des assurances exerce la surveillance des caisses d'entreprises et des caisses libres de secours qui relèvent directement de lui, ainsi que des autorités d'arrondissements, y compris les tribunaux arbitraux; ces derniers sont toutefois souverains en ce qui concerne la solution des questions de faits. L'office a en outre la haute surveillance des caisses publiques d'assurance et des caisses libres de secours qui ne relèvent pas directement de lui.

L'office exerce les attributions que lui confère la présente loi.

Il prononce sur les plaintes qui lui sont adressées contre les autorités d'arrondissements, et sur les recours interjetés contre les décisions de ces autorités, prises en vertu des articles 162 et 163; il communique par écrit ses prononcés aux intéressés.

La procédure instruite devant l'office des assurances est gratuite; toutefois, des frais spéciaux et considérables causés par cette procédure peuvent être imposés aux parties ou à

la partie succombante. Cette dernière peut être condamnée à des dépens en faveur de sa partie adverse.

Le conseil fédéral édictera, par voie d'ordonnance, des dispositions de détail concernant l'organisation de l'office fédéral des assurances et de ses divisions.

Art. 175. L'office fédéral des assurances est placé sous la surveillance du conseil fédéral; il adresse chaque année à cette autorité un rapport sur sa propre activité, sur celle des autorités d'arrondissements, y compris les tribunaux arbitraux, et sur la gestion des caisses publiques d'assurance, des associations de fonds de réserve et des caisses libres de secours.

L'office des assurances préavise sur toute question dont la présente loi attribue la connaissance au conseil fédéral.

Les décisions de l'office fédéral des assurances ne peuvent être l'objet de recours que dans les cas expressément prévus par la présente loi; tout recours doit être adressé par écrit au conseil fédéral dans les dix jours dès la communication de la décision qui lui donne lieu. Les recours tardifs peuvent être réputés non avenus.

## **D. Les caisses libres de secours.**

### **I. Dispositions communes.**

Art. 176. Toutes les caisses libres de secours, basées sur le principe de la mutualité et qui exploitent en Suisse l'assurance contre les maladies, sont soumises à la surveillance de la Confédération.

La Confédération exerce sa surveillance par l'intermédiaire de l'office fédéral des assurances et des autorités administratives d'arrondissements; elle fait application de la loi fédérale du 28 juin 1889, sur les caisses de secours des compagnies de chemins de fer et de bateaux à vapeur, ainsi que des principes de la loi fédérale du 25 juin 1885, sur la surveillance des entreprises privées en matière d'assurance.



Le conseil fédéral édictera, par voie d'ordonnance, des dispositions de détail concernant cette surveillance; en vue de la simplifier, il pourra déroger aux dispositions de la loi précitée du 25 juin 1885. L'ordonnance prévue au présent alinéa déterminera les cas dans lesquels il y aura recours au conseil fédéral.

Les caisses de secours soumises à la surveillance de la Confédération en vertu du présent article sont exemptes de tout émolument au profit de la caisse fédérale, de même que de toute contribution aux frais de surveillance.

Art. 177. Toute caisse libre de secours, qui exploite en Suisse l'assurance contre les maladies, a droit, sur sa demande et dès le jour de cette demande, aux subsides prévus à l'article 68, alinéas 1 à 4, pour ses membres de nationalité suisse, assurés contre les maladies; ce droit est toutefois subordonné au fait, par la caisse, de garantir à ses assurés suisses, soit à leurs ayants-droits, des prestations au moins égales, en quantité et durée, à celles imposées par la présente loi aux caisses communales, en ce qui concerne leurs membres volontaires à assurance restreinte.

Pour un assuré affilié à plusieurs caisses de secours, les subsides mentionnés à l'alinéa précédent ne sont payables qu'à la caisse dont l'assuré est membre depuis le plus long temps.

Les subsides mentionnés à l'alinéa 1 ne sont pas dus aux caisses libres pour leurs membres également affiliés à une caisse publique d'assurance contre les maladies.

## 2. Les caisses inscrites.

Art. 178. Toute caisse libre de secours qui désire participer au service de l'assurance obligatoire contre des maladies doit requérir son inscription auprès de l'autorité administrative de l'arrondissement,

a. en fournissant la preuve :

- 1° que la caisse garantit à ses membres tenus à l'assurance, soit aux ayants-droit de ces membres, des prestations au moins égales, en qualité, quantité et durée, à celles imposées par la présente loi aux caisses communales, en ce qui concerne leurs membres à assurance entière ;
- 2° que les organes directeurs de la caisse ont, pour augmenter les prestations, des compétences au moins égales à celles qui appartiennent aux directions des caisses communales (article 53, alinéas 1 à 3, et article 73, alinéa 2) ;
- 3° que la caisse ne cesse ou ne diminue ses prestations, à l'égard de ses membres tenus à l'assurance, soit des ayants-droit de ces membres, que dans les cas, dans la mesure et dès l'échéance des délais établis ou autorisés par la présente loi en ce qui concerne les caisses communales ;

b. en faisant la déclaration :

qu'elle se soumet aux obligations résultant de l'article 181, alinéa 3, de la présente loi et de l'article 12, alinéa 2, de la loi fédérale sur l'assurance contre les accidents.

Sur le vu de ces preuves et de cette déclaration, la caisse est reconnue comme « caisse inscrite », en tant que ce fait ne met pas en péril l'existence d'une caisse publique.

La demande d'inscription peut être renouvelée en tout temps ; les dispositions de l'article 179, alinéa 4, demeurent toutefois réservées.

Art. 179. Une caisse peut renoncer en tout temps à sa qualité de caisse inscrite.

Cette qualité peut être retirée dans les cas ci-après, nonobstant le maintien de l'autorisation d'exploitation ac-

cordée en vertu de la loi fédérale du 25 juin 1885, sur la surveillance des entreprises privées en matière d'assurance :

- a. lorsque le maintien de la qualité de caisse inscrite mettrait en péril l'existence d'une caisse publique ;
- b. lorsque des inconvénients graves continuent à se manifester, du fait de la caisse inscrite et malgré sommation adressée à cette dernière, pour ses membres tenus à l'assurance, pour les personnes qui ont à fournir les contributions de ces membres ou pour une caisse publique d'assurance contre les maladies.

La renonciation à la qualité de caisse inscrite ou son retrait ne sauraient amoindrir les droits qui résultent de la maladie, de l'accouchement ou du décès d'un membre tenu à l'assurance, alors que ces faits sont antérieurs au changement de qualité de la caisse ou qu'ils surviennent durant les quatre semaines qui suivent le jour de ce changement.

En cas de renonciation à la qualité de caisse inscrite ou en cas de retrait motivé uniquement ou principalement par la disposition de l'alinéa 2, lettre *b*, ci-dessus, la caisse intéressée est tenue de payer une indemnité équitable aux caisses publiques qui devront recueillir ses membres tenus à l'assurance; en outre, elle ne peut requérir de nouveau son inscription (article 178) qu'après cinq ans écoulés.

En cas de liquidation d'une caisse inscrite, les intérêts de ses membres tenus à l'assurance doivent être suffisamment garantis, et les caisses publiques qui devront recueillir ces assurés ont droit à une indemnité équitable.

Art. 180. Il appartient à l'office fédéral des assurances de concéder ou de retirer la qualité de caisse inscrite, et d'adresser la sommation prévue à l'article 179, lettre *b*. Le même office prend les mesures prévues à l'article 179, alinéa 5, et fixe le montant des indemnités prévues aux alinéas 4 et 5.

Il peut y avoir recours au conseil fédéral contre toute décision de l'office des assurances, prise en vertu de l'alinéa précédent.

Les décisions de l'office fédéral des assurances et les prononcés du conseil fédéral, touchant la concession ou le retrait de la qualité de caisse inscrite, doivent être publiés par l'autorité administrative d'arrondissement dont la caisse relève; il en est de même des mesures générales prises en cas de liquidation.

Art. 181. Toute personne tenue à l'assurance contre les maladies a le droit de satisfaire à cette obligation en s'affiliant à une caisse inscrite, établie au lieu de sa résidence ou de son travail; l'assentiment de cette caisse est toutefois nécessaire.

Toute personne qui ne possède pas elle-même la capacité civile doit, sous peine de nullité, justifier du consentement de son représentant légal à son affiliation.

Toute personne qui a fait usage de la faculté établie à l'alinéa 1 reste membre de la même caisse inscrite aussi longtemps qu'elle est tenue à l'assurance dans l'arrondissement d'assurance où elle avait sa résidence ou son travail au temps de son affiliation, et pourvu que son obligation à l'assurance ne cesse pas durant plus de quatre semaines.

Toutefois, avec l'assentiment de l'autorité d'arrondissement, la direction de la caisse publique dont l'assuré relève peut admettre cet assuré sur sa demande, moyennant ou sans indemnité à payer par la caisse inscrite.

Art. 182. Les caisses inscrites doivent porter immédiatement à la connaissance de l'autorité administrative d'arrondissement l'entrée et la sortie de leurs membres tenus à l'assurance.

Art. 183. Sans préjudice au droit établi à l'article 177, toute caisse inscrite peut prétendre aux subsides prévus à l'article 68, pour les assurés de nationalité étrangère qui satisfont auprès d'elle à leur obligation d'être assurés contre les maladies.

Les dispositions des articles 72, 73, lettres *a* et *b*, 74, 75, 81, 83, 84 et 139, alinéa 3, première partie, sont applicables au paiement du reste des contributions.

Toutefois, la part de contributions payable par l'employeur ou par la commune d'assurance ne peut excéder la valeur que l'employeur ou la commune devraient fournir si l'assuré était membre de la caisse publique dont il relève.

Art. 184. Le juge ordinaire prononce sur les contestations qui s'élèvent entre une caisse inscrite et un employeur ou une commune d'assurance, quant à l'application de l'article 183.

Les décisions prises en application de l'article 8, alinéa 1, lient le juge ordinaire quant au caractère, obligatoire ou facultatif, de l'assurance.

Le juge reconnu compétent par les statuts de la caisse prononce sur les contestations qui s'élèvent entre une caisse inscrite et ses membres tenus à l'assurance; le juge ordinaire est compétent à défaut de dispositions statutaires à cet égard.

## **E. Dispositions pénales.**

### **I. Dispositions concernant les caisses publiques d'assurance contre les maladies.**

Art. 185. La direction de la caisse prononce l'amende que les statuts peuvent prévoir contre l'assuré absent d'une assemblée générale des assurés ou des délégués (article 103, lettre *d*). La même compétence appartient au comité lorsqu'il s'agit d'une assemblée générale des employeurs (article 110, lettre *b*).

Dans les cas prévus par l'article 98, alinéa 2, les mesures de police sont prises contre le ou les porteurs de la signature sociale et, dans le cas prévu par l'article 98, alinéa 4, contre le représentant légal de l'employeur.

Les dispositions des articles 95, alinéa 3, et 99, concernant les assemblées générales constituantes, demeurent réservées.

Art. 186. La négligence réitérée, le manquement manifeste à ses obligations, la violation grave ou la violation légère et répétée de la présente loi, des ordonnances générales ou spéciales rendues par les autorités compétentes en application de cette loi, des statuts, du règlement des employeurs ou des ordonnances générales ou spéciales rendues par les organes compétents d'une caisse, sont réprimées d'après les distinctions suivantes :

- a. les contraventions commises par les membres effectifs ou suppléants de la direction, par le délégué des employeurs, par les vérificateurs des comptes, par les membres du bureau d'une assemblée générale ou, dans le cas prévu à l'article 143, lettre a, par l'employeur chef d'entreprise, sont punies d'une amende de un à cent francs, prononcée par l'autorité d'arrondissement ;
- b. les contraventions commises par les employés ou commissaires de la caisse, n'appartenant pas à la direction, sont punies d'une amende de cinquante centimes à cinquante francs, prononcée par la direction ou par l'autorité d'arrondissement.

Art. 187. Est punie, toute contravention intentionnelle :

- a. aux articles 44, 46 et 47, alinéas 3 et 4, d'une amende de cinquante centimes à dix francs ;
- b. aux articles 74, alinéa 1, 77, 81 et 82, d'une amende de un à cinquante francs ;
- c. aux articles 21, alinéa 5, 133, 137 et 140, d'une amende de dix à mille francs. La même peine est applicable en cas de défaut d'aviser en temps opportun de la clôture prochaine d'une entreprise ou d'un établissement (article 144, alinéa 1).

Art. 188. Est puni d'une amende de un à cinquante francs, le fait de se procurer ou de tenter de se procurer des prestations d'une caisse :

- a. en simulant une maladie (article 61) ou l'existence d'un louage de services entraînant obligation à l'assurance ;
- b. en dissimulant une maladie déjà existante au moment de l'entrée dans la caisse (article 62).

Dans les cas particulièrement graves, les mesures de police sont remplacées par une dénonciation au juge pénal, sous prévention d'escroquerie ou de tentative d'escroquerie.

Art. 189. Les mesures de police prévues aux articles 187 et 188 sont prises par les autorités et organes suivants :

- a. la condamnation à une amende n'excédant pas cinquante francs, par la direction, par l'autorité d'arrondissement ou par l'office fédéral des assurances ;
- b. la condamnation à une amende supérieure à cinquante francs ou la répression exercée contre un employeur, à raison de ses obligations vis-à-vis d'une caisse d'entreprise, par l'autorité d'arrondissement ou par l'office fédéral des assurances.

