

FEUILLE FEDERALE SUISSE

LVIII^e année. Vol. VI. N^o 51 19 décembre 1906.

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

les assurances contre les maladies et les accidents.

(Du 10 décembre 1906.)

Monsieur le président et Messieurs,

Nous avons l'honneur de vous soumettre, en vue de l'exécution de l'article 31 bis de la Constitution fédérale, un nouveau projet de loi sur les assurances contre les maladies et les accidents.

A. Aperçu historique.

a. *Jusqu'à la votation populaire du 20 mai 1900.*

1. Déjà lors de l'élaboration de la loi de 1831, sur la responsabilité civile des fabricants, la commission du Conseil des Etats (*P. féd.* 1831, I. 449) avait rendu attentif à la législation allemande sur l'assurance contre les accidents; elle considérait cette solution de la question comme « de beaucoup la plus avantageuse pour l'ouvrier », mais observait qu'elle n'était « pour le moment » pas possible en Suisse; elle ajoutait « que nous ne pourrions pas fermer toujours nos portes à l'introduction de ce système, une fois qu'il aura fait ses preuves en Allemagne ».

2. Le 25 mars 1885, le Conseil national adoptait une *motion Klein*, invitant le Conseil fédéral :

- 1° à soumettre à une révision les lois sur la responsabilité, de 1875 et 1881 ;
- 2° à présenter, après étude, un rapport sur « la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu de chercher à introduire une assurance générale obligatoire des ouvriers contre les accidents. »

Au cours des débats sur cette motion, le conseil avait reçu des « associations ouvrières suisses » une pétition portant :

« Veuillez bien considérer la question de l'assurance des ouvriers plutôt que celle de la responsabilité civile, et vous vous convaincrez que l'assurance est le moyen par excellence de résoudre toutes les difficultés. Nous désirerions un établissement qui serait dirigé par la Confédération et qui s'occuperait de l'assurance directe des ouvriers et des petits industriels ; cet établissement serait basé sur le principe de la mutualité, il aurait un caractère obligatoire et sa sphère d'activité serait aussi étendue que possible ; il serait alimenté essentiellement par les cotisations des employeurs et des patrons. »

Déférant à la motion Klein, le Conseil fédéral soumit aux Chambres le projet d'une loi d'extension de la responsabilité, qui est devenue la loi de 1887 ; touchant le second objet de la motion Klein, le même message du Conseil fédéral faisait valoir que la question de l'assurance obligatoire exigeait encore de longs travaux préparatoires pour pouvoir être tranchée dans un sens ou dans l'autre, et qu'en tout cas une révision préalable de la Constitution fédérale serait nécessaire ; qu'il convenait, en attendant et comme « solution provisoire », de procéder à une extension du domaine d'application de la responsabilité civile (*F. féd.*, 1886, II. 665). La commission du Conseil national (*F. féd.*, 1886, III. 161) déclarait également ne considérer la loi projetée que « comme un simple échelon... pour arriver à l'assurance générale et obligatoire contre les accidents ». Dans son rapport du 13 avril 1887 (non paru à l'époque, mais dont un long extrait a été publié dans la *F. féd.* 1890, I. 311 à 313), la commission du Conseil des Etats soutenait le même point de vue.

Aussi les Chambres adoptèrent, en même temps que la loi d'extension de 1887, un *posulat* invitant le Conseil fédéral « à présenter, le plus promptement possible, aux Chambres un rap-

port. et des propositions sur l'introduction d'une assurance générale, obligatoire et officielle des ouvriers contre les accidents ».

3. Déjà en avril 1885, le Département du Commerce avait demandé à l'Union suisse du commerce et de l'industrie, comme organe de divers cercles intéressés, d'instituer une enquête sur la question de l'assurance. Les résultats de cette enquête, publiés en deux parties (1890 et 1893), furent favorables à l'introduction de l'assurance obligatoire, *tant contre les maladies que contre les accidents*, tandis que le régime de responsabilité civile était unanimement critiqué.

Dans le but de se procurer les données nécessaires à l'organisation des assurances, une *statistique des accidents* survenus en Suisse fut instituée pour la période du 1^{er} avril 1888 au 31 mars 1891 (*F. féd.* 1887, IV. 619; *Rec. off.* n. s. X. 389 et 470); cette statistique a paru en 1894 (95^{me} livraison de la « Statistique de la Suisse »). Sur l'invitation du Département de l'Industrie, le secrétariat ouvrier a établi en outre et publié en 1891 un « exposé des lésions corporelles et des morts violentes de membres de caisses suisses de secours mutuels, pendant les exercices 1886, 1887 et 1888 ».

En automne 1889 enfin, sur la demande du Département de l'Industrie, MM. les *conseillers nationaux Kinkelin et Forrer* remirent chacun une étude des questions d'assurances ouvrières. Leurs mémoires furent joints au message (*F. féd.* 1890, I. 309, sq.) par lequel le Conseil fédéral proposait d'insérer dans la Constitution un *article 34 bis* 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. »

4. Ensuite de discussion au sein des Chambres (procès-verbaux des commissions, *F. féd.* 1890, III. 1), celles-ci votèrent à l'unanimité l'article 34 bis dans la teneur suivante (*F. féd.* 1890, III. 918) :

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

« Elle peut déclarer la participation à ces assurances obligatoire en général ou pour certaines catégories déterminées de citoyens. »

Ce nouvel article constitutionnel fut adopté par le peuple, le 26 octobre 1890, par 283,228 voix contre 92.200; seul, le canton du Valais et le demi-canton d'Appenzell Rh.-int. se prononcèrent négativement (*F. féd.* 1890, V. 51).

5. A fin 1891, le Département de l'Industrie chargea *M. le conseiller national Forrer* d'élaborer des projets mettant à exécution l'arti le 34 bis. Les avant-projets de deux lois, sur l'assurance-maladies et sur l'assurance accidents, furent soumis à une commission d'experts, qui siégea en mai et octobre 1893 (sténogramme, en deux volumes). Après remaniements, ils furent examinés par le Conseil fédéral à la fin de 1895 et transmis aux Chambres avec un message du 21 janvier 1896 (*F. féd.* 1896. I. 127). La commission du Conseil national discuta les projets en février et en mai 1896; ainsi qu'en février, mars, mai et septembre 1897 (procès-verbaux, en deux volumes); le Conseil national lui-même en délibéra en juin et octobre 1897 (*Bull. stén.* VII. 125 à 676 et 1195 à 1346). La commission du Conseil des Etats étudia la question en février, mars et avril 1898 (1 volume de procès-verbaux) et le conseil lui-même en juin (*Bull. stén.*, VIII. 1 à 327). En juillet, octobre et novembre 1898 furent discutées les divergences entre les deux conseils (*Bull. stén.*, VIII. 335-401, 477-480. 497-503, 520-521).