S'il s'agit d'une caisse soumise à la surveillance directe de l'office des assurances (article 132), l'autorité d'arrondissement n'est compétente que moyennant procuration générale ou spéciale du dit office.

La condamnation prononcée par une autorité d'assurance annule toute autre condamnation prononcée contre la même personne et pour le même fait par une autorité d'assurance inférieure.

Les dispositions de l'article 185, alinéa 2, sont applicables aux condamnations prévues par les articles 187 et 188.

Art. 190. La condamnation à une amende (articles 185, alinéa 1, et 189) est portée par écrit à la connaissance de l'intéressé.

Toute condamnation à l'amende peut être l'objet d'un recours adressé dans les dix jours dès la communication écrite du prononcé :

- a. à l'autorité d'arrondissement, pour les amendes prononcées par la direction de la caisse ou par le comité de l'assemblée générale des employeurs ;
- b. à l'office fédéral des assurances, pour les amendes prononcées en première instance par l'autorité d'arrondissement.

Dans le premier cas, l'autorité d'arrondissement et, dans le second, l'office des assurances jugent définitivement.

L'autorité devant laquelle est porté le recours peut augmenter le montant de l'amende, dans les limites fixées par la présente loi.

Les condamnations à l'amende prononcées par l'office fédéral des assurances sont sans recours.

Art. 191. Les mesures de police et l'amende prévues à l'article 82 atteignent l'employeur pour les fautes de ses représentants.

Art. 192. Les dispositions de l'article 28 de la loi fédérale sur le mode de procéder à la poursuite des contraventions aux lois fiscales et de police de la Confédération, du 30 juin 1849, sont applicables aux cas de défaut de paiement des amendes. La conversion de l'amende en prison ou en travaux publics sans détention est prononcée par l'office fédéral des assurances.

Sans préjudice à une action pénale pour un crime ou délit, toute poursuite de contravention se prescrit par un an dès la date de la contravention ou par trois mois dès le jour où une autorité fondée à poursuivre a eu connaissance du fait. L'amende se prescrit par deux ans dès la date où la condamnation est devenue définitive ; cette prescription s'étend à la prison et aux travaux publics en lesquels l'amende a été convertie.



Art. 193. En cas de contravention des autorités communales ou des personnes déléguées par ces autorités, les organes de l'assurance, incompétents pour prononcer une peine, portent plainte auprès des autorités supérieures dont les contrevenants relèvent en vertu de la législation cantonale sur la matière.

## **II. Dispositions concernant l'obligation de tenir un contrôle de ses ouvriers ou employés.**

Art. 194. Les dispositions de l'article 19 de la loi fédérale sur le travail dans les fabriques, du 23 mars 1877, sont applicables aux violations de l'obligation prévue par l'article 5 de la présente loi, et des ordonnances que cet article met dans la compétence du conseil fédéral.

## **III. Dispositions concernant les caisses libres de secours.**

Art. 195. Les compétences pénales établies par l'ordonnance prévue à l'article 176 et par la loi fédérale du 25 juin 1885, sur la surveillance des entreprises privées en matière d'assurance, ainsi que les peines statuées par cette loi et par l'ordonnance précitée, sont applicables aux caisses libres de secours.

## **F. Dispositions finales et transitoires.**

Art. 196. Les délais fixés par la présente loi ne comprennent pas le jour de leur ouverture.

Lorsque le dernier jour tombe sur un dimanche ou sur un jour légalement férié, le délai expire le premier jour utile qui suit.

Tout acte doit être accompli avant l'expiration du délai auquel cet acte est soumis. Toute pièce écrite doit être parvenue à sa destination régulière, ou avoir été re-

mise à la poste suisse, au plus tard le dernier jour du délai auquel cette pièce est soumise.

Art. 197. La présente loi entrera en vigueur, dans toute son étendue, le . . . . .

L'entrée en fonctions de l'office fédéral des assurances est fixée au . . . . ., et celle des autorités administratives et des conseils d'arrondissements au . . . . .

L'organisation des caisses publiques d'assurance contre les maladies commencera au plus tard le . . . . .

Les délais fixés en application de l'article 133 peuvent échoir dès la date du . . . . . au soir.

Les demandes et les réquisitions d'inscription prévues aux articles 177 et 178 peuvent être déposées dès le . . .

Dès et y compris le . . . . ., les dispositions pénales de la présente loi s'appliquent aux actes qui, en vertu du présent article, sont intervenus ou auraient dû intervenir antérieurement au . . . . .

Art. 198. Immédiatement après qu'aura été opérée la division du territoire (articles 11 et 12) et au plus tard pour le . . . . ., les cantons porteront à la connaissance du conseil fédéral les mesures par eux prises en exécution de l'article 13 de la présente loi.

Art. 199. Pour le . . . . . au plus tard, les caisses soumises à la loi fédérale du 28 juin 1889, concernant les caisses de secours des compagnies de chemins de fer et de bateaux à vapeur, sont tenues :

- a. de fournir au conseil fédéral la preuve qu'elles consacrent un service distinct à l'assurance, contre les maladies, des personnes travaillant pour le compte d'autrui et visées par la présente loi ;
- b. de soumettre à l'approbation du conseil fédéral leurs statuts, règlements et bilans, modifiés d'après la distinction imposée sous lettre a.

Art. 200. Toute personne qui s'annoncera avant le (un an après l'entrée en vigueur de la présente loi), comme membre volontaire d'une caisse communale d'assurance contre les maladies, bénéficiera des avantages suivants : pour le calcul des durées minima de six mois prévues sous lettres *c* des articles 33 et 34 et réduites, le cas échéant, en application de l'article 35, on tiendra compte de la durée d'appartenance à une caisse en Suisse, entre la date d'entrée en vigueur de la présente loi et le jour où la personne s'annoncera ; la durée d'appartenance à une caisse en Suisse, entre le (un an avant l'entrée en vigueur de la loi) et le (date de l'entrée en vigueur de la loi), sera comptée à double.

Art. 201. Toute personne qui s'annoncera avant le (cinq ans après l'entrée en vigueur de la loi), comme membre volontaire d'une caisse communale d'assurance contre les maladies, bénéficiera des avantages suivants : pour le calcul des durées minima de cinq ans prévues sous lettres *c* des articles 33 et 34, et réduites, le cas échéant, en application de l'article 35, on tiendra compte de la durée d'appartenance à une caisse en Suisse, entre le (deux ans avant l'entrée en vigueur de la loi) et le (date de l'entrée en vigueur de la loi).

Art. 202. Jusqu'au (un an après l'entrée en vigueur de la loi), toute caisse communale ou d'entreprise a le droit de recevoir, moyennant ou sans finance spéciale et comme membres volontaires à assurance entière ou restreinte, des personnes mêmes dépourvues des qualités requises par la présente loi ou par les statuts de la caisse.

Pour l'exercice de cette faculté, les deux assemblées générales, délibérant séparément, peuvent donner à la direction ou à une commission spéciale des pouvoirs généraux ou spéciaux ; elles peuvent aussi prononcer elles-mêmes sur les admissions.

L'assentiment de l'autorité compétente de la commune d'assurance et de l'autorité d'arrondissement est nécessaire à l'exercice de la faculté établie ci-dessus.

Art. 203. Au plus tard dès une année après l'entrée en vigueur de la présente loi, les caisses libres de secours doivent se conformer à l'article 2 de la loi fédérale du 25 juin 1885, sur la surveillance des entreprises privées en matière d'assurance, soit à l'ordonnance prévue par l'article 176; à ce défaut ou en cas de refus d'autorisation d'exploitation, les dispositions de l'article 11, chiffre 1, de la loi précitée seront applicables aux caisses qui ne suspendront pas leurs affaires.

Art. 204. Jusqu'à l'ouverture de la banque fédérale, les caisses publiques d'assurance contre les maladies remettront la garde et la gérance de leurs fonds de réserve à d'autres établissements publics de crédit, soit de préférence aux banques cantonales garanties par l'état.

La direction de toute caisse publique d'assurance contre les maladies soumettra à l'approbation de l'office fédéral des assurances, par l'intermédiaire de l'autorité administrative d'arrondissement, le choix que cette caisse aura fait d'un établissement public de crédit pour lui remettre la garde et la gérance de son fonds de réserve.

Art. 205. L'article 341 du code fédéral des obligations, du 14 juin 1881, est abrogé et remplacé par l'article suivant:

«Celui qui a engagé ses services à long terme ne perd pas ses droits à la rémunération, alors qu'il est empêché de s'acquitter de son obligation pendant un temps relativement court et sans sa faute, pour cause de maladie, de service militaire ou telle autre analogue. Toutefois, au cas où celui qui a engagé ses services à long terme était tenu à l'assurance, en vertu de la loi fédérale du . . . . . , sur l'assurance contre les maladies, l'indemnité de chômage

qu'il reçoit ensuite de maladie est déduite du montant de la rémunération que son maître lui doit pour la même période.

« Lorsque celui qui a engagé ses services vit dans le ménage de son maître et qu'il contracte, sans sa faute, une maladie passagère, le maître doit subvenir à son entretien. Toutefois, au cas où le malade était tenu à l'assurance, en vertu de la loi fédérale du . . . . . , sur l'assurance contre les maladies, le maître qui s'annonce à la caisse en temps opportun a droit à une partie équitable de l'indemnité de chômage, représentant les frais d'entretien du malade dès et y compris le troisième jour de la maladie.

« La direction de la caisse, publique ou inscrite, détermine le montant de la retenue à exercer par le maître. »

Art. 206. Toutes les dispositions des lois et ordonnances fédérales et cantonales qui seraient contraires à la présente loi sont abrogées dès et y compris le . . . . .

Art. 207. Le conseil fédéral est chargé, conformément à la loi fédérale du 17 juin 1874, concernant les votations populaires sur les lois et arrêtés fédéraux, de publier la présente loi et de veiller à son exécution.

**Loi fédérale**  
sur  
**l'assurance contre les accidents.**

---

L'ASSEMBLÉE FÉDÉRALE  
de la  
CONFÉDÉRATION SUISSE,  
en exécution de l'article 34 *bis* de la constitution fédérale,  
*décète:*

**A. L'établissement d'assurance.**

Art. 1. La Confédération institue un établissement fédéral d'assurance contre les accidents.

Art. 2. L'établissement fédéral d'assurance a la capacité civile.

La loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889, n'est pas applicable à l'établissement fédéral d'assurance contre les accidents.

Au cas où cet établissement est en retard pour l'exécution de ses obligations, le conseil fédéral prend, dès qu'il en est avisé, les mesures nécessaires.

Art. 3. L'établissement fédéral d'assurance contre les accidents a son siège à Berne.

A moins que la présente loi ne prescrive de procédure spéciale, toute action personnelle contre l'établissement d'assurance doit lui être intentée à son siège ou au lieu de résidence de l'instant en Suisse.

Les actions réelles doivent être intentées au lieu de situation de l'objet.

Art. 4. L'établissement d'assurance est exempt d'impôts, sauf en ce qui concerne sa fortune immobilière non directement affectée au service de l'établissement, dont l'imposition demeure régie par les lois cantonales sur la matière.

Les pièces directement destinées au service de l'établissement, qu'elles soient établies par lui ou à son intention, sont exemptes de droits de timbre et de toute autre imposition.

Le conseil fédéral est appelé à trancher les contestations portant sur l'application du présent article.

Art. 5. Les organes de l'établissement sont réputés autorités fédérales, en ce qui touche le bénéfice de la franchise de port (articles 34 à 36 de la loi fédérale sur les taxes postales, du 26 juin 1884).

Art. 6. Les exercices de l'établissement coïncident avec les années civiles.

## **B. Contributions de la Confédération.**

Art. 7. La Confédération supporte les frais d'installation et d'administration de l'établissement d'assurance; elle fournit des subventions équitables aux institutions de premiers secours aux blessés, aux collections et aux enquêtes concernant les mesures préventives d'accidents.

Art. 8. La Confédération paye le quart de la prime totale d'assurance obligatoire. En outre, la décision par la-

quelle le conseil fédéral étendrait le service de l'établissement à l'assurance volontaire (article 21, lettre *a*) pourrait mettre à la charge de la Confédération le quart au maximum de la prime des assurés volontaires de nationalité suisse.

Art. 9. La Confédération bonifie à la fin de chaque année aux caisses publiques ou inscrites d'assurance contre les maladies, pour leur concours au service de l'assurance contre les accidents, une part équitable de leurs frais d'administration.

Art. 10. L'assemblée fédérale vote chaque année les crédits nécessaires à l'exécution des articles 7 à 9.

Le conseil fédéral édictera, par voie d'ordonnance, des dispositions de détail sur le mode de fixation et de paiement des contributions fédérales.

Il lui appartient de répartir les crédits votés par l'assemblée fédérale.

Art. 11. Avec l'autorisation de la Confédération, l'établissement fédéral d'assurance contre les accidents peut ;

- a.* fonder ou exploiter des hôpitaux, des établissements de santé ou des pharmacies ;
- b.* s'intéresser à la fondation ou à l'exploitation d'hôpitaux, d'établissements de santé ou de pharmacies ;
- c.* se procurer du matériel sanitaire, des médicaments et des appareils orthopédiques.