Entre temps et spécialement en 1899, on étudia la *situation financière* de la Confédération et la manière dont cette dernière ferait face aux charges découlant pour elle de l'introduction des assurances (voir *F. féd.* 1897, II. 754; 1898, III. 449; 1899, III. 433; IV. 886 et 1035; *Bull. stén.* IX. 431-580, 609-742, 757-771); pour permettre la mise en vigueur des assurances sans que la Confédération dût se créer de nouvelles sources de revenus, les Chambres dé-rétèrent des économies et l'ajournement de certains travaux législatifs (*Rec. off.* n. s. XVII. 766, *F. féd.* 1899, IV. 1188-et 1197).

Déjà en date du 28 juin 1898 (*F. féd.* III 869), le Conseil fédéral avait soumis aux Chambres le projet d'une loi sur l'*assurance des militaires*, contre la maladie et les accidents. On se convainquit bientôt qu'il convenait de fondre en *une seule loi* les deux projets d'assurances civiles — maladies et accidents — et le projet d'assurance militaire.

Après que les dernières divergences eurent été liquidées (*Bull. stén.* IX. 589-608 et 743-754), la loi unique « *sur l'assurance contre les maladies et les accidents et sur l'assurance militaire* » (*F. féd.* 1899, IV. 1051) fut définitivement votée le

2 octobre 1899 au Conseil national, par 113 voix contre 1, avec 12 abstentions, et le 5 octobre 1899 au Conseil des Etats, à l'unanimité de 35 voix, avec 1 abstention (*Bull. stén.* IX. 608 et 755).

Durant le délai utile, 117,461 citoyens de tous les cantons signèrent une demande de referendum. Dans la *votation populaire du 20 mai 1900*, la loi fut repoussée par 341,914 voix contre 148,035, soit à une majorité de 193,879 voix; une majorité d'acceptants ne se rencontra que pour le canton de Glaris. (*F. féd.* 1900, III. 274.)

6. Nous aurons l'occasion de revenir plus loin sur maintes dispositions de la loi de 1899, en exposant la solution donnée à telle ou telle question par notre nouveau projet. Il est néanmoins utile — pour s'orienter par une vue d'ensemble — de retracer ici les *grandes lignes de la loi du 5 octobre 1899* (en laissant de côté ce qui avait trait à l'assurance militaire) :

Assurance-maladies. Etaient soumises à l'assurance, toutes les personnes âgées d'au moins 14 ans, travaillant en Suisse au compte d'autrui, sans que leur durée d'attachement fût inférieure à 1 semaine ni que leur salaire annuel excédât 5,000 francs. Il dépendait des cantons d'astreindre à l'assurance les journaliers et les personnes exerçant à leur propre compte une industrie domestique. — Toute personne non soumise à l'assurance pouvait, comme membre volontaire à assurance entière ou restreinte, s'affilier à la caisse de l'arrondissement qu'elle habitait, à condition d'être bien portante, âgée de moins de 45 ans et en outre — pour l'assurance entière — âgée d'au moins 14 ans. — Chaque canton devait former un ou plusieurs arrondissements d'assurance de 2,000 habitants au moins; dans chaque arrondissement fonctionnait une « caisse d'arrondissement »; comme seconde espèce de caisses publiques, on prévoyait la « caisse d'entreprise », que le chef d'une entreprise pouvait être autorisé ou tenu de fonder pour tout son personnel. — Tout malade assuré obligé avait droit, durant 1 an au maximum, aux soins médicaux dès le début de sa maladie et à l'indemnité de chômage dès et y compris le troisième jour plein; cette indemnité était de 60 % de la moins-value du gain, tel que ce dernier résultait de la répartition des assurés en 10 classes de salaires. Les membres volontaires à assurance entière avaient droit aux mêmes prestations, tandis que ceux à assurance restreinte ne bénéficiaient que des soins médicaux. En cas de décès de tout assuré, la caisse versait une indemnité funéraire de 20 à 40 francs — La Confédération devait payer, pour chaque assuré obligé et pour chaque assuré volontaire suisse, un subside d'au

moins 1 centime par jour ; elle accordait des subsides spéciaux dans les contrées où les conditions topographiques rendent la prestation des soins médicaux particulièrement onéreuse ; l'Assemblée fédérale pouvait enfin décréter un subside journalier supplémentaire de 1 centime pour les assurés obligés appartenant à l'agriculture, aux arts et métiers ou à la petite industrie. Le reste des frais était couvert par les contributions, que les employeurs d'assurés obligés versaient par mois et d'avance sauf à en retenir $\frac{1}{2}$ sur les salaires ; ces contributions ne devaient pas excéder 4 % des salaires. Les membres volontaires payaient eux-mêmes l'entier de leurs contributions ; il en allait de même des journaliers et des artisans de l'industrie domestique, soit, à leur défaut, des cantons ; ces derniers supportaient les déficits des caisses d'arrondissements, tandis qu'aux chefs d'entreprises incombait les déficits des caisses d'entreprises. Pour la fixation des contributions et de l'indemnité de chômage, les membres à assurance entière étaient répartis, selon leur salaire journalier, en dix classes de salaires, de 1 franc à fr. 7.50. — La surveillance des caisses publiques incombait à des autorités cantonales de surveillance, sous le contrôle de la Confédération. Les contestations de droit privé relevaient de tribunaux arbitraux cantonaux, avec recours à un tribunal fédéral des assurances. — Toutes les caisses non publiques exploitant l'assurance-maladies étaient soumises à la surveillance cantonale. Si elles fournissaient des prestations au moins égales à celles des caisses d'arrondissements pour leurs membres à assurance restreinte (soins médicaux), ces caisses libres avaient droit aux subsides fédéraux pour leurs assurés suisses. Toute personne soumise à l'assurance pouvait même préférer, à une caisse publique, une caisse libre (inscrite A) garantissant comme les caisses d'arrondissements les soins médicaux et une indemnité proportionnelle au salaire, ou enfin une caisse libre (inscrite B) garantissant les soins médicaux et une indemnité fixe d'au moins 1 franc.

Assurance-accidents. Les personnes soumises à l'assurance étaient les mêmes que pour l'assurance-maladies. — Seuls, les employeurs d'assurés obligés pouvaient devenir assurés volontaires, s'ils étaient aussi membres d'une caisse publique maladies. — La Confédération créait pour tous les assurés obligés un établissement fédéral d'assurance. — Pour une incapacité temporaire de travail, les prestations consistaient en soins médicaux et indemnités de chômage, comme dans l'assurance-maladies ; elles étaient à la charge de la caisse-maladies pour les 6 premières semaines. Pour une incapacité permanente, l'assuré avait droit à une rente viagère d'invalidité de 60 % de la moins-value de gain ; en cas de décès, outre l'indemnité funéraire de 20 à 40 francs, les survivants touchaient, suivant leur degré

de parenté, des rentes dont l'ensemble ne pouvait excéder 50% du salaire du défunt. — La prime de chaque assuré était graduée suivant son risque d'accidents et suivant son appartenance à telle classe de salaires; l'office fédéral fixait les taux de primes; $\frac{2}{3}$ de la prime était payé par la Confédération, le reste par l'employeur sauf à en retenir $\frac{1}{4}$ sur les salaires. — Les contestations ressortissaient à un tribunal fédéral des assurances. Le régime spécial de la responsabilité civile, en ce qui touche les lésions d'employés ou d'ouvriers, était aboli sauf pour les maladies professionnelles.