### **C. Organes de l'établissement.**

Art. 12. L'établissement fédéral d'assurance contre les accidents est géré par l'office fédéral des assurances.

Cet office exerce sa gestion directement ou par l'intermédiaire des autorités administratives d'arrondissements ; il use du concours des caisses publiques ou inscrites d'assurance contre les maladies, conformément à la présente loi.



Le conseil fédéral édictera, par voie d'ordonnance, des dispositions de détail concernant les attributions de l'office fédéral des assurances et des autorités administratives d'arrondissements, à l'égard de l'établissement fédéral d'assurance contre les accidents (articles 161 et 174 de la loi sur l'assurance contre les maladies).

Art. 13. L'office fédéral des assurances est assisté d'un conseil des assurances.

Ce dernier comprend le directeur et les directeurs-adjoints de l'office fédéral des assurances, ainsi que six à seize autres membres nommés par le conseil fédéral après son renouvellement intégral et pour une période de trois ans; trois au moins de ces membres doivent être choisis parmi les employeurs tenus à contributions, et trois au moins parmi les personnes assurées auprès de l'établissement fédéral d'assurance contre les accidents.

Art. 14. Les membres du conseil des assurances nommés par le conseil fédéral en vertu de l'article précédent ne sont pas réputés fonctionnaires; toutefois, les dispositions de la loi fédérale sur la responsabilité des autorités et des fonctionnaires de la Confédération, du 9 décembre 1850, et spécialement les articles 37 et suivants de cette loi, de même que les dispositions du code pénal fédéral, du 4 février 1853, et spécialement les articles 53 et suivants de ce code, sont applicables à ces membres.

Art. 15. Le conseil des assurances discute les affaires importantes qui intéressent l'établissement fédéral; il fait à leur sujet des propositions à l'autorité compétente.

Les délibérations du conseil portent en particulier :

- a. sur les ordonnances du conseil fédéral, prévues par la présente loi;
- b. sur le tableau des risques;
- c. sur les prescriptions et défenses générales touchant la prévention des accidents;

- d. sur le tarif de couverture des rentes ;
- e. sur les rapports et comptes annuels ;
- f. sur les versements aux fonds de réserve et sur les prélèvements à opérer sur ces fonds.

Le conseil peut aussi être consulté sur des questions concernant l'assurance contre les maladies.

Art. 16. Le conseil fédéral déterminera, par voie d'ordonnance, le mode de délibération du conseil, le nombre de ses membres et le montant de l'indemnité qui sera payée à ces derniers.

Le conseil fédéral peut en tout temps augmenter le nombre des membres, dans les limites fixées par la présente loi.

Art. 17. L'office fédéral des assurances est également soumis à la surveillance du conseil fédéral (article 175 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies) en ce qui concerne les attributions que la présente loi lui reconnaît.

Les ordonnances et les décisions de l'office des assurances, concernant l'assurance contre les accidents, ne peuvent être l'objet de recours au conseil fédéral que dans les cas spécialement prévus par la présente loi. Tout recours au conseil fédéral doit être déposé par écrit dans les dix jours dès la communication de la décision qui lui donne lieu ; à ce défaut, le conseil fédéral peut considérer le recours comme non-avenu.

Les ordonnances, décisions et prononcés du conseil fédéral, rendus en vertu de la présente loi, ne peuvent donner lieu à un recours à l'assemblée fédérale.

#### **D. Associations professionnelles.**

Art. 18. Les associations qui réunissent des personnes appartenant aux mêmes professions ou à des professions semblables, et qui poursuivent un but économique inté-

ressant ces professions, ont, sur leur demande, le droit de prendre part à l'administration de l'établissement fédéral d'assurance. Les domaines dans lesquels peut s'exercer leur collaboration sont en particulier :

- a. la constatation des sinistres ;
- b. la prévention des accidents ;
- c. la fixation et la revision du tableau des risques, ainsi que le classement des assurés.

Par voie d'ordonnance ou dans chaque cas particulier, le conseil fédéral déterminera les objets sur lesquels les associations corporatives exerceront leur activité; il fixera le mode de cette collaboration.

### **E. Etendue de l'assurance.**

Art. 19. Toute personne tenue à l'assurance contre les maladies en vertu des articles 1, 6 ou 7 de la loi fédérale du . . . . ., est également assurée auprès de l'établissement fédéral, contre les conséquences économiques des accidents corporels entraînant pour elle la mort, une infirmité permanente ou une maladie de plus de six semaines. Dans ce dernier cas, l'assurance s'applique exclusivement aux journées de maladie postérieures à l'échéance des six semaines.

Art. 20. Pour toute personne visée à l'article précédent, l'assurance dont elle bénéficie en vertu de la présente loi s'établit et s'éteint en même temps que son assurance obligatoire contre les maladies.

L'assurance s'étend à tout accident entraînant l'une des conséquences prévues à l'article 19, et dont l'assuré est victime.

Pour tout accident survenu sur territoire suisse dans le délai de quatre semaines à partir du jour de sa sortie, tout ancien assuré obligé conserve ses droits aux indemnités,

sous déduction de ce que peut devoir lui fournir un autre établissement d'assurance, pour le même sinistre.

Art. 21. Avec l'autorisation de la Confédération, l'établissement fédéral d'assurance contre les accidents peut :

- a. étendre le service de l'établissement à l'assurance volontaire de personnes domiciliées en Suisse et non tenues à l'assurance, en garantissant à ces assurés volontaires des prestations supérieures, égales ou inférieures à celles fixées par les articles qui suivent ; autoriser les personnes tenues à l'assurance à se faire garantir par l'établissement, à titre d'assurés volontaires, telles augmentations des prestations fixées par les articles qui suivent ;
- b. conclure, pour tels risques déterminés ou pour telles catégories de risques, un ou plusieurs contrats de réassurance.

### **F. Procédure à suivre en cas d'accident.**

Art. 22. Au cas où un assuré est victime d'un accident entraînant ou devant vraisemblablement entraîner une infirmité permanente ou une maladie, il doit immédiatement en faire parvenir la nouvelle à son employeur, au représentant de celui-ci ou à la caisse d'assurance contre les maladies auprès de laquelle il satisfait à son obligation à l'assurance.

Art. 23. De même, tout employeur ou tout représentant de ce dernier, apprenant qu'un assuré obligé qu'il occupe a subi un accident mortel ou d'une des espèces prévues au précédent article, doit immédiatement en faire parvenir la nouvelle à la caisse d'assurance contre les maladies auprès de laquelle le lésé satisfait à son obligation à l'assurance.

Art. 24. Tout retard ou omission inexcusable dans l'accomplissement des obligations imposées par les articles 22

et 23 entraîne des mesures de police et la privation totale ou partielle de l'indemnité de chômage afférente aux jours antérieurs à l'avis. En outre, l'assuré et l'employeur fautifs répondent solidairement, vis-à-vis de la caisse d'assurance contre les maladies et de l'établissement d'assurance contre les accidents, du dommage qu'entraîne ce retard ou cette omission. L'on ne peut toutefois imputer le montant du dommage sur celui des prestations ultérieures de la caisse. L'employeur répond des fautes de ses représentants.

Il appartient aux autorités suivantes de prononcer la déchéance des prestations de l'assurance et l'obligation de réparer le dommage, de même que de fixer la mesure de cette déchéance et le montant de cette obligation :

- a. pour les six premières semaines, à la direction de la caisse publique ou à la caisse inscrite d'assurance contre les maladies, dont l'assuré est membre; en cas de contestation, au tribunal reconnu compétent par les articles 164 et 184, alinéa 2, de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies;
- b. pour les semaines suivantes, à l'office fédéral des assurances; en cas de contestation, au tribunal des assurances.

Art. 25. Aussitôt qu'elle apprend qu'un de ses membres tenus à l'assurance a subi un accident d'une des espèces prévues aux articles 22 et 23, la direction de la caisse publique ou la caisse inscrite doit en aviser l'autorité administrative d'arrondissement dont elle relève. La direction de toute caisse d'entreprise soumise à la surveillance directe de l'office des assurances doit aviser l'autorité d'arrondissement qui représente le dit office (article 132 de la loi sur l'assurance contre les maladies) ou bien l'autorité administrative d'arrondissement la plus voisine du lieu de l'accident.

Tout retard ou omission inexcusable dans l'accomplissement des obligations imposées par le présent article entraîne des mesures de police.

En outre, la caisse fautive répond, vis-à-vis de l'établissement d'assurance contre les accidents, du dommage causé par ce retard ou cette omission.

Art. 26. Aussitôt qu'elle est avisée de l'accident, la direction de la caisse publique ou la caisse inscrite d'assurance contre les maladies prend les mesures nécessaires à la vérification du sinistre, de ses circonstances, de ses causes et des suites qu'il a entraînées ; elle communique le résultat de son enquête à l'autorité administrative d'arrondissement. Cette dernière, de même que l'office fédéral des assurances, peuvent charger la caisse d'assurance contre les maladies d'un complément d'enquête ou l'entreprendre eux-mêmes.

Les frais causés par l'enquête ou par son complément, de même qu'une indemnité équitable en faveur du ou des représentants de la caisse d'assurance contre les maladies, sont supportés ou remboursés par l'établissement d'assurance contre les accidents et rentrent dans ses frais d'administration.

Une ordonnance du conseil fédéral déterminera les dispositions de détail concernant la nature et la forme des enquêtes ; elle établira un tarif pour les indemnités dues aux représentants des caisses et, le cas échéant, à d'autres personnes participant aux enquêtes.

Dans chaque cas particulier, il appartient à l'office fédéral des assurances de fixer définitivement le montant des frais et des indemnités.

### **G. Prestations de l'établissement.**

Art. 27. Les prestations de l'établissement d'assurance contre les accidents consistent en :

- a. soins médicaux et indemnités de chômage ;
- b. rentes d'invalidité ;
- c. indemnités funéraires et rentes aux parents survivants d'un assuré.

### a. Soins médicaux et indemnités de chômage.

Art. 28. Tout assuré atteint d'une lésion corporelle a droit aux soins médicaux et à l'indemnité de chômage, dès l'échéance de la sixième semaine à partir du jour où a débuté la maladie entraînée par sa lésion et pour la durée de l'incapacité de travail causée par cette maladie. Les soins médicaux et l'indemnité de chômage sont ceux prévus par les articles 49 et 50 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies. Les dispositions des articles 47, 52 à 52<sup>ter</sup>, 53, alinéas 1 à 4, 54, 55, 56, 62 et 65 de la loi précitée demeurent applicables, pour autant qu'elles ne sont pas contraires à celles des articles 29 à 32 qui suivent.

Art. 29. Après l'échéance de la sixième semaine d'incapacité de travail, la caisse d'assurance contre les maladies dont le lésé est membre reste chargée du service des prestations et de la surveillance, conformément aux articles 47 à 50, 52 à 52<sup>ter</sup>, 53, alinéas 1 à 4, 54 à 56, 63, alinéa 3, et 65 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies.

Toutefois, dans les cas ci-après et pour autant qu'il s'agit de la période de maladie ultérieure à l'échéance de la sixième semaine, la caisse d'assurance contre les maladies doit aviser l'autorité administrative d'arrondissement, qui décide après avoir, le cas échéant, demandé ses instructions à l'office fédéral des assurances :

en matière de privation partielle ou totale des prestations de l'assurance, aux dépens de l'assuré ou d'un tiers ;

en matière d'application des articles 52, 52<sup>bis</sup>, alinéa 1, 53, alinéas 1 à 4, 56, alinéa 1, 63, alinéa 3, ou 65 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies ;

en cas de contestation entre la caisse et une personne qui élève des prétentions contre elle.

Le demandeur peut recourir au tribunal fédéral contre la décision de l'autorité administrative d'arrondissement, prise en vertu du présent article.

Pour la période qui s'écoule dès l'échéance des six premières semaines de maladie, il appartient à l'office fédéral des assurances de prendre les mesures de police prévues à l'article 47, alinéa 4, de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies.

Les médecins d'arrondissements et les médecins commis par l'office des assurances sont au bénéfice de l'alinéa 3 de l'article précité.

Art. 30. Dans les cas prévus aux articles 47, alinéa 4, 52 et 53, alinéa 4, de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies, la rente servie à l'assuré ou à ses parents survivants peut également être réduite, jusqu'à concurrence de moitié.

En cas de contestation, le tribunal fédéral détermine le montant de la rente, fixé d'abord par l'office fédéral des assurances.

Art. 31. L'établissement d'assurance contre les accidents a en tout temps le droit de se charger, dès la date qu'il détermine, des obligations incombant à une caisse d'assurance contre les maladies à l'égard de telle personne assurée contre les maladies et contre les accidents; les attributions de la caisse, soit de sa direction, passent alors à l'établissement d'assurance contre les accidents, spécialement en ce qui concerne le malade.

Lorsque l'établissement d'assurance contre les accidents a fait usage de la faculté prévue à l'alinéa précédent, les compétences attribuées par la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies au tribunal arbitral d'arrondissement passent au tribunal fédéral.

Art. 32. L'établissement d'assurance contre les accidents rembourse aux caisses d'assurance contre les maladies le coût des prestations que ces caisses ont fournies en application de l'article 29, alinéa 1.



Par contre, en cas d'usage de la faculté prévue à l'article précédent, la caisse d'assurance contre les maladies rembourse à l'établissement le coût des prestations afférentes aux six premières semaines de maladie, pour autant que ces prestations n'incombent pas à l'établissement d'assurance contre les accidents, en vertu de la présente loi. La caisse d'assurance contre les maladies n'est toutefois pas tenue de rembourser davantage que ce qu'elle aurait dû dépenser elle-même si l'établissement d'assurance contre les accidents n'avait pas fait usage de la faculté prévue à l'article précédent.

Il appartient au tribunal fédéral de trancher les contestations auxquelles donne lieu l'application du présent article.

### **b. Rentes d'invalidité.**

Art. 33. Au cas où l'accident entraîne une infirmité permanente, le lésé a droit à une rente viagère annuelle d'invalidité; cette rente est égale aux deux tiers de la part dont a été diminué le salaire annuel du lésé.

Le salaire annuel est déterminé, conformément aux articles 78 et 79 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies, d'après le dernier salaire gagné par le lésé avant l'accident.

Si l'on constate plus tard que le dommage est notablement supérieur ou inférieur à l'estimation faite au moment de la constitution de la rente, cette dernière est augmentée ou réduite pour l'avenir; toutefois, la rente augmentée ne peut excéder les deux tiers du salaire annuel qui a servi de base à la détermination première de la rente.

Si, au jour de l'accident, le lésé n'avait pas atteint vingt-deux ans révolus, sa rente est calculée, dès le commencement du mois qui suit la date où il atteint cet âge, d'après la classe de salaires à laquelle il appartiendrait vraisemblablement à cette date, s'il n'avait pas subi de lésion.

Cette détermination nouvelle de la rente est réputée détermination première, au sens de l'alinéa 3 du présent article.

### **c. Rapports des rentes d'invalidité avec les autres prestations de l'établissement.**

Art. 34. Nul ne peut, du fait d'un seul et même accident, percevoir pour la même période des prestations fournies par l'assurance contre les maladies ou résultant de l'article 28 de la présente loi, en même temps qu'une rente d'invalidité.

Si la même cause fonde deux prétentions qui s'excluent en vertu de l'alinéa précédent, l'assuré conserve en cas de doute la prétention qui lui est le plus favorable.

Au cas où un assuré malade est victime d'un accident ou lorsque, malade ensuite d'accident, un assuré est atteint d'une maladie qui n'est pas l'effet de l'accident, la charge des indemnités est équitablement répartie entre la caisse d'assurance contre les maladies et l'établissement d'assurance contre les accidents. S'il s'agit d'une assurée en couches, l'article 63, alinéa 2, de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies est applicable.

Au cas où un lésé bénéficiaire d'une rente d'invalidité est atteint d'un nouvel accident créant en sa faveur un droit à une rente vis-à-vis de l'établissement d'assurance contre les accidents, les deux rentes sont réunies en un seul montant qui ne peut excéder les deux tiers du salaire que l'assuré, s'il n'avait pas subi de lésions, gagnerait vraisemblablement au temps du dernier accident. Si, au jour de cet accident, le lésé n'a pas atteint vingt-deux ans révolus, on applique par analogie la disposition de l'article 33, alinéa 4.

Le fait qu'un assuré qui tombe malade bénéficie déjà d'une rente d'invalidité est sans préjudice au montant des prestations qui incombent pour cette maladie à la caisse d'assurance contre les maladies.

#### d. Indemnités funéraires et rentes aux parents survivants.

Art. 35. Au cas où le lésé succombe à l'accident, les indemnités ci-dessous sont substituées pour la suite aux prestations prévues par les articles 28 et 33 :

- a. L'établissement d'assurance contre les accidents supporte, à la décharge de la caisse d'assurance contre les maladies, les frais funéraires prévus à l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies.
- b. Dès et y compris le jour qui suit celui du décès, les parents survivants de l'assuré ont droit à des rentes annuelles représentatives d'une fraction du salaire annuel du défunt (article 33), savoir :
  - 1° la veuve, jusqu'à sa mort ou à son nouveau mariage, trente pour cent ;
  - 2° le veuf, jusqu'à son nouveau mariage et en tant qu'il est atteint d'une incapacité permanente de travail, vingt pour cent ; l'incapacité permanente de travail du veuf, née plus de cinq années après le décès de l'assurée, ne donne pas droit à une rente ;
  - 3° chaque enfant légitime, né ou à naître, jusqu'à ce qu'il ait atteint seize ans révolus, quinze pour cent ; au cas où l'enfant perd par ce décès ou vient postérieurement à perdre le survivant de ses père et mère, la rente est élevée au vingt-cinq pour cent ;
  - 4° les ascendants en ligne directe, en viager, et les frères et sœurs, jusqu'à ce qu'ils aient atteint seize ans révolus, ensemble vingt pour cent à répartir également entre eux tous.

La veuve ou le veuf n'ont pas droit à une rente si leur mariage avec l'assuré a été postérieur à l'accident.

L'article 33, alinéa 4, est applicable par analogie aux rentes prévues par le présent article.

Art. 36. La totalité des rentes prévues à l'article 35 ne peut excéder le cinquante pour cent du salaire (article 33) de l'assuré.

Les parents mentionnés sous chiffre 4 de l'article 35 n'exercent leurs droits que sur le montant dont les rentes des parents visés sous chiffres 1 à 3 restent en totalité inférieures au cinquante pour cent du salaire de l'assuré.

Les rentes des parents visés sous chiffres 1 à 3 précités subissent une réduction proportionnelle, au cas où leur totalité dépasserait le cinquante pour cent.

En cas d'extinction d'une rente servie en vertu des chiffres 1 à 3 précités, le montant de cette rente profite d'abord, proportionnellement et dans la limite de leurs droits, aux autres titulaires de rentes prévues sous les mêmes chiffres.

En cas d'extinction d'une rente servie en vertu du chiffre 4 précité, le montant de cette rente profite par parts égales aux autres titulaires de rentes prévues sous le même chiffre. Toutefois, aucun parent visé sous chiffre 4 ne peut bénéficier d'une rente supérieure à celle servie à un parent visé sous chiffres 1 à 3.

Art. 37. N'a pas droit à une rente, l'époux qui, au moment du décès de l'assuré, était divorcé ou judiciairement séparé de corps d'avec lui.

Art. 38. Les enfants légalement adoptés ou légitimés antérieurement à l'accident sont assimilés aux enfants légitimes.

De même, tout enfant naturel possède, au décès de sa mère assurée, les droits d'un enfant légitime.

Les mêmes droits appartiennent à l'enfant naturel ou conçu sous la foi d'une promesse de mariage, en cas de mort de son père assuré et si la paternité du défunt a été établie, conformément à la législation applicable, par une décision judiciaire exécutoire ou par une reconnaissance

écrite et digne de foi. Le père dont le décès donne ouverture à un droit, en vertu de la disposition qui précède, est réputé survivant des père et mère, au sens de l'article 35, lettre *b*, chiffre 3.

### e. Rachat de rentes.

Art. 39. En cas de nouveau mariage et sans préjudice à ses droits jusqu'à ce jour, la veuve reçoit en liquidation de sa rente le triple du montant annuel des arrérages de cette dernière. L'extinction des prétentions de la veuve ne profite aux autres titulaires de rentes ou à des bénéficiaires subsidiaires, conformément aux articles 35 et 36, qu'à l'échéance de trois années dès la date du rachat.

Art. 40. L'office fédéral des assurances peut racheter en tout temps, nonobstant opposition du titulaire, toute rente (articles 33 et 35) dont le montant annuel est inférieur à cent francs ou dont le titulaire réside à l'étranger.

Dans tous les autres cas, le rachat ne peut avoir lieu qu'exceptionnellement et à la demande du titulaire.

La rente rachetée n'est réputée éteinte, au sens des articles 35 et 36, qu'à la date où l'extinction aurait eu lieu à défaut de rachat.

Toute rente rachetée avec le consentement du titulaire est définitivement liquidée. Le titulaire dont la rente a été rachetée malgré son opposition peut, dans le cas prévu par l'article 33, alinéa 3, requérir une nouvelle fixation du montant de sa rente; l'établissement lui sert, le cas échéant, une rente complémentaire au prix de rachat, ou bien il augmente ce dernier.

### f. Fixation et qualités juridiques des rentes.

Art. 41. Dans chaque cas, l'office fédéral des assurances vérifie l'existence du droit à une rente et le montant de cette dernière, d'après les circonstances et notamment d'après

les rapports de parenté de l'instant avec l'assuré et avec d'autres compétiteurs; le même office délivre un titre de rente aux personnes dont il a reconnu les droits, et détermine la date à laquelle la rente commence à courir.

Le titre de rente est réputé acte public émanant d'une autorité fédérale.

Chaque fois que des circonstances de nature à influencer sur le montant de la rente, en vertu de la présente loi, se produisent ou viennent à être connues, le titre de rente subit les modifications nécessaires.

Art. 42. L'office des assurances peut repousser toute demande de constitution d'une rente, introduite plus d'une année après la date de l'accident, à moins que les organes de l'établissement aient eu connaissance de l'accident avant l'échéance de ce délai.

Art. 43. Quant le lésé succombe à l'accident, et après avoir vainement employé un autre moyen pour arriver à connaître tous les parents du défunt qui prétendraient à des rentes, l'office des assurances peut publier un avis invitant, sous peine de forclusion, tout prétendant à s'annoncer dans un délai qui ne saurait être inférieur à six mois. Ce délai remplace alors celui prévu à l'article 42.

Art. 44. Celui qui, de bonne foi, perçoit un arrérage de rente qui lui a été attribué par erreur en devient propriétaire; cette somme est portée au débit du bénéficiaire auquel l'arrérage aurait dû être versé.

Le montant de la rente étant déterminé et le titre de rente établi, l'office des assurances peut refuser le paiement de tout arrérage mensuel (article 46, alinéa 1) échu depuis trois mois sans que le bénéficiaire l'ait réclamé auprès de l'office fédéral des assurances, auprès d'une autorité administrative d'arrondissement ou auprès d'un bureau de poste suisse.

Le droit à une rente, reconnu par un titre de rente, se prescrit par deux ans dès la date du dernier paiement d'arrérage; toute réclamation d'un arrérage échu interrompt la prescription.

La prescription d'une rente ne profite aux autres titulaires de rentes ou à des bénéficiaires subsidiaires, conformément à l'article 36, que pour le temps qui suit l'accomplissement de la prescription.

Art. 45. L'établissement d'assurance a seul le droit d'invoquer les cas de prescription prévus aux articles 42 à 44.

#### **g. Echéance et paiement des rentes.**

Art. 46. Les arrérages de rentes sont mensuels; ils échoient le premier jour du mois.

Quand le droit à une rente naît au cours d'un mois, l'arrérage afférent aux jours du mois qui restent à courir échoit le premier jour du mois suivant.

Quand le droit à une rente s'éteint ou subit une réduction ou une augmentation au cours d'un mois, le montant ancien de la rente est maintenu pour les jours du mois qui restent à courir.

Art. 47. Les arrérages de rentes sont payés par les soins de l'administration fédérale des postes, dans ses bureaux.

Le conseil fédéral édictera, par voie d'ordonnance, des dispositions de détail concernant les rapports établis par la présente loi entre l'administration des postes et l'établissement d'assurance contre les accidents, ainsi que les justifications à fournir par les personnes qui se présentent à l'encaissement.

#### **h. Dispositions communes concernant les prestations.**

Art. 48. L'établissement n'est tenu à aucune prestation pour un accident arrivé à l'assuré pendant qu'il était au service militaire.

Art. 49. Les soins médicaux et l'indemnité de chômage sont suspendus durant le temps où l'assuré malade ensuite d'accident est incarcéré, ou interné dans un établissement de travail forcé.

L'établissement d'assurance n'est tenu à aucune prestation pour un accident arrivé à l'assuré pendant qu'il était incarcéré ensuite de condamnation ou interné dans un établissement de travail forcé.

Art. 50. L'établissement d'assurance peut repousser ou réduire toutes prétentions de l'assuré ou de ses parents survivants lorsque l'assuré, agissant en état de responsabilité, s'est attiré la lésion ou la mort intentionnellement ou par des actes délictueux ou dolosifs.

Art. 51. L'établissement d'assurance peut réduire jusqu'à la moitié de leur montant normal l'indemnité de chômage ou les rentes dues à l'assuré ou à ses parents survivants lorsque, agissant en état de responsabilité, l'assuré s'est attiré la lésion ou la mort par une faute grave.

Art. 52. Est déferé au juge pénal sous prévention d'escroquerie ou de tentative d'escroquerie, tout assuré qui, dans le but d'obtenir des prestations de l'établissement, simule une maladie dont il n'a pas été ou n'est plus atteint; il en est de même de celui qui, avec dol, se dit atteint d'une infirmité permanente résultant d'un accident, alors que cette infirmité n'existe que dans une mesure beaucoup moindre ou ne résulte pas d'un accident. Dans les cas de peu de gravité, des mesures de police sont substituées à une plainte pénale.