La loi comportait au total 400 articles.

Le montant et la répartition des dépenses étaient prévus comme suit, pour 600,000 assurés obligés:

	Maladies.		Accidents.		Total.		Part en %.
	% des sal.	Francs.	% des sal.	Francs.	% des sal.	Francs.	
Confédération	0,6	2,540,000	0,6	2,624,000	1,2	5,164,000	22
Employeurs	1,4	6,000,000	1,1	4,872,000	2,5	10,872,000	46
Assurés	1,4	6,000,000	0,4	1,624,000	1,8	7,624,000	32
Total	3,4	14,540,000	2,1	9,120,000	5,5	23,660,000	100

Pour 300,000 personnes assurées *volontairement* contre les maladies, et pour 100,000 assurées *volontairement* contre les maladies et les accidents, la Confédération aurait eu à payer en outre 2,081,000 francs; sa contribution totale, y compris 300,000 francs pour l'assurance militaire, aurait donc atteint 7,545,000 francs.

b. Depuis la votation populaire du 20 mai 1900.

1. Comme, dans la loi de 1899, le titre concernant l'*assurance militaire* n'avait pas été contesté, il fut détaché et devint après retouches la loi du 28 juin 1901. (*F. féd.* 1900, III. 409; *Rec. off.* n. s., XVIII. 734, 780 et 873).

2. Sous date du 1^{er} juin 1900, *M. H. Stüssi*, chancelier d'Etat, à Zurich, adressait à l'Assemblée fédérale un mémoire intitulé « *Einige Gedanken zur Gestaltung der schweiz. Kranken- und Unfallversicherung* ». L'auteur proposait que la Confédération payât annuellement à chaque canton 5,000 francs par 2,000 habitants, à charge pour le canton de fournir gratuitement à tous ses habitants les soins médicaux et les médicaments nécessaires; le régime de responsabilité civile des employeurs pour les accidents devait être étendu, éventuellement avec création par l'Etat d'un établissement d'assurance facultative.

3. Sitôt après le 20 mai, une assemblée de délégués des

caisses glaronnaises adopta le vœu que la Confédération remit aux cantons la somme annuelle que lui aurait coûté la loi de 1899, pour que les cantons consacrent cette somme aux assurances-maladies, vieillesse et invalidité.

4. Le 9 septembre 1900, à Zurich, cette idée fut discutée et repoussée par une *assemblée de mutualistes* des cantons de Zurich, Glaris, Thurgovie, St-Gall, Grisons et des deux Bâle, qui prit une résolution en faveur de l'élaboration d'une nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladies, et qui décida la convocation de délégués de toutes les caisses suisses de secours mutuels.

5. D'entente avec un comité qui s'était chargé de donner suite aux décisions de l'assemblée de Zurich, le *secrétariat ouvrier* a institué en février 1901 une *enquête* sur l'opinion des mutualistes suisses, touchant la proposition Stüssi. Cette enquête parut en juillet 1902.

6. Dans ses séances des 23 et 24 septembre 1901, la *Société suisse des juristes* a discuté la revision des lois sur la responsabilité civile; elle a adopté une résolution déclarant cette revision désirable et recommandant à l'autorité compétente de l'entreprendre sans retard. Sur le vu de cette résolution et ensuite d'une décision du Congrès ouvrier du 31 mars 1902, à Berne, le *Comité directeur de la Fédération ouvrière suisse* nous a adressé sous date du 29 juillet 1902 une pétition dans le même sens; cette pétition, ainsi que les rapports présentés à l'assemblée des juristes, tend à soumettre au régime de la responsabilité toute une série de nouvelles entreprises, à dédommager plus complètement les victimes d'accidents et à obliger les employeurs à s'assurer contre les conséquences de leur responsabilité. Nous avons soumis la question aux *inspecteurs fédéraux des fabriques*, qui dans leur rapport du 5 mars 1903 aboutissent à la conclusion suivante: «L'assurance générale et obligatoire contre les accidents, auprès de l'Etat, est la seule solution juste de ce grand problème; il convient de la poursuivre énergiquement, et c'est seulement dans le cas où elle ne pourrait être prochainement réalisée qu'il y aurait lieu de reviser le régime de responsabilité».

7. Le comité central de la *Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande* a adressé le 6 décembre 1901 au Conseil national une pétition tendante à la reprise de la législation sur les assurances, suivant un principe de subventionnement par la Confédération des sociétés de secours mutuels.

8. Dans une pétition du 6 juin 1902 aux Chambres fédérales, la *Société bernoise d'utilité publique* demande l'élaboration d'une loi édictant les principes suivants: subvention par

la Confédération aux caisses de secours mutuels, dans les cantons qui rendraient obligatoire l'assurance maladies pour toute leur population à partir d'un certain âge; franchise d'impôt et de port pour ces caisses; liberté de passage entre elles; subside fédéral réduit, pour les caisses des cantons où l'assurance serait facultative; création de nouvelles ressources fédérales, pour faire face aux subventions; législation cantonale sur le détail de l'assurance.

La société d'utilité publique du district de Thoune, dans un mémoire du 1^{er} août 1902 adressé au Conseil fédéral, se prononce par contre pour l'obligation absolument générale à l'assurance-maladies, auprès de caisses publiques.

9. Le Comité des femmes de Berne, par office du 24 novembre 1902 au Conseil fédéral, a exprimé le désir que la nouvelle loi profite aussi aux femmes et aux enfants.

10. Le 30 novembre 1902 eut lieu à Olten une assemblée de 453 délégués de 274 caisses de secours appartenant à 22 cantons différents et comptant environ 170,000 membres. Cette assemblée prit à l'unanimité une résolution tendante à l'élaboration d'une loi fédérale sur les principes suivants:

- « 1° La Confédération versera aux cantons des subventions pour l'assurance-maladies; autant que faire se peut, les mêmes que celles qui étaient prévues dans le projet de loi de l'année 1900 (lire «1899»)
- 2° Les cantons sont libres, en tenant compte de l'existence des caisses-maladie actuelles (art. 34^{bis} de la constitution fédérale) d'employer la subvention fédérale soit pour payer l'indemnité en cas de maladie (suivant le texte allemand, lire «soit pour l'assurance d'indemnités de chômage») soit pour organiser la gratuité des soins médicaux, soit enfin pour toutes les deux à la fois.
- 3° Les dispositions cantonales concernant l'emploi des subventions fédérales seront soumises à l'approbation des autorités fédérales. Celles-ci exercent une surveillance supérieure sur l'emploi de la subvention et chaque année un compte rendu doit leur être envoyé. »

Cette résolution a fait l'objet d'une pétition, non datée, de la « Commission centrale des caisses suisses d'assurance contre la maladie », adressée à l'Assemblée fédérale et qui nous est parvenue en juin 1903. La pétition fait valoir qu'une loi fédérale qui n'accorderait de subvention qu'à l'une des deux solutions — assurance-maladies ou gratuité des soins médicaux — n'aurait guère chance de trouver dans le peuple une majorité; c'est pourquoi les par-

tisans de chacune des deux solutions se sont entendus sur un compromis. L'assemblée d'Olten, poursuit la pétition, entend réclamer la *totalité* des subventions fédérales que prévoyait la loi de 1899, soit aussi le montant des subventions qui devaient profiter à l'assurance-accidents; l'organisation de cette dernière sera différée. La loi fédérale devra instituer l'obligation à l'assurance-maladies ou sinon trancher la question de savoir si cette obligation pourra être instituée par les cantons; elle posera, pour le subventionnement des caisses de secours, certaines conditions touchant le libre-passage et tels autres points.