L'assuré qui, en agissant comme il est dit à l'alinéa précédent, a obtenu des prestations ou une augmentation de prestations de l'établissement, peut en outre être tenu de payer tout ou partie du dommage causé; les héritiers de l'assuré encourent la même obligation.



L'établissement d'assurance peut compenser le montant des dommages-intérêts avec celui des prestations qu'il doit plus tard à l'assuré ou à ses parents survivants pour le même accident, ou à l'assuré pour un accident ultérieur; toutefois, l'indemnité funéraire ne souffre pas de compensation.

Les dispositions de l'article 54 demeurent réservées.

Art. 53. S'il est établi que l'accident s'est produit à un moment où le lésé n'était pas assuré, l'établissement interrompt la fourniture de toutes prestations au lésé ou à ses parents survivants, du fait de cet accident. Les prestations déjà fournies peuvent être réclamées au lésé ou à ses héritiers, à l'exception de l'indemnité funéraire; toutefois, les arrérages de rentes perçus par les parents survivants de l'assuré leur sont définitivement acquis.

Les prestations à fournir à l'assuré ou à ses parents survivants subissent une réduction proportionnée lorsqu'il est établi que le lésé a déjà été en partie dédommagé par l'établissement ou que son infirmité date en partie d'un temps où il n'était pas assuré. Si l'excès de prestations fournies a eu pour cause un acte de dissimulation, l'assuré ou ses héritiers peuvent être tenus à restitution.

Le droit de prendre contre l'assuré des mesures de police demeure réservé.

Art. 54. Dans les cas prévus aux articles 50, 52 et 53, l'office fédéral des assurances peut prononcer contre l'assuré, pour une durée n'excédant pas cinq années, l'exclusion de l'établissement. Ce prononcé est publié après qu'il est devenu définitif; il entraîne pour l'assuré l'incapacité d'appartenir, comme membre volontaire et pour la durée de l'exclusion, à une caisse publique d'assurance contre les maladies.

Art. 55. L'établissement est subrogé, pour le montant des prestations qui lui incombent en vertu de la présente

loi, aux droits de l'assuré contre les tiers civilement responsables de l'accident.

Au cas où un tiers civilement responsable de l'accident a droit à une rente comme parent survivant, l'établissement peut compenser le montant de cette rente avec les dommages-intérêts qui lui ont été attribués par un prononcé judiciaire exécutoire.

## H. La prime.

Art. 56. L'établissement d'assurance contre les accidents perçoit une contribution dite « prime », pour chaque jour ouvrable et pour tout assuré. La prime est graduée d'après les risques d'accidents que présente l'assuré et d'après son salaire journalier.

Art. 57. Tous les assurés sont classés d'après leurs risques d'accidents.

A cet effet, l'office fédéral des assurances, agissant au nom de l'établissement, établit un tableau des risques, approuvé par le conseil fédéral. Ce tableau range les différentes professions, au point de vue des risques d'accidents que chacune d'elles présente.

Le tableau des risques peut être modifié chaque année, avant le 1<sup>er</sup> octobre, pour entrer en vigueur dans sa nouvelle teneur le 1<sup>er</sup> janvier suivant.

Le tableau et toutes les modifications qui lui sont apportées doivent être publiés.

Art. 58. Le 1<sup>er</sup> octobre de chaque année au plus tard, de même qu'à l'entrée de nouveaux assurés, a lieu le classement des assurés, sur la base du tableau des risques. Le classement des ouvriers d'une même entreprise peut se faire en bloc ou par groupes d'ouvriers.

Le classement des assurés appartient à l'autorité administrative d'arrondissement; toutefois, pour les entreprises

soumises à la surveillance directe de l'office fédéral des assurances (article 132 de la loi sur l'assurance contre les accidents), le classement des assurés appartient à cet office.

Art. 59. La décision de classement de l'autorité administrative d'arrondissement est communiquée, par écrit et contre reçu, à l'office fédéral des assurances, à la personne tenue de payer les primes et à la caisse d'assurance contre les maladies dont l'intéressé est membre; elle est également portée en la même forme à la connaissance de l'autorité compétente de la commune d'assurance, si l'intéressé est tenu à l'assurance en vertu des articles 6 ou 7 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies.

Dans les dix jours dès la communication écrite de la décision de classement, la personne tenue de payer les primes, ou l'autorité compétente de la commune d'assurance (article 67), peut recourir par écrit en réforme à l'office fédéral des assurances. Dans la règle, les recours tardifs sont réputés nonavenus.

Les recours sont sans effet suspensif.

L'office des assurances peut réformer en tout temps les classements.

Art. 60. Tout employeur d'une personne assurée en vertu de l'article 1 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies est tenu de faire connaître immédiatement, à la caisse d'assurance contre les maladies dont l'assuré est membre ou à l'autorité administrative d'arrondissement, toute modification importante survenue dans le montant ou la nature du salaire, de même que dans le genre ou le lieu d'occupation de l'assuré. La même obligation incombe pour elle-même à toute personne assurée en vertu des articles 6 ou 7 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies.

Dès qu'elle a été avisée d'une des modifications susmentionnées et après avoir pris les renseignements néces-

saires, l'autorité administrative d'arrondissement réforme, le cas échéant et pour la date qu'elle fixe, le classement de l'assuré; en cas d'attribution à une classe de risques supérieure, l'autorité administrative peut fixer une date antérieure à celle de sa décision. La différence de primes afférente à la période qui s'écoule entre cette date et celle du prononcé doit être versée pour les trois quarts par la personne tenue de payer les primes, et pour un quart par la Confédération.

Les dispositions de l'article 59 sont applicables aux communications et aux recours portant sur des décisions prises en vertu de l'alinéa précédent.

Dans les entreprises soumises à la surveillance directe de l'office des assurances (article 132 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies), les avis concernant les modifications mentionnées à l'alinéa 1 doivent être directement donnés audit office; celui-ci décide, conformément à l'alinéa 2 ci-dessus.

Tout défaut inexcusable de transmettre en temps opportun les avis prévus au présent article entraîne des mesures de police.

Art. 61. Est réputée salaire journalier, la somme fixée par la caisse d'assurance contre les maladies, conformément aux articles 78 et 79 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies.

Art. 62. Le montant de la prime journalière est déterminé par la caisse d'assurance contre les maladies, d'après la classe de risques à laquelle appartient l'assuré et d'après son salaire journalier (article 61).

Art. 63. Le quart de prime fourni par la Confédération (article 8) est encaissé directement par l'établissement.

L'établissement peut percevoir lui-même les trois autres quarts de la prime, ou remettre le soin de cette perception

à la caisses d'assurance contre les maladies dont l'assuré est membre ; dans ce dernier cas, il appartient à cette caisse d'agir par voie de poursuite, tandis que toute mesure ultérieure doit être prise par l'établissement lui-même.

L'établissement rembourse à la caisse d'assurance contre les accidents les frais de poursuite dont cette caisse ne peut pas se faire couvrir par le débiteur.

L'office fédéral des assurances édictera un règlement concernant le versement à l'établissement des sommes perçues par les caisses d'assurance contre les maladies.

Ces caisses répondent, vis-à-vis de l'établissement, d'une perception consciencieuse des primes et de leur versement en temps opportun.

Art. 64. La prime est payable au lieu désigné, sans frais pour l'établissement, tous les mois et d'avance. A l'encaissement de la prime mensuelle de chaque assuré, toute fraction de centime est arrondie au centime entier.

Quand l'obligation de payer la prime naît au cours d'un mois, l'établissement, soit la caisse qui le représente, peut remettre à la fin du mois la perception de la part de prime échue.

Quand l'obligation de payer la prime s'éteint au cours d'un mois, l'établissement, soit la caisse qui le représente, rembourse la part de prime afférente aux jours du mois qui restent à courir, ou bien tient compte de cette part.

Dès et y compris le jour d'entrée de l'assuré, jusque et y compris le jour de sortie, tous les jours, à l'exception des dimanches, sont réputés jours ouvrables. Les dispositions de l'article 68 demeurent réservées.

Art. 65. L'établissement n'est point obligé de rembourser une prime payée par erreur ou de tenir compte de cette prime, lorsqu'aucune réclamation n'a été faite dans les deux mois dès la date du paiement.

Art. 66. Doivent payer à l'établissement la part de prime non fournie par la Confédération :

- a. pour toute personne tenue à l'assurance en vertu de l'article 1 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies, l'employeur de l'assuré ;
- b. pour toute personne tenue à l'assurance en vertu des articles 6 ou 7 de la loi précitée, l'assuré lui-même.

L'employeur ne peut faire supporter à l'assuré une part de la prime; toute convention contraire à cette défense est nulle de plein droit, et le montant indûment retenu doit être immédiatement restitué en espèces. Tout employeur qui contrevient aux dispositions de l'alinéa 2 encourt des mesures de police.

Art. 67. La commune d'assurance est tenue, sous réserve de recours contre le débiteur, de payer les primes en retard de toute personne assurée en vertu des articles 6 ou 7 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies.

Le canton répond, vis-à-vis de l'établissement d'assurance, des obligations imposées à la commune par l'alinéa qui précède.

Art. 68. La prime est remise pour le temps où l'assuré est malade.

La remise de prime est proportionnée à l'incapacité de travail.

Art. 69. L'employeur qui, malgré sommation, ne verse pas la prime échue peut être condamné, par l'office fédéral des assurances et au profit de l'établissement, à payer, en plus de cette prime, une amende s'élevant jusqu'au décuple de la somme en souffrance.

Il appartient à l'office fédéral des assurances de prononcer l'amende prévue au précédent alinéa.

Au cas où le retard est l'effet d'une mauvaise volonté manifeste, des mesures de police peuvent en outre être prises contre l'employeur.

Le produit de l'amende est versé au fonds de réserve général de l'établissement.

Art. 70. L'établissement a, durant quarante jours, contre le débiteur (article 66, lettres *a* et *b*) et pour les primes, les amendes et les dommages-intérêts qu'il réclame, le droit de participation à la saisie sans poursuite préalable, prévu par l'article 111 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, du 11 avril 1889; en cas de faillite ou de saisie du débiteur, les créances de l'établissement sont colloquées dans la première des classes établies à l'article 219 de la loi précitée. La commune d'assurance est au bénéfice des dispositions du présent article, pour le recouvrement des primes qu'elle a dû payer en vertu de l'article 67 ci-dessus.

En cas de liquidation forcée d'une compagnie de chemins de fer, les créances de l'établissement sont colloquées sous chiffre 2 de l'article 38 de la loi fédérale concernant les hypothèques sur les chemins de fer dans le territoire de la Confédération suisse et la liquidation forcée de ces entreprises, du 24 juin 1874.

## **J. Couverture des dépenses, fonds de réserve, rapports et comptes annuels.**

Art. 71. Pour la couverture de ses dépenses, l'établissement applique le système dit « des réserves techniques ».

L'office fédéral des assurances établira un tarif pour le calcul des capitaux à couvrir.

Art. 72. Tout ou partie des excédents de recettes des comptes annuels est versé à un « fonds de réserve général », et à un « fonds de réserve spécial » destiné aux sinistres particulièrement importants quant au nombre de leurs victimes et quant aux charges qu'ils imposent à l'établissement.

Art. 73. Les fonds disponibles appartenant à l'établissement sont placés à intérêts.

Le conseil fédéral déterminera, par une ordonnance spéciale, le mode de placement et de gérance de ces fonds par l'office fédéral des assurances.

Art. 74. L'office fédéral des assurances établit chaque année, pour le 15 septembre au plus tard, le rapport annuel et les comptes de l'établissement pour l'exercice écoulé; il joint à ces documents des propositions touchant l'emploi des excédents de recettes, et il adresse le tout au conseil fédéral qui le soumet à l'approbation de l'assemblée fédérale.

La comptabilité et le service de caisse de l'établissement d'assurance sont, au même titre que ceux des autres administrations fédérales, soumis à la surveillance du bureau fédéral de contrôle.

## **K. Mesures préventives d'accidents.**

Art. 75. Toute personne qui exploite un établissement dans lequel travaillent un ou plusieurs assurés est tenue de prendre des mesures propres à prévenir les accidents, et de faire dans le même but les installations nécessaires.

Art. 76. L'office fédéral des assurances peut édicter des prescriptions ou défenses générales touchant la prévention des accidents.

Ces prescriptions ou défenses doivent être publiées.

Elles peuvent en tout temps donner lieu à un recours au conseil fédéral; ce recours est sans effet suspensif.

Art. 77. L'office fédéral des assurances peut édicter des prescriptions ou défenses spéciales, applicables à certaines industries ou à certains assurés et touchant la prévention des accidents.



Ces prescriptions ou défenses doivent être communiquées, par écrit et contre reçu, aux personnes qu'elles visent; dans les dix jours dès leur communication, elles peuvent donner lieu à un recours adressé par écrit au conseil fédéral.

Tout recours tardif peut être réputé non avenu.

Le recours est sans effet suspensif; mais s'il est reconnu fondé, l'établissement fédéral d'assurance doit payer une indemnité équitable au recourant, pour les dépenses importantes que lui a causées l'observation des prescriptions ou défenses annulées ensuite du recours; le conseil fédéral détermine le montant de cette indemnité.

Art. 78. En cas de violation des dispositions de l'article 75 ou des prescriptions ou défenses prévues aux articles 76 et 77, l'office fédéral des assurances a le droit :

d'imposer à l'employeur lui-même, pour une période à venir dont l'office détermine la durée, le paiement des parts de primes (article 8) incombant en d'autres circonstances à la Confédération.

de porter jusqu'au décuple de son montant normal la prime afférente aux jours qui s'écoulent jusqu'à ce qu'il soit satisfait à ces prescriptions ou défenses;

de ranger les assurés occupés par l'établissement intéressé dans une classe de risques plus élevée.

Toute décision prise par l'office des assurances en vertu de l'alinéa précédent doit être communiquée, par écrit et contre reçu, aux personnes qu'elle vise; dans les dix jours dès sa communication, elle peut donner lieu à un recours adressé par écrit au conseil fédéral. Tout recours tardif peut être réputé non avenu.

Le recours est sans effet suspensif.

Le droit de prendre des mesures de police demeure réservé.

Art. 79. Si, malgré deux sommations, un employeur occupant un ou plusieurs assurés persiste à contrevenir gravement aux prescriptions ou défenses prévues aux articles 76 et 77, le conseil fédéral peut ordonner la fermeture de son établissement. Le gouvernement du canton dans lequel est situé l'établissement visé pourvoit, aux frais du contrevenant, à l'exécution de cette ordonnance. A défaut du contrevenant, la Confédération supporte les frais d'exécution.

### L. Service judiciaire.

Art. 80. Le tribunal fédéral prononce en première et dernière instance sur toute contestation concernant:

- a. les prestations garanties par la présente loi, leur déchéance totale ou partielle, leur remboursement ou leur prescription, ainsi que les prestations à fournir à l'établissement en vertu de la présente loi, et s'élevant entre un assuré ou une autre personne et l'établissement d'assurance contre les accidents;
- b. une réclamation en dommages-intérêts, intentée en vertu des articles 24, 52 ou 53;
- c. le rachat d'une rente;
- d. l'exclusion d'un assuré, prononcée par l'office des assurances, et la durée de cette exclusion;
- e. les prétentions basées sur l'article 32 et soulevées par l'établissement d'assurance contre les accidents, à l'égard d'une caisse publique ou inscrite d'assurance contre les maladies, et réciproquement.

Le tribunal fédéral prononce enfin sur toute contestation pour laquelle il est substitué au tribunal arbitral d'arrondissement en vertu de l'article 31.

En outre, le tribunal fédéral peut être appelé à réformer les décisions prises par l'office fédéral des assurances, en vertu de la présente loi, concernant l'attribution ou la

privation totale ou partielle de telles prestations de l'établissement.

Art. 81. Sur préavis du tribunal fédéral, le conseil fédéral déterminera par une ordonnance la procédure applicable au jugement des contestations mentionnées à l'article précédent.

### **M. Dispositions pénales.**

Art. 82. Il appartient à l'office fédéral des assurances de prendre les mesures de police prévues par la présente loi.

Les articles qui suivent déterminent la nature de ces mesures; toutefois, dans les cas prévus à l'article 31 et même s'il s'agit d'un assuré précédemment affilié à une caisse inscrite d'assurance contre les maladies, les dispositions des articles 187 et 188 de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies sont substituées à l'article 83 de la présente loi, et l'office fédéral des assurances prononce définitivement.

Art. 83. Est punie, toute contravention intentionnelle :

- a. aux articles 22 et 29, alinéa 4, d'une amende de un à vingt francs ;
- b. aux articles 23, 25, 60, 66 et 69, d'une amende de deux à cent francs ;
- c. aux articles 52, 53 et 78, d'une amende de cinq à deux mille francs.

Art. 84. Les mesures de police et l'amende atteignent l'employeur pour les fautes de ses représentants.

Art. 85. Les mesures de police visant la direction d'une caisse publique d'assurance contre les maladies sont prises contre les membres fautifs de cette direction, personnellement.

Les mesures de police visant une caisse inscrite d'assurance contre les maladies sont prises contre la caisse même.

Art. 86. Nul ne peut, pour le même fait, être condamné à une peine en vertu de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies et à une seconde peine en vertu de la présente loi.

La condamnation prononcée en vertu de la présente loi annule toute autre condamnation, même exécutoire, prononcée en vertu de la loi fédérale sur l'assurance contre les maladies.

Art. 87. Sous réserve de la prescription établie à l'article 99, des mesures de police peuvent être prises à l'égard du contrevenant acquitté par le juge pénal, après lui avoir été déféré en vertu des articles 52 ou 53.

Art. 88. La condamnation à une amende est portée par écrit à la connaissance de l'intéressé.

Sauf dans les cas prévus à l'article 31, toute condamnation à l'amende peut être l'objet d'un recours adressé au conseil fédéral dans les dix jours dès la communication écrite du prononcé.

En cas de recours, le conseil fédéral peut augmenter le montant de l'amende, dans les limites fixées par la présente loi.

Art. 89. L'office des assurances peut en tout temps remettre ou réduire une amende qu'il a prononcée. Il ne peut y avoir de recours contre le prononcé de l'office, refusant d'appliquer la disposition qui précède.

Le conseil fédéral a le même droit de remise ou de réduction pour toute amende qu'il a prononcée ou qu'il a maintenue en seconde instance.

Art. 90. Le produit de l'amende, sous déduction des frais de perception irrécouvrables, est versé au fonds de réserve général de l'établissement d'assurance contre les accidents, même dans les cas prévus à l'article 31.

Art. 91. Sauf en ce qui concerne les amendes prononcées contre des caisses inscrites ou des personnes civiles, les dispositions des articles 28 et 29 de la loi fédérale sur le mode de procéder à la poursuite des contraventions aux lois fiscales et de police de la Confédération, du 30 juin 1849, sont applicables aux cas de défaut de paiement des amendes.

La conversion de l'amende en prison ou en travaux publics sans détention est prononcée par l'office fédéral des assurances.

Art. 92. Sans préjudice à une action pénale pour un crime ou délit, toute poursuite de contravention se prescrit par un an dès la date de la contravention ou par trois mois dès le jour où l'office fédéral des assurances a eu connaissance du fait.

Le fait de déférer le contrevenant au juge pénal, en vertu des articles 52 ou 53, interrompt la prescription et en suspend le cours jusqu'au jour où le prononcé du juge devient définitif.

Art. 93. L'amende se prescrit par deux ans dès la date où la condamnation est devenue définitive; cette prescription s'étend à la prison et aux travaux publics en lesquels l'amende a été convertie.

## **N. Dispositions finales et transitoires.**

Art. 94. Les délais fixés par la présente loi ne comprennent pas le jour de leur ouverture.

Lorsque le dernier jour tombe sur un dimanche ou sur un jour légalement férié, le délai expire le premier jour utile qui suit.

Tout acte doit être accompli avant l'expiration du délai auquel cet acte est soumis. Toute pièce écrite doit être par-

venue à sa destination régulière, ou avoir été remise à la poste suisse, au plus tard le dernier jour du délai auquel cette pièce est soumise.

Art. 95. L'établissement fédéral d'assurance contre les accidents peut reprendre à l'amiable la police existant, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, entre un de ses assurés obligés et une entreprise d'assurance contre les accidents.

Art. 96. Sont abrogées et remplacées par les dispositions du code fédéral des obligations, du 14 juin 1881 :

- a. la loi fédérale sur la responsabilité civile des fabricants, du 25 juin 1881 ;
- b. la loi fédérale sur l'extension de la responsabilité civile, complétant la loi fédérale du 25 juin 1881, du 26 avril 1887.

Art. 97. Dans les industries que le conseil fédéral, en exécution de l'article 5, lettre *d*, de la loi fédérale sur le travail dans les fabriques, du 23 mars 1877, désigne comme engendrant des maladies graves, l'employeur est responsable du dommage causé à un employé ou à un ouvrier par une de ces maladies, lorsqu'il est constaté qu'elle ne résulte pas d'un accident mais bien du fait de travailler dans l'établissement de cet employeur.

La responsabilité prévue à l'alinéa précédent déploie ses effets dès la cessation des prestations de la caisse d'assurance contre les maladies ; l'employeur est tenu à un paiement unique d'une valeur égale aux deux tiers du dommage que l'assuré subit ensuite de son incapacité totale ou partielle de travail.

Le droit d'actionner l'employeur se prescrit conformément à l'article 69 du code fédéral des obligations, du 14 juin 1881.

Art. 98. La loi fédérale sur la responsabilité des entreprises de chemins de fer et de bateaux à vapeur, en cas d'accidents entraînant mort d'homme ou lésions corporelles, du 1<sup>er</sup> juillet 1875, est abrogée en ce qui concerne la responsabilité de ces entreprises pour les accidents de leurs employés, et remplacée en cette matière par les dispositions du code fédéral des obligations, du 14 juin 1881.

Art. 99. L'article 888 du code fédéral des obligations, du 14 juin 1881, est abrogé pour autant qu'il serait contraire aux dispositions de la présente loi.

Art. 100. La présente loi entrera en vigueur le . . .

Art. 101. Le conseil fédéral est chargé, conformément à la loi fédérale du 17 juin 1874, concernant les votations populaires sur les lois et arrêtés fédéraux, de publier la présente loi et de veiller à son exécution.

---

## **Message du conseil fédéral à l'assemblée fédérale concernant deux projets de lois sur l'assurance contre les maladies et les accidents. (Du 21 janvier 1896.)**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1896
Année	
Anno	
Band	1
Volume	
Volume	
Heft	07
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	---
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	12.02.1896
Date	
Data	
Seite	127-497
Page	
Pagina	
Ref. No	10 072 264

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.



## Supplément au message

du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale

concernant

deux projets de loi sur l'assurance contre les maladies  
et les accidents.

(Du 13 avril 1897.)

---

Monsieur le président et messieurs,

Le message du Conseil fédéral du 21 janvier 1896 ne consacre que peu de mots aux moyens par lesquels la Confédération entend pourvoir aux dépenses qui lui seront imposées par les projets de loi sur l'assurance contre les maladies et les accidents.

Le Conseil fédéral disait, à la page 25 de ce message, qu'il n'avait pas encore résolu la question de savoir par quels moyens la Confédération pourvoira à ces dépenses et que cette question ferait l'objet d'un message spécial subséquent. A cette époque, cependant, le Conseil fédéral était déjà fixé sur deux points.

Partant de l'idée qu'il s'agissait, pour la Confédération, d'une nouvelle dépense annuelle de 7 à 8 millions de francs, le Conseil fédéral déclarait qu'on ne saurait mettre en vigueur les deux lois d'assurance qu'après avoir procuré à la Confédération les ressources nécessaires; que toute autre manière de procéder aurait la très fâcheuse conséquence de détruire l'équilibre péniblement rétabli des finances fédérales et de mettre la Confédération dans une situation intenable.

En outre, le Conseil fédéral estimait que l'on ne pouvait couvrir les dépenses résultant des lois sur l'assurance au moyen des recettes courantes actuelles, en tant du moins que la nouvelle charge annuelle s'élèverait jusqu'à 8 millions de francs. Bien au contraire, le Conseil fédéral était convaincu que pour rendre viable l'assurance proposée contre les maladies et les accidents et pour pouvoir accorder à cette œuvre les subsides prévus par les projets, il fallait absolument créer une source nouvelle et très importante de revenus, malgré l'augmentation des recettes douanières.

A ce moment-là le Conseil fédéral croyait que la solution la meilleure et la plus simple serait l'introduction du monopole du tabac ; dans l'organisation de ce monopole on aurait sauvegardé les intérêts des ouvriers de cette branche et de la culture indigène et on aurait admis le principe que le prix des tabacs manufacturés, de consommation courante, ne serait pas augmenté, ni leur qualité diminuée. Un mémoire sur cette question, élaboré depuis le commencement de l'année 1895 prévoit pour le monopole organisé d'après les bases ci-dessus, un rendement net de 6 1/2 millions, après déduction de 1 1/2 millions de francs pour amortissement et intérêts des indemnités à payer.

Toutefois, en présence de l'opposition à laquelle l'introduction de ce monopole se heurte de divers côtés, le Conseil fédéral a cru qu'il était de son devoir d'étudier avec soin d'autres solutions proposées.