11. Le 14 juin 1903, à Brugg, une assemblée de 250 délégués de *caisses argoviennes* a adopté une résolution tendante à une prochaine reprise de la législation sur l'assurance-maladies, en ne perdant notamment pas de vue l'obligation et le libre passage; il convient, ajoute la résolution, de laisser aux cantons, quant au mode d'emploi de la subvention fédérale, toute la liberté conciliable avec la poursuite du but social posé par la Constitution fédérale.

12. Le 30 novembre 1903 s'est réunie à Olten, sur l'initiative de l'Union suisse des arts et métiers, une assemblée de délégués de 20 *associations professionnelles* diverses. Suivant le procès-verbal communiqué au Conseil fédéral par le bureau de cette assemblée, celle-ci s'est déclarée favorable à une reprise des assurances-maladies et accidents; elle désire que les projets touchant chacune de ces deux branches soient élaborés en même temps, et simultanément publiés, discutés dans les conseils et soumis au referendum. L'assemblée a chargé une commission de poser les principes d'une assurance contre les accidents; cette commission — composée de trois représentants de chacune des associations suisses du commerce et de l'industrie, des paysans et des arts et métiers — nous a fait connaître ses conclusions le 29 juillet 1905.

13. En mai 1904, nous avons reçu de l'«*Alliance nationale de sociétés féminines suisses*», qui réunit 41 sociétés avec environ 12,000 membres — et de la «*Commission pour l'encouragement de l'assurance des femmes en couches*» — une pétition concluant à ce que, parmi les conditions mises au subventionnement des sociétés de secours mutuels, figure l'obligation: 1° d'assurer les femmes aux mêmes conditions que les hommes; 2° de faire en sorte que, pour les femmes en couches, la durée des prestations de l'assurance corresponde au temps pour lequel la loi fédérale interdit aux accouchées le travail dans les fabriques.

14. Le 5 juin 1904, une assemblée de délégués de l'*Association des caisses zurichoises pour le libre-passage*, réunie à Wald, a adopté pour nous être transmise une résolution tendante à ce que

la nouvelle loi d'assurance prévoit pour la gratuité des soins médicaux une subvention fédérale importante.

15. Le 26 juin 1904, à Soleure, l'*Union suisse des arts et métiers* réunissait 228 délégués de 112 de ses sections et adoptait à l'unanimité une résolution favorable à la reprise de la législation sur les assurances-maladies et accidents; elle exprimait le désir que les deux branches d'assurances fussent liées, ou qu'à ce défaut la discussion eût lieu pour les deux branches en même temps, l'assurance accidents devant entrer en vigueur la première.

16. Sous date du 29 avril 1905, la Commission médicale suisse a adressé à notre Département de l'Industrie un mémoire contenant et motivant un certain nombre de vœux adoptés le 2 avril par la *Chambre médicale suisse*, en matière d'assurance-maladies.

17. Le 16 juillet 1905, à Waldenburg, la société « *Altersverein* » du canton de Bâle-Campagne nous adressait une résolution tendante à ce que la Confédération institue une caisse de retraites pour la vieillesse.

18. Le 1^{er} novembre, la *Société suisse de pharmacie* exposait à notre Département de l'Industrie que, dans les futures assurances, la fourniture des médicaments devrait être réservée aux pharmacies publiques.

19. L'*Association suisse des maîtres-bouchers* et celle des *garçons-bouchers* ont soumis le 15 mars 1906 à notre Département de l'Intérieur le vœu que la loi rende obligatoire l'assurance contre les maladies.

20. D'avril à juillet 1906, des représentants des *Associations suisses du commerce et de l'industrie, des paysans et des arts et métiers*, ainsi que de l'*Union ouvrière* et de la *Commission centrale des sociétés suisses de secours mutuels*, ont tenu à Olten cinq réunions dans le but de s'entendre sur les principes d'une nouvelle législation d'assurance; il était convenu que les décisions à intervenir n'engageraient pas les associations représentées. Ces décisions, ainsi que les procès-verbaux des réunions, nous ont été communiqués le 25 juillet 1906.

21. Par mémoire du 12 octobre 1906, l'administration de l'*Association de chemins de fer secondaires suisses pour l'assurance contre les accidents* demandait à notre Département de l'Industrie que, après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, cette association demeurât chargée de l'assurance du personnel de ses membres.

22. Dans son assemblée du 18 novembre 1906, à Olten, la *Commission centrale suisse pour la lutte contre la tuberculose* a

décidé de nous adresser les vœux suivants: « 1. La loi fédérale sur l'assurance-maladies doit tenir grand compte de la tuberculose, soit pour le traitement des malades, soit pour l'assistance de leurs familles. — 2. Elle doit obliger les caisses d'assurance à consacrer une part importante de leurs ressources à la prévention et à la lutte contre la tuberculose ».

23. Des *mémoires de particuliers* nous sont également parvenus; ils ont pour auteurs M. Widmer, maître cordonnier à Bâle, M. Stolz, technicien à Winterthour, M. Magnin, avocat à Genève, M. P. Wild à Zurich, M. P. Resin à Cronay et M. Peter-Harder, mécanicien à Liestal.

Ce n'est pas le lieu, dans cet aperçu historique, d'exposer en détail et de discuter les idées qui font l'objet des pétitions et mémoires précités. Nous aurons l'occasion d'y revenir au cours du présent message, en traitant de diverses questions.

Nous intercalons ici une *bibliographie* des publications officielles ou particulières, non encore mentionnées, parues en Suisse depuis 1900 et intéressant les assurances:

Publications officielles.

1. Statistique suisse des fabriques, du 5 juin 1901, publiée par le Département fédéral de l'Industrie en 1902.
2. Das Verhältnis der Hausindustrie zur Kranken- und Unfallversicherung, par A. Pfeghart, avocat à Zurich; publié par le Département fédéral de l'Industrie en 1905.

Publications particulières.

1. Die Schweizerische Hausindustrie, par le Dr F. Schuler, ancien inspecteur fédéral des fabriques, dans la « Zeitschrift für schweizerische Statistik » de 1903.
2. Die Krankenkassen und die gesetzliche Regelung der Krankenversicherung, par H. Greulich, secrétaire ouvrier à Zurich, dans la « Monatschrift für christliche Sozialreform » de 1903, livraisons 8 et 9, Bâle.
3. Neue Vorschläge zur eidgenössischen Kranken- und Unfallversicherung, rapport approuvé par le comité central pour l'assemblée des délégués de l'Union suisse des arts et métiers en juin 1904 à Soleure; livraison XXII des « Gewerbliche Zeitfragen », Berne 1904.

- Ueber das hentige Krankenkassenwesen und die zukünftige
4. Krankenversicherung in der Schweiz, par le Dr H. Häberlin, Speidel-Zürch, 1904.
 5. Les sociétés de secours mutuels et leur organisation technique, par A. Le Cointe, Genève, 1902.
 6. L'organisation et l'importance sociale des caisses de secours mutuels en Suisse, par M^{me} Ryff, Berne, 1903.
 7. Aperçu de la mutualité en Suisse, par A. Le Cointe, Genève-Bruxelles, 1905.
 8. La mutualité scolaire, par G. Correvon, président de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, dans « L'Éducateur », n° 5 de 1905, Lausanne.

* * *

Il nous reste maintenant à relater ce qui a été fait par l'autorité fédérale pour la reprise de la législation sur les assurances:

Le Conseil fédéral a eu l'occasion d'indiquer ses intentions, les 21 et 22 mars 1901, lors de la discussion au Conseil national de la *motion de M. Baldinger* qui invitait le Conseil fédéral « à soumettre un nouveau projet pour l'exécution de l'article 34^{bis} de la Constitution fédérale (assurances-accidents et maladies) »; après discussion, cette motion a été retirée par son auteur. Un échange de vues a eu lieu également le 11 juin 1902 au Conseil national, à propos de l'examen de la *gestion de 1901*. Il en a été de même, le 13 avril 1904, lors de la discussion d'une *interpellation de MM. Greulich et cosignataires*, tendante à connaître les intentions du Conseil fédéral ensuite de la pétition à laquelle avait donné lieu l'assemblée d'Olten du 30 novembre 1902 (voir *Bull. stén.*, XIV, 195 sq.). Mentionnons enfin la discussion, le 22 décembre 1904 au Conseil national, de la *motion de MM. Bucher et cosignataires*, et l'adoption de cette motion sous la forme suivante: « Le Conseil fédéral est invité à faire rapport aux Chambres fédérales sur la question de savoir si l'y a pas lieu d'édicter un arrêté fédéral stipulant que dans les budgets futurs il sera toujours prévu une dépense destinée à alimenter le fonds fédéral des assurances. »

Entre temps soit déjà en janvier 1901, notre Département de l'Industrie avait demandé à la Société suisse de statistique si elle serait disposée à entreprendre, comme elle l'avait fait pour les années 1865 et 1880, une *statistique des sociétés de secours mutuels*. En suite d'entente avec cette société, celle-ci fit en février 1903 l'ex-

édition des questionnaires ; les réponses, qui se rapportent à l'année 1903, furent remises au Bureau de statistique de notre Département de l'Intérieur. Le 14 octobre 1904, nous avons décidé que tout ce matériel serait transmis à notre Département de l'Industrie, ainsi chargé du dépouillement de la statistique ; pour diriger ce dépouillement et collaborer aux études techniques que nécessiterait une reprise de la législation sur les assurances, nous avons engagé dès le 1^{er} novembre un mathématicien en la personne de *M. le Dr A. Gutknecht*. En juillet 1906, on possédait déjà les résultats principaux de la statistique, en tant qu'ils nous étaient nécessaires pour la nouvelle législation sur l'assurance-maladies ; nous aurons à maint endroit l'occasion, dans le présent message, d'indiquer ces résultats. La statistique elle-même, une fois complètement établie, paraîtra au cours de l'année 1907.

Le 5 janvier 1904, nous avons constitué au sein du Conseil fédéral une *délégation*, composée de MM. Deucher, Forrer et Comtesse, chargée de s'occuper plus spécialement de la législation sur les assurances-maladies et accidents. Dans ses réunions de mars et de juin 1904, cette délégation a reconnu qu'il y avait lieu d'accélérer le plus possible les travaux de reprise d'une législation ; il lui a paru que, de préférence à une assurance-maladies uniforme, le subventionnement des caisses de secours contre les maladies avait chance d'être adopté par les Chambres et par le peuple ; en revanche, l'assurance-accidents devait de nouveau être placée sur le terrain fédéral.

Le 14 octobre 1904, nous avons décidé que notre Département de l'Industrie s'attacherait un juriste chargé de l'élaboration de nouveaux projets. Ce juriste, en la personne de *M. le Dr E. Ceresole*, est entré en fonctions le 1^{er} novembre. En décembre 1904, il remettait au Département de l'Industrie un avant-projet pour l'assurance-maladies et en février 1905 un autre pour l'assurance-accidents. Remaniés et précisés dans l'intervalle, ces avant-projets ont été discutés en détail par notre délégation, en mars et juillet 1905, puis en juillet 1906 ; ils ont abouti, en tenant compte des décisions de la délégation, au projet de loi que nous avons l'honneur de vous soumettre aujourd'hui.

B. Partie générale.

Observations préliminaires.

a. On ne saurait interpréter la votation du 20 mai 1900 dans ce sens que notre peuple ne veuille maintenant *aucune* législation fédé-

rale en matière d'assurances-maladies et accidents, et que la majorité considérable — 75 % des votants — qui avait accepté en 1890 le nouvel article 34^{bis} de la Constitution se soit déjugée. Bien au contraire, les nombreuses manifestations qui se sont produites depuis la votation de 1900 tendent toutes à une reprise de la législation; elles ne laissent aucun doute sur le fait que le rejet de 1900 visait *uniquement la forme proposée* de réalisation des assurances.

* * *

b. Le problème des assurances-maladies et accidents est déjà en soi fort complexe. Mais une solution législative devient encore plus difficile en raison de l'extrême diversité des tendances et des intérêts en jeu. Les opinions sont partagées sur toutes les questions essentielles: simultanéité de législation sur les deux branches d'assurance ou priorité de l'une ou de l'autre d'entre elles, caractère obligatoire ou facultatif de l'une ou de l'autre assurance, étendue de l'obligation, forme des organes assureurs, répartition des charges, etc.

Dès l'abord toutefois, il est évident que la poursuite exclusive de l'une quelconque des tendances opposées ne saurait aboutir à une solution qui rallie une majorité dans notre peuple. Or les autorités ne sauraient exposer à un échec probable une nouvelle tentative de législation; car, après le rejet de la loi de 1899, un nouvel échec marquerait pour de longues années un point mort dans toute activité législative touchant la question des assurances. Cette considération nous a nécessairement amenés à rechercher pour notre nouveau projet un terrain d'entente.

Dans un domaine aussi vaste et aussi nouveau pour la Suisse, on ne saurait non plus raisonnablement prétendre aboutir du premier coup à une solution complète et définitive, d'autant moins que les circonstances toutes particulières à notre pays — sa législation actuelle, ses institutions, son tempérament et ses besoins — empêchent de transplanter simplement chez nous ce qui a été adopté ailleurs, et exigent au contraire sur presque tous les points une solution originale. Il faut donc se résoudre à procéder par étapes et à ne poursuivre aujourd'hui que ce qui est pratiquement réalisable; rien n'empêchera plus tard, avec l'assentiment du peuple, de développer notre législation dans le sens que l'expérience aura montré le plus favorable.

Ce double principe — compromis et procédé par étapes — n'est du reste en rien spécial à notre projet; il domine toute la

législation suisse et inspire nécessairement, en toute matière complexe et nouvelle, la politique législative d'un Etat à referendum.

Nous nous plaçons donc à espérer que les Chambres fédérales — et après elles tous ceux dans notre peuple qui désirent en matière de réparation des conséquences de maladies et d'accidents une amélioration de la situation actuelle — accueilleront le progrès considérable que nous proposons de réaliser, si même notre projet ne répond pas exactement ou complètement aux vœux de chacun.

* * *

c. Convient-il de *légiférer simultanément sur les deux branches d'assurance*, maladies et accidents, ou au contraire de ne régler d'abord que l'une ou l'autre d'entre elles? Après mûr examen et par des motifs spéciaux qui militent *ici* contre un procédé par étapes, nous nous sommes décidés pour la simultanéité.

Bien que l'article 34^{bis} de la Constitution prévoioit l'introduction de « l'assurance en cas d'accident et de maladie » et place ainsi exactement sur la même ligne les deux branches d'assurance, il serait évidemment loisible de ne légiférer d'abord que sur l'une d'elles. Dans le sens d'une priorité de l'assurance-accidents, on pourrait invoquer le fait que tout le mouvement visant une législation d'assurance e-t né, en 1885, des inconvénients du régime de responsabilité civile, et de la nécessité partout reconnue de remplacer ce régime.

Mais des motifs d'opportunité recommandent une législation simultanée: Les cercles qui touchent aux caisses de secours mutuels s'intéressent naturellement davantage à l'assurance-maladies, tandis que l'assurance-accidents est avant tout désirée par ceux qui ont à souffrir des imperfections du régime de responsabilité. Si dans ces circonstances nous ne voulions légiférer d'abord que sur l'une quelconque des branches d'assurance, notre tentative se heurterait à l'opposition des partisans de l'autre branche et, s'ajoutant aux voix des adversaires du projet lui-même, cette opposition conduirait à un échec. C'est ainsi notamment qu'un projet ne réglant que l'assurance-maladies éveillerait l'hostilité des cercles intéressés à l'assurance-accidents; ceux-ci craindraient que l'assurance-maladies n'épuise à elle seule les disponibilités de la Confédération, et qu'il ne reste ensuite plus d'autre parti à prendre que de maintenir la responsabilité civile ou même de l'aggraver et de l'étendre à de nouvelles professions; on ne saurait dès l'abord dénier tout fondement à de pareilles craintes. En voulant procéder par deux lois

successives, on n'aboutirait donc à rien; et si par impossible un projet partiel acquérait force de loi, les mêmes difficultés se manifesteraient plus tard pour l'introduction de la branche d'assurance jusque là différée, à raison de l'indifférence ou de l'hostilité des intéressés à la branche déjà introduite.

Un autre motif est d'ordre technique: l'assurance-accident; ne saurait elle-même se charger des petits accidents, soit des premières semaines d'incapacité de travail consécutive à une lésion il est nécessaire d'en remettre le soin à des caisses d'assurance contre les maladies, afin de parer à la simulation et de diminuer les frais d'administration. Or, en ne légiférant d'abord que sur l'assurance-accidents, on n'aurait pas la garantie d'une collaboration de la part de caisses-maladies, puisque cette garantie ne peut résulter que d'une obligation imposée aux caisses comme condition de leur subventionnement (art. 13).

Il convient donc d'introduire simultanément les deux branches d'assurance et cela au moyen d'une seule loi; sinon rien n'empêcherait qu'une des deux lois fût adoptée et l'autre repoussée. Lors de l'élaboration de la loi de 1899, la même nécessité d'unité s'est également fait sentir: le message de janvier 1896 saisissait l'Assemblée fédérale de deux projets distincts; mais au cours des débats on fonda en une seule loi les deux projets, auxquels était encore venue s'ajouter l'assurance militaire.

* * *

d. Déjà dans notre message de janvier 1896 (*F. féd.* I. 155 sq.), nous exposions que la législation fédérale doit se borner actuellement aux assurances-maladies et accidents, en excluant tous autres risques. Cette nécessité résulte du texte de la Constitution: l'article 34 bis ne mentionne que les assurances-maladies et accidents, et ce fait répond à l'intention réfléchie de laisser en dehors du programme fédéral actuel notamment les assurances contre la vieillesse et l'invalidité (voir *F. féd.* 1890, I. 322-323). Même ainsi limitée, la tâche est déjà considérable; avant d'aborder de nouvelles branches, il convient de marquer une première étape, d'en pouvoir constater le succès et de s'assurer qu'un programme plus vaste n'excéderait pas les ressources financières des intéressés et de l'Etat.

Sans doute, le programme posé par l'article 34 bis n'est pas complet, et l'on souhaiterait une assurance qui englobe tous les risques d'incapacité de travail. En particulier, il est regrettable

de ne pouvoir parer qu'à l'invalidité résultant d'accident et rentrant dans ce dernier risque, tandis que l'invalidité ordinaire n'est que très insuffisamment couverte par l'assurance-maladies; il y a en effet quelque chose d'artificiel à distinguer suivant la cause ou la durée de l'incapacité. Mais c'est là, nous le répétons, une nécessité constitutionnelle, qui s'oppose également aux idées d'assurance au décès, sur le terrain fédéral.

* * *

e. Comme nous renonçons, pour l'assurance-maladies, à l'institution par la Confédération de l'obligation à l'assurance et à la création de caisses publiques, notre projet s'en trouve — par rapport à la loi de 1899. — considérablement allégé.

Nous avons du reste évité d'insérer dans notre projet toute disposition qui ne serait pas essentielle. En effet, une des conditions de l'acceptation d'une loi par le peuple consiste en ce que le projet soit aussi simple et généralement intelligible que possible. Les détails d'application ou de procédure n'intéressent pas le public; bien plus, leur fixation dans la loi en fait perdre de vue les grandes lignes, et provoque une impression de lourdeur et de complication; l'expérience montre qu'en cas de referendum un projet se trouve déjà sérieusement compromis par le seul fait de son étendue.

De toute façon du reste, c'est-à-dire même avec une loi très détaillée, il n'est pas possible d'éviter sur certains points des ordonnances d'exécution.

L'expérience de quelques années fera sans doute désirer certaines modifications touchant des détails techniques ou d'application; or, pour pouvoir introduire ces modifications sans mettre en branle tout l'appareil législatif, et pour être ainsi en mesure de se plier sans retard aux enseignements de la pratique, il convient de ne pas fixer ces détails dans la loi même. Ce n'est pas à dire que l'autorité exécutive reçoive ainsi liberté pleine et entière: elle devra se mouvoir dans les limites des principes posés par la loi.

Nous avons donc prévu et fixé dans la loi même tout ce qui paraissait e-sentiel; quant au reste, nous statuons en général à l'article 99 que « le Conseil fédéral est chargé de l'exécution de la présente loi, et rend à cet effet les ordonnances nécessaires ».

Nous vous recommandons instamment, dans l'intérêt d'une adoption par le peuple et d'une application facile de la loi, de vous associer à notre manière de voir.

I. Assurance contre les maladies.

Encouragement de l'assurance.

1. *Notre projet renonce à introduire l'obligation à l'assurance contre les maladies*; il se borne à l'encouragement de cette assurance (art. 1).

Ce n'est pas sans regret que, partisans du principe de l'obligation, nous nous décidons à l'abandonner ici. Mais il est du devoir des autorités, dans un pays démocratique comme la Suisse, de s'incliner devant la volonté populaire; cette déférence est du reste le seul parti raisonnable à prendre, attendu qu'à persister dans un système repoussé par le peuple, on ferait œuvre absolument vaine.

Or on a de toutes parts reconnu que le rejet de la loi de 1899 a été dû en majeure partie au fait que cette loi consacrait l'obligation à l'assurance-maladies. Sans parler des personnes qui repoussaient déjà par doctrine le principe de l'obligation, il s'est rencontré un très grand nombre d'électeurs qui, tout en acceptant ce principe en théorie, n'ont pu s'accommoder de la forme concrète qu'il revêtait; c'est ainsi que la loi de 1899 s'est heurtée à l'opposition de ceux qui entendaient soumettre à l'assurance l'ensemble de la population et qui ont dénoncé comme le fait d'une « législation de classes » la limitation de l'obligation aux seuls salariés. Ailleurs, on a soutenu que l'établissement de l'obligation impliquait pour l'Etat le devoir d'en supporter tous les frais. D'autres critiques ont eu pour objet l'âge minimum de 14 ans, la durée minimum d'attachement de 1 semaine, la limite supérieure de revenu de 5,000 francs, etc. (voir art. 1 à 4); des difficultés se produisaient au sujet des personnes qui relèvent, quant à la qualité de salarié, d'une sorte de zone-limite: journaliers, ouvriers de l'industrie domestique, personnes travaillant pour compte de leur chef de famille, etc. On a pu observer que l'obligation à l'assurance avait beaucoup de partisans parmi ceux que cette obligation n'aurait pas atteints, tandis que parmi les assujettis dominait plutôt le désir d'une exonération. Certaines des conséquences inévitables du principe de l'obligation ont également donné

lieu à des craintes : la création de caisses publiques, dans laquelle on a cru voir un commencement de « socialisme d'Etat » et un danger immédiat ou futur pour l'existence des caisses libres de secours mutuels, — la responsabilité des cantons pour les déficits des caisses d'arrondissements et pour les contributions que ne paieraient pas eux-mêmes les journaliers et les personnes exerçant à leur propre compte une industrie domestique, — les frais résultant de l'assurance obligatoire pour les assurés, leurs employeurs et l'Etat, — l'ingérence des autorités, et le prétendu fait que le caractère obligatoire de l'assurance provoquerait la simulation des maladies.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter toutes ces objections, ni de montrer ce que la plupart d'entre elles avaient de mal fondé. Aujourd'hui encore, nous considérons que les modalités et les limites de l'obligation, telles qu'elles étaient fixées par la loi de 1899, se justifiaient pleinement. Si nous renonçons dans notre nouveau projet au principe de l'obligation, c'est précisément parce qu'il nous paraît impossible de trouver, en restant sur ce terrain, une autre solution que celle de 1899 ; d'autre part, rien ne permet de supposer déjà, dans la majorité considérable du 20 mai 1900, un déplacement tel que la solution repoussée alors pût être maintenant acceptée par le peuple.

2. *En favorisant l'assurance volontaire, on se rapproche davantage du but poursuivi par la Constitution* — qui consiste en la diffusion de l'assurance — qu'en s'obstinant à demeurer sur un terrain actuellement impraticable. La nouvelle statistique des sociétés de secours mutuels montre que ces caisses comptaient déjà, à fin 1903, 435,000 personnes assurées contre les maladies, soit 13 membres par 100 habitants, alors que notre mes-âge de janvier 1896 estimait le nombre des assurés à seulement 260,000 au maximum. Cette plus-value considérable contribue à justifier le fait de donner pour base à la nouvelle législation l'encouragement de l'assurance volontaire. En admettant que les trois quarts des 435,000 mutualistes actuels travaillent au compte d'autrui, on trouve en effet que 54 % des 600.000 personnes que la loi de 1899 soumettait à l'assurance sont déjà actuellement assurées. Grâce au subside fédéral, les caisses pourront sensiblement abaisser les contributions de leurs membres ou, pour les mêmes contributions, augmenter leurs prestations ; ensuite du libre-passage et d'une plus grande sécurité du fait de la surveillance, l'assurance-maladies gagnera en crédit moral et en popularité. Il est donc évident que le nombre des assurés croîtra dans une mesure considérable. C'est ainsi qu'en France l'adoption en 1898 d'une loi de subvention et de surveillance des sociétés de secours mutuels a fait rapidement progresser

la mutualité; l'effectif des assurés-maladies est maintenant en France de 7 sur 100 habitants. Sous un régime analogue, cette proportion est de 11 % en Belgique et de 11 % en Angleterre; avec l'obligation à l'assurance, elle est de 18 % en Allemagne et de 10 % en Autriche.

Le canton de Genève a introduit, par sa loi du 27 mai 1903, un régime de subvention et de surveillance, qui n'est pas sans présenter ici de l'intérêt. Il garantit, pendant 10 ans au moins, une subvention de fr. 2.50 par an et par membre aux caisses-maladies établies dans le canton et remplissant les conditions principales suivantes: les cotisations ou finances d'entrée des assurés doivent être proportionnées à l'âge d'entrée, suivant une progression approuvée par le Conseil d'Etat; chaque société doit établir un bilan annuel détaillé, dans lequel les charges et les recettes futures sont évaluées d'après une table de morbidité; elle doit tenir, suivant un modèle uniforme, une statistique de la morbidité de ses membres par âges; cette statistique servira, après un certain nombre d'années, à corriger s'il y a lieu la table de morbidité servant de base au bilan; les secours en cas de maladie courent au plus tard dès le quatrième jour et au moins durant six mois. — D'après les deux rapports jusqu'ici parus de la commission chargée d'examiner les demandes de subvention, le nombre des caisses subventionnées a passé de 21 à 38 entre les années 1904 et 1905, et leur effectif de 4059 à 4785 membres; la cotisation moyenne est plus élevée, le nombre des jours de maladie et le montant moyen des secours — par assuré — sont moindres; l'ensemble des bilans techniques accuse une situation meilleure. La commission voit dans ces phénomènes « la preuve évidente qu'il y a dans la marche des sociétés une surveillance plus active et un souci plus constant d'équilibrer les recettes et les dépenses, résultat attribuable pour une bonne part à ce que la loi oblige les sociétés à mieux se rendre compte que par le passé des détails de leur administration ».

3. Suivant les besoins et l'état de l'opinion dans *chaque canton*, celui-ci pourra introduire l'obligation à l'assurance pour son territoire (art. 2), ce qui offrira moins de difficultés que l'institution, en un seul coup, de l'obligation dans toute la Suisse.

Sous ce régime d'obligation cantonale, et dans les autres cantons grâce aux subsides fédéraux, l'assurance-maladies deviendra toujours plus populaire; bien des préventions seront dissipées, une saine émulation entre les caisses se fera sentir, une certaine uniformité se dessinera au profit des modes d'assurance qui se seront montrés les meilleurs; de la part des autorités

tant fédérales que cantonales, une connaissance pratique plus complète de l'assurance-maladies permettra de se rendre mieux compte des possibilités et des besoins. Sur un terrain ainsi défriché, aplani et en quelque sorte déjà ensemencé, le peuple consentira plus volontiers dans quelques années, si l'utilité s'en fait toujours sentir, à introduire dans toute la Suisse l'obligation à l'assurance.

4. Sans rien abandonner de leurs préférences de principe, les cercles les plus divers ont reconnu comme nous la nécessité d'adopter la seule solution actuellement praticable et qui, tout en constituant un progrès considérable sur l'état actuel, ne saurait en tout cas porter préjudice à l'assurance obligatoire; nous espérons qu'après avoir pesé les considérations qui précèdent, ceux-là aussi arriveront à partager notre manière de voir qui, lorsque furent connues les grandes lignes de notre projet, ont critiqué la renonciation à l'obligation sur le terrain fédéral. A ce propos, notre solution a été l'objet de deux objections, qu'il nous reste à examiner.

a. La première se fonde sur le respect dû à l'article 34 bis de la Constitution; on a dit que l'encouragement de l'assurance volontaire ne satisfaisait pas à cet article. Nous ne contestons pas que c'est essentiellement en vue d'une obligation à l'assurance qu'a été adopté l'article 34 bis en 1890. Mais, à supposer même qu'il dût en résulter, suivant l'esprit de la Constitution, la *nécessité* de baser sur le principe de l'obligation l'« introduction » de l'assurance, on ne saurait faire grief aux autorités, responsables vis-à-vis du peuple, de ne plus rechercher l'exécution de cette disposition constitutionnelle dans un sens que *le peuple lui-même* a refusé de suivre. Nous n'avons toutefois pas besoin d'invoquer cet argument, car en fixant le texte de l'article 34 bis on a expressément entendu ne pas préjuger la forme sous laquelle serait réalisé le but poursuivi (*F. féd.* 1890, I. 321); aussi bien, l'article 34 bis établit une simple faculté, en statuant que la Confédération « peut déclarer la participation à ces assurances obligatoire en général ou pour certaines catégories déterminées de citoyens ». La Constitution *n'impose* donc nullement l'obligation, comme la *seule* solution possible. Or nous venons de voir que l'encouragement et le perfectionnement de l'assurance volontaire sont aussi un moyen d'atteindre le but constitutionnel, soit la diffusion de l'assurance-maladies, et le choix de ce moyen trouve sa pleine justification dans le fait que le peuple suisse n'est actuellement pas favorable à la voie plus rapide de l'obligation à l'assurance.

Dans la faculté reconnue aux cantons de statuer l'obligation,

on a même cru voir une disposition contraire à l'article 34 bis de la Constitution. Nous avons peine à comprendre ce reproche, tant il paraît évident que le législateur fédéral aurait le droit de déléguer aux cantons telles compétences attribuées à la Confédération mais dont celle-ci ne voudrait pas *elle-même* faire usage. Au reste, il ne s'agit pas ici d'une véritable délégation de pouvoirs: en tant que l'autorité fédérale n'exerce pas certaines de ses compétences, celles-ci restent de *plein droit* aux cantons, en vertu du principe général posé par l'article 3 de la Constitution. En statuant que les cantons ont le droit d'instituer l'obligation à l'assurance, l'article 2 de notre projet n'accorde donc pas aux cantons une faculté nouvelle, ne leur délègue point réellement un pouvoir; il ne fait que *laisser* aux cantons une faculté qui leur appartenait avant la révision de 1890 et qui, même depuis cette révision, leur demeure de plein droit en tant que la Confédération n'exerce pas sa compétence. C'est dire que l'article 2 est en réalité superflu, puisque la compétence cantonale résulterait déjà du défaut de toute disposition contraire de la législation fédérale; si nous avons néanmoins introduit cet article dans notre projet, c'est afin que la situation fût parfaitement nette et qu'aucun doute ne pût se produire.

b. On objecte aussi que le subventionnement d'une assurance simplement volontaire ne profitera guère aux personnes peu fortunées, qui ont le plus besoin de l'assurance et qui la négligent si elles n'y sont pas tenues. Nous reconnaissons à cet égard la supériorité pratique de l'obligation, en tant qu'elle engloberait l'ensemble de la population; mais la loi de 1899 n'a elle-même pas échappé sur ce point à une critique, en n'étendant l'obligation qu'aux salariés et en laissant forcément de côté (*F. féd.* 1896, I, 175) les personnes incapables de fournir une contribution. Aussi bien aucune assurance, obligatoire ou facultative, ne saurait constituer une panacée, et l'article 34 bis n'a pas la prétention de résoudre à lui seul la question sociale. C'est déjà un grand bien qu'en prévision de leurs maladies l'Etat fournisse un appui aux assurés placés dans des conditions pécuniaires modestes; or tel est incontestablement le cas de notre projet: nous accordons un subside annuel de fr. 3.65 à toute personne pour peu qu'elle s'assure les soins médicaux et les médicaments (art. 10 et 19); en estimant cette prestation de l'assurance à 80 centimes par jour de maladie, on trouve que le subside fédéral représentera le 60 % de la *prime annuelle* (fr. 6.12, pour un assuré entrant à l'âge de 30 ans); ce subside constituera donc une exonération très sensible pour les mutuaistes, parmi lesquels les personnes de situation modeste se trouvent déjà en grande majorité et se rencontreront toujours

davantage; on verra plus loin (pages 271 et 273, chiffres 2 et 4) que nous *subsidions dans une mesure plus large les petites assurances que les assurances élevées*. Quant aux personnes dont les moyens ne leur permettront pas même de fournir la contribution annuelle restante (fr. 2.47) et de bénéficier ainsi du subside, elles relèvent quoi qu'on fasse de l'assistance publique, déjà pour d'autres besoins; c'est là une situation déplorable, mais dont on ne saurait tirer argument contre une institution d'assurance qui, *dans sa sphère*, réalisera un grand bienfait social. Rien n'empêchera du reste les cantons ou communes, qui ont essentiellement dans leurs attributions l'assistance des pauvres