Cette manière de faire était surtout commandée par deux considérations. Au moment où fut rédigé le message du Conseil fédéral concernant les lois d'assurance, message auquel le Département des Finances a collaboré pour la partie touchant la participation financière de la Confédération, nous étions encore dans une incertitude complète au sujet de la situation financière de la Confédération. Il est bien vrai que dans son message concernant le rétablissement de l'équilibre financier, le Conseil fédéral se croyait autorisé à cette conclusion rassurante que l'ère des déficits pourrait être définitivement close en 1897 si les recettes brutes des douanes venaient à atteindre le chiffre de 39 millions. Mais on se trouvait encore sous l'impression du déficit de 8 millions du compte d'Etat de 1893 et de l'excédent de dépenses de 3,575,000 francs, prévu par le budget de 1894, tandis que, depuis lors, le compte d'Etat pour l'exercice 1894 a accusé un boni de 371,000 francs et celui de 1895 un boni de 4,600,000 francs, grâce aux recettes brutes des douanes, de 43 millions. En outre, il était indispensable, pour juger du côté financier de la question, de connaître l'accueil qui serait fait aux projets de loi concernant l'assurance par les commissions préconsultatives. Si, abstraction faite d'autres dépenses

nouvelles, la Confédération avait dû se procurer chaque année de 7 à 8 millions pour l'assurance contre les maladies et les accidents, il eût été absolument nécessaire de trouver d'autres sources de revenus, tandis qu'une diminution des prestations de la Confédération, par les commissions, pouvait exercer une influence décisive sur la solution de la question financière et de ses difficultés.

Mais, comme depuis lors le compte d'Etat de 1896 a soldé par un excédent de recettes de 7,700,000 francs et que, d'après un nouveau tableau dressé par le Département de l'Industrie, les décisions unanimes de la commission du Conseil national permettent de réduire les contributions annuelles de la Confédération à la somme de 5,334,000 francs, en prenant pour base 1 million d'assurés, nous n'avons qu'à nous féliciter d'avoir retardé la discussion de la question financière. La situation s'est éclaircie et il est permis d'espérer maintenant qu'une subvention de 5,3 à 5,4 millions pour l'assurance contre les maladies et les accidents peut être prélevée sur les dépenses normales courantes, sans recourir au monopole du tabac ; aussi le Conseil fédéral n'hésite-t-il pas à émettre son préavis dans ce sens.

Mais si, en se fondant sur le résultat du compte de 1896, on prétend que la Confédération pourrait faire davantage et si, par lettre du 29 mars, la commission du Conseil national en a pris occasion pour inviter le Conseil fédéral à examiner encore une fois la question de savoir si ce résultat de compte ne permettrait pas de reprendre les propositions primitives et de décréter une dépense annuelle de 8 millions en faveur de l'assurance contre les maladies et les accidents sans créer de nouvelles sources de revenus, le Conseil fédéral se voit obligé de combattre énergiquement l'idée qui peut avoir provoqué cette demande.

En premier lieu, on ne peut se baser sur le résultat de compte d'une seule année quand il s'agit de trouver les fonds pour une entreprise qui nécessitera une dépense invariable de 8 millions de francs. L'erreur pourrait être d'autant plus fatale que presque tout l'excédent de recettes de l'exercice 1886 est dû au fait que les recettes brutes des douanes ont dépassé la somme budgétée de 6,300,000 francs. On ne répétera jamais assez que les droits d'entrée constituent, pour ainsi dire, la seule recette importante de la Confédération ; que l'on s'exposerait à de cruelles déceptions si l'on comptait sur un accroissement continu des recettes des douanes et qu'une diminution importante de ces revenus compromettrait gravement nos finances. La statistique de nos recettes douanières accuse non seulement des temps d'arrêt, mais encore des périodes de recul et, à l'augmentation extraordinaire de 1896, nous pouvons

opposer, par exemple, la diminution de 96,830 francs constatée dans les deux premiers mois de cette année.

En outre, si l'on veut juger de la situation dans son ensemble, il ne faut pas se demander seulement si l'état actuel de nos finances nous permet de faire une nouvelle dépense annuelle de 5 ou 8 millions pour les projets d'assurance, à prélever sur les recettes ordinaires. Car bien que l'introduction de l'assurance générale contre les maladies et les accidents soit une des tâches les plus nobles et les plus urgentes, il ne faut pas oublier que la Confédération est appelée à réaliser encore d'autres postulats économiques et sociaux et qu'elle doit chercher à remplir tous les engagements pris sous forme de lois fédérales et d'arrêtés fédéraux, c'est à dire qu'elle doit se procurer les fonds nécessaires pour leur exécution. Il ne s'agit donc pas uniquement de l'augmentation des charges qui résultent de l'assurance contre les maladies et les accidents, mais il faut aussi songer aux dépenses nouvelles qui incomberont à la Confédération encore dans d'autres domaines.

Le Conseil fédéral estime qu'il a le devoir d'attirer l'attention de l'Assemblée fédérale sur toute une série de ces dépenses.

Et d'abord la motion concernant les *subventions à l'école primaire*, prise en considération par le Conseil national en 1893. Il est vrai que la portée de cette motion a été atténuée par la réserve qu'il serait tenu compte de la situation financière de la Confédération. Mais c'est précisément sur le relèvement des finances fédérales que s'appuient les auteurs de cette motion pour demander que l'on s'occupe une fois sérieusement de cette question. Un avant-projet de loi, dont le Conseil fédéral avait été saisi il y a déjà quelque temps, prévoyait une subvention annuelle de 1,200,000 francs; mais il nous sera permis de douter que cette somme soit assez élevée quand on voudra venir en aide d'une manière efficace à l'école populaire.

L'Assemblée fédérale est nantie en outre d'un projet de loi *concernant les traitements de tous les fonctionnaires et employés*. Les augmentations de traitement prévues sont justifiées par les circonstances et sont fixées dans des limites raisonnables, cependant l'adoption de cette loi n'entraînera pas moins un surcroît de dépenses assez considérable, vu le développement pris par l'administration centrale. Ce surcroît de dépenses s'élèvera à 500,000 ou 600,000 francs quand les dispositions concernant l'augmentation du traitement d'après le nombre des années de service auront été appliquées sur toute la ligne et que le maximum des traitements aura été atteint.

Depuis le mois de décembre écoulé, la ratification du traité concernant le *percement du Simplon* est un fait accompli. Nous voilà donc placés devant une dépense certaine de 4 1/2 millions de francs à répartir sur 4 ou 5 années, et il faut espérer, dans l'intérêt de la Suisse orientale, que la réussite de ce projet donnera une nouvelle impulsion aux efforts que l'on fait depuis longtemps pour relier la Suisse à l'Italie par un chemin de fer à travers les Alpes grisonnes. Il faut donc compter avec une autre dépense de 4 1/2 millions de francs.

La question de l'unification du droit est également à l'ordre du jour et ce sont spécialement les projets d'articles constitutionnels concernant le droit pénal qui prévoient des *subventions fédérales* pour la construction de *pénitenciers cantonaux*. Nous ne sommes pas en mesure d'évaluer les dépenses qui résulteraient de ce chef.

*L'extension de la haute surveillance de la Confédération sur la police des forêts* (revision de l'art. 24 de la constitution fédérale), augmentera aussi les charges de notre budget annuel.

Mais ce qui menace très sérieusement notre situation financière, c'est la question de la transformation de l'*armement de l'artillerie* qui vient d'être soulevée d'une manière si inattendue et que nos voisins pourront nous forcer à aborder aussi. Il s'agit ici d'une dépense qu'on ne pourra guère évaluer à moins de 15 millions, attendu qu'il faudrait aussi changer toute la munition.

On peut se demander si à toutes les nouvelles charges que nous venons d'énumérer, il ne serait pas possible d'opposer quelques diminutions de dépenses. Or, déjà en novembre 1895, notre Département des Finances a appelé l'attention de tous les départements sur le message spécial qu'il s'agissait encore de présenter touchant les charges de l'assurance contre les maladies et les accidents, en leur demandant s'il ne leur serait pas possible d'augmenter leurs recettes ou de diminuer leurs dépenses. Le résultat de cette démarche fut absolument négatif. On peut dire en somme que si l'on a réussi à arrêter pour le moment l'accroissement menaçant et progressif des dépenses dans presque tous les services administratifs, conformément aux conclusions de notre message du 3 novembre 1894, concernant le rétablissement de l'équilibre financier, il ne faut pas perdre de vue que certaines lois fédérales et certains arrêtés fédéraux, qui prévoient notamment des subventions pour les cantons, nécessiteront plutôt une augmentation des dépenses.

C'est le cas surtout pour *l'encouragement de l'agriculture, de l'enseignement professionnel et industriel, de l'enseignement de l'économie domestique et de l'enseignement professionnel du sexe féminin et pour les corrections de rivières*. Il est vrai qu'une série

de corrections anciennes et moins importantes vont être terminées mais l'expérience des dernières années nous apprend que ce sont précisément de nouveaux et grands projets qui grèveront cette rubrique budgétaire pour un certain nombre d'années. Cette dépense s'est élevée en 1895 à la somme de 3,179,000 francs, le budget pour 1896 prévoit 3,581,000 francs et celui de 1897 3,690,000 francs.

Les constructions, notamment les hôtels de poste que l'on érige dans les chefs-lieux des cantons, mettent aussi le budget fortement à contribution. En 1895, il a été dépensé pour des constructions nouvelles 2,978,000 francs, dans le budget pour 1896 on a inscrit pour cet objet 2,680,000 francs et dans celui pour 1897 3,577,000 francs. Dans le domaine de l'*Administration des postes et télégraphes*, les chambres fédérales ont déclaré lors de la discussion du budget pour l'exercice 1897 qu'elles étaient d'accord en principe que tous les excédents de recettes réalisés par l'administration des télégraphes fussent affectés, jusqu'à nouvel ordre, à l'amortissement du compte de constructions de cette administration, c'est-à-dire jusqu'au moment où ce compte aura subi une réduction notable. Il en résultera, cela va sans dire, une diminution des recettes courantes, laquelle pourrait être compensée, il est vrai, par la plus-value des recettes nettes de l'administration des postes. Ces recettes ont augmenté successivement durant ces dernières années, mais nous ne savons pas combien longtemps cela durera, car l'expérience nous apprend qu'aussitôt que les résultats du compte de l'administration des postes se relèvent un peu, le public s'en prévaut pour demander de nouvelles concessions dans l'intérêt du trafic. Il reste d'ailleurs encore à liquider le postulat présenté par la commission du budget du Conseil national, tendant à la réduction des taxes pour les journaux.

De ce qui précède nous tirons les conclusions suivantes:

Non seulement nous avons heureusement réussi à clore l'ère des déficits plus vite qu'on ne pouvait l'espérer en décembre 1894, mais encore notre compte d'Etat devrait nous permettre de prévoir pour les temps ordinaires un excédent de 5 à 7 millions. Ce résultat doit être attribué en majeure partie à l'augmentation de nos recettes douanières, mais rien ne nous garantit que ces recettes continuent à s'élever ou seulement à se maintenir à leur chiffre actuel. Abstraction faite de l'assurance contre les maladies et les accidents, nous nous trouvons en présence de toute une série de nouvelles dépenses qui grèveront notre budget d'une manière durable ou du moins pendant de longues années et dont il est difficile de fixer le chiffre, mais que l'on peut toutefois évaluer à plusieurs millions par an.

Si l'on s'en tenait aux décisions de la commission du Conseil national, c'est-à-dire à une contribution fédérale de 5,3 à 5,4 millions au maximum, des résultats de compte comme celui de l'année 1896 nous permettraient d'effectuer encore quelques millions pour les autres dépenses mentionnées plus haut et de renoncer à de nouvelles sources de revenus. Mais ce dont le Conseil fédéral est encore beaucoup plus convaincu, c'est qu'il ne saurait être question de créer l'assurance contre les maladies et les accidents, organisée sur la base d'une subvention fédérale de 8 millions, de subventionner l'école publique et de subvenir aux dépenses normales et à toutes les autres dépenses extraordinaires mentionnées plus haut, sans procurer de nouveaux revenus à la Confédération ou sans compromettre de nouveau l'équilibre de nos finances.

Nous prions d'autant plus instamment la haute Assemblée fédérale de ne pas s'écarter des décisions de la commission du Conseil national, que cette dernière commission nous a fait savoir d'une manière non équivoque qu'elle s'opposerait énergiquement au monopole du tabac, que le Conseil fédéral se proposait d'introduire en même temps que les projets d'assurance, et que d'autre part l'examen fait par le Conseil fédéral de la situation a démontré qu'on ne pouvait augmenter les revenus que par une majoration des droits d'entrée que le Conseil fédéral considère comme absolument inadmissible.

Avant tout nous aurions à nous opposer à l'augmentation des droits sur les *céréales* que l'on a déjà proposée à plusieurs reprises. Nous nous appuyerons ici sur le rapport présenté par le Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale le 12 mars 1896.

Ensuite d'une pétition signée par environ 8900 citoyens suisses, appartenant à 260 communes des cantons de Berne, Lucerne, Fribourg, Soleure, Vaud, Neuchâtel et Genève, demandant que des mesures soient prises pour protéger les produits agricoles suisses en général et les céréales en particulier, le Conseil fédéral et l'Assemblée fédérale ont eu l'occasion de s'occuper ces dernières années de la question de la majoration des droits d'entrée sur les blés. On sait que cette pétition n'a pas été prise en considération.

A ne considérer que l'effet financier, au point de vue de la majoration des recettes, peu de positions du tarif seraient plus favorables que celle-là, puisqu'il s'agit d'un article dont l'importation annuelle excède 3  $\frac{1}{2}$  millions de quintaux métriques de blé et 1 million de quintaux métriques d'autres céréales. Mais l'intérêt fiscal a dû céder devant des considérations d'ordre économique.

Pour se procurer l'aliment principal notre pays est obligé à importer du blé et tant qu'il en sera ainsi la masse de la population

industrielle et ouvrière, sans en excepter une partie de la population agricole, considérera une majoration du droit sur le blé comme un renchérissement de l'aliment le plus indispensable, c'est-à-dire du pain, et cette opinion prendra pied d'autant plus facilement qu'on ne pourrait songer à une augmentation des droits sur le blé sans majorer en même temps ceux sur la farine.

Le relèvement des droits sur les blés seuls serait d'ailleurs une mesure tout à fait illusoire; elle ne nous procurerait pas même une augmentation de recettes, elle aurait pour conséquence l'importation de la farine au lieu de grain, ruinant ainsi notre industrie minotière.

Jamais la loi sur le tarif des douanes de 1891 n'aurait trouvé grâce devant le peuple si l'Assemblée fédérale avait cédé à la pression de ceux qui demandaient déjà alors un relèvement des droits sur les céréales. Même en admettant qu'une loi revisant dans ce sens le tarif douanier triompherait au référendum, nous n'y gagnerions rien dans le moment actuel, puisque, par les traités de commerce, le droit sur les blés est lié jusqu'au 31 décembre 1903 et restera en vigueur si les traités ne sont pas dénoncés pour cette époque.

Basé sur ces considérations, le Conseil fédéral a proposé à l'Assemblée fédérale, dans son message du 12 mars 1896, de ne pas prendre en considération cette pétition; l'Assemblée fédérale s'est rangée à l'unanimité à cette manière de voir et toute tentative de revenir sur cette décision n'aurait probablement aucune chance de succès.

Dans l'examen de la question de savoir si d'autres positions de notre tarif des douanes se prêteraient à une augmentation de droits on se heurte tout de suite à cette difficulté que presque tous nos principaux articles d'importation sont liés par les traités conclus avec les Etats voisins et que la plupart d'entre eux devront rester liés à l'avenir si nous voulons conserver nos relations commerciales actuelles. Quant aux articles non liés, il faut négliger d'emblée ceux dont l'importation est sans importance et dont la majoration n'augmenterait dès lors les recettes que dans une proportion insignifiante.

Si l'on songeait réellement à majorer le tarif douanier, voici quels sont les articles non liés \*) qui pourraient être pris en considération et que le Conseil fédéral avait déjà mentionnés dans son message concernant le rétablissement de l'équilibre financier.

---

\*) Le sucre n'est lié qu'en tant que le surplus du taux pour le sucre coupé ou pulvérisé ne doit pas dépasser de fr. 1.50 le taux pour le sucre en tranches, plaques ou blocs.



Tarif d'usage.	Objets.	Importation moyenne pendant les années 1892—1895.	Droit par q.	Rendement.
		q. net.	Fr.	Fr.
447	Sucre brut et sucre cristal- lisé, déchets de sucre .	308,786	7. 50	2,315,895
448	Sucre en pains, etc. . .	113,497	9. —	1,021,473
449	Sucre coupé, etc. . . .	63,171	10. 50	663,295
441	Tabac en feuilles, non ma- nufacturées . . . . .	53,816	25. —	1,345,400
443	Tabacs fabriqués . . . .	420	75. —	31,500
444	Cigares et cigarettes . .	1,021	150. —	153,150
423	Café brut . . . . .	83,338	3. 50	291,683
365	Pétrole . . . . .	480,732	1. 25	600,915
				6,423,311

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces positions et chiffres pour se convaincre qu'il s'agit là d'articles de consommation journalière, et bien qu'on ait taxé souvent les droits perçus sur ces articles de droits fiscaux, et que précisément pour cette raison on ait toujours refusé de les lier, des motifs d'ordre économique nous engagent à nous opposer très énergiquement à ce que l'on grève davantage ces articles de grande consommation. Pour nos trois millions d'habitants, nos 45 millions de recettes douanières représentent un impôt indirect de 15 francs par tête ou de 75 francs par ménage. Ce sont là des chiffres qui devraient nous engager à ne pas relever nos droits de douane sans une impérieuse nécessité.

Reproduisant ici en partie l'exposé de notre Département des Douanes renfermé dans l'annexe au message du Conseil fédéral relatif à l'équilibre financier, nous nous permettons de présenter encore les observations suivantes concernant ces positions.

*Sucre* : Le sucre est pour la population de notre pays un article de grande consommation, on peut même dire d'un emploi général, de sorte que l'on ne saurait prétendre qu'il s'agit là d'un article de luxe qui peut, par conséquent, supporter une augmentation de droits. Il faut, en outre, remarquer que pour nombre de métiers et de genres de production, le sucre doit être considéré comme effectivement nécessaire, et, dans beaucoup de cas encore, comme une matière première destinée à être travaillée de diverses

manières. Ainsi, par exemple, une augmentation du droit sur le sucre, notamment si le drawback sur le sucre employé à la fabrication de lait condensé était supprimé, compromettrait gravement la prospérité de cette industrie qui a acquis une importance réjouissante; or, le déclin de cette industrie aurait un contre-coup immédiat sur l'agriculture suisse en diminuant la quantité de lait consommée dans ces fabriques, en sorte qu'il faudrait s'attendre à voir la population agricole combattre une augmentation des droits sur le sucre. Théoriquement, une majoration des droits sur le sucre produisant, il est vrai, une augmentation de recettes de 2 millions de francs. Mais il est hors de doute que dans ce cas la production indigène prendrait un développement tel qu'avec le temps on arriverait à un résultat diamétralement opposé à celui qu'on s'était proposé.

*Pétrole et café:* Ces deux articles rentrent nécessairement dans la catégorie des articles de consommation les plus nécessaires; une augmentation des droits qu'ils supportent frapperait, en première ligne, les classes les plus pauvres, même en faisant abstraction du fait que, pour le café par exemple, dont l'importation en 1892 a été de 88,000 quintaux en chiffre rond, il faudrait une augmentation notable du taux pour réaliser un accroissement de quelque importance des recettes.

*Tabac et tabacs fabriqués:* La majoration des droits sur les tabacs fabriqués, en vue d'augmenter les ressources financières de la Confédération, est surtout recommandée par ceux qui, par aversion contre tout monopole ou pour défendre les intérêts des manufactures indigènes, préfèrent une augmentation des droits à l'introduction du monopole du tabac. Nous ne pouvons nous déclarer d'accord avec cette manière de voir. Avant tout nous ferons ressortir que l'importation des cigares et cigarettes s'élève seulement à 1000 quintaux et celle des tabacs fabriqués pas même à 500 quintaux, en chiffre rond. Toute augmentation, même très considérable, ne se multiplierait donc qu'avec des chiffres relativement peu importants et ne rapporterait par conséquent pas beaucoup. Le droit sur l'article principal, c'est-à-dire le tabac en feuilles, est de 25 francs et il faudrait donc élever cette taxe d'environ 80 % pour obtenir 1 million. Mais ce qu'il y a de pire, c'est que, contrairement à ce qui arriverait avec le monopole qui ne veut ni renchérir le cigare consommé par la grande masse de notre population, ni en diminuer la qualité, un relèvement pur et simple des droits d'entrée atteindrait précisément cette partie de la population qui aurait ainsi à supporter la majeure partie de cette nouvelle charge. Disons encore en passant que l'espoir d'augmenter les recettes par une majoration des droits sur le tabac pourrait être rendu illusoire,

du moins pour un certain nombre d'années, par des achats considérables faits dans un but de spéculation avant l'entrée en vigueur du nouveau tarif. Il n'est du reste pas impossible que, de même que pour le sucre, le développement de la culture indigène du tabac annihilerait, en grande partie, l'effet fiscal de l'augmentation des droits. Dans ces circonstances, nous préférierions encore le monopole du tabac à l'impôt sur le tabac.

Nous nous résumons en disant qu'aujourd'hui il semble possible de prélever sur les recettes normales de la Confédération, en faveur de l'assurance contre les maladies et les accidents, une subvention de 5,3 à 5,4 millions, conformément à la décision unanime de la commission préconsultative du Conseil national, mais que, si l'on veut maintenir les bases du projet du Conseil fédéral avec une contribution de 8 millions, concurremment avec d'autres dépenses nouvelles qui s'imposent dans plusieurs domaines de l'administration fédérale, il faut absolument créer de nouvelles sources de revenus, parmi lesquelles le monopole du tabac se trouverait placé au premier rang.

L'honorable commission du Conseil national a aussi soulevé la question de savoir s'il ne serait pas opportun de décider par arrêté fédéral que l'excédent des recettes du compte de 1896, et éventuellement ceux des années subséquentes fussent placés en réserve pour être mis, au besoin, à la disposition de l'assurance contre les maladies et les accidents.

La décision à prendre sur l'emploi de l'excédent du compte d'un exercice est liée à l'approbation de ce compte. On ne peut donc, par un arrêté fédéral, disposer ainsi d'avance des excédents des années à venir, même si l'on ne tient aucun compte de cette circonstance que le solde actif n'a pu se produire ou acquérir une certaine importance que parce que des dépenses budgétaires se chiffrant par millions ont dû être renvoyées à l'année suivante.

D'un autre côté, rien ne s'oppose à ce que, lors de la passation du compte d'Etat pour 1896, l'Assemblée fédérale prenne une décision au sujet de la destination de l'excédent des recettes de cette année. Cela s'est fait à plusieurs reprises déjà. C'est ainsi que le fonds des invalides (fonds des pensions militaires), a reçu en sus du versement annuel de 100,000 francs à titre de dotation extraordinaire :

Fr. 1,100,000	en 1884
» 1,000,000	» 1895 et
» 1,000,000	» 1886

---

Fr. 3,100,000

En 1885, on versa en outre 1,000,000 de francs dans un fonds d'amortissement de la dette publique et en 1888, 100,000 francs au fonds Châtelain. Des reports à compte nouveau ont été effectués sur les excédents de recettes des exercices 1886, 1888, 1889 et 1890.

Le Conseil fédéral ne peut qu'appuyer l'idée de créer un fonds d'assurance. Cette idée est justifiée en elle-même. Si les subventions fédérales aux assurances doivent être prélevées sur les recettes courantes de la Confédération, il faut compter avec la possibilité qu'en temps de crise et de stagnation générale des affaires ces recettes subiront une diminution considérable. Dans ces moments critiques l'état de santé de la population d'un pays est généralement aussi plus mauvais et les secours sont plus nécessaires qu'en temps ordinaire; nous pensons que ce serait faire acte de bonne administration que de mettre quelque chose de côté dans les bonnes années pour les mauvaises.

En conséquence, le Conseil fédéral n'hésite pas, pour venir au devant des désirs de l'honorable commission, à proposer, lors de la passation du compte d'Etat pour 1896, que l'on prélève sur l'excédent de recettes de ce compte une somme de 5 millions pour être mise en réserve et affectée à l'assurance. Le Conseil fédéral se réserve toutefois le droit de faire des propositions plus précises sur la nature et l'emploi de ce fonds.

Il va de soi qu'une semblable décision de l'Assemblée fédérale ne devrait pas comporter une modification du bilan du compte de 1896. L'excédent de recettes de ce compte *existe*; le fonds-capital de la Confédération s'est accru d'autant par l'augmentation des placements de toute espèce portant intérêt tels que titres, effets de change, dépôts dans les banques et avances aux différentes administrations. Il ne reste donc qu'à distraire du fonds capital une somme de 5 millions pour en former un fonds spécial du même montant dans le compte d'Etat de 1897.

En terminant ainsi notre message spécial sur les moyens avec lesquels nous pensons subvenir aux dépenses qui résulteront de l'assurance contre les maladies et les accidents, nous saisissons cette occasion, monsieur le président et messieurs, pour vous présenter l'assurance de notre haute considération.

Berne, le 13 avril 1897.

Au nom du Conseil fédéral suisse,

*Le président de la Confédération :*

DEUCHER.

*Le chancelier de la Confédération :*

RINGIER.

## Votation populaire du 11 juillet 1897

sur

- I. l'arrêté fédéral du 19 mars 1897 révisant l'article 24 de la constitution fédérale ;
  - II. l'arrêté fédéral du 26 mars 1897 introduisant un nouvel article 69<sup>bis</sup> dans la constitution.
- 

I.

### Arrêté fédéral

révisant

l'article 24 de la constitution fédérale.

(Du 19 mars 1897.)

---

#### L'ASSEMBLÉE FÉDÉRALE

de la

CONFÉDÉRATION SUISSE,

vu le message du Conseil fédéral du 14 novembre 1893 ;  
en application des articles 84, 85, chiffre 14, et 118  
de la constitution fédérale,

*arrête :*

Art. 1<sup>er</sup>. Au premier alinéa de l'article 24 de la constitution fédérale du 29 mai 1874, les mots : *dans les régions élevées*, sont retranchés. Cet alinéa reçoit donc la teneur suivante.

« La Confédération a le droit de haute surveillance sur la police des endiguements et des forêts. »

## **Supplément au message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant deux projets de loi sur l'assurance contre les maladies et les accidents. (Du 13 avril 1897.)**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1897
Année	
Anno	
Band	2
Volume	
Volume	
Heft	19
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	---
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	12.05.1897
Date	
Data	
Seite	754-766
Page	
Pagina	
Ref. No	10 072 790

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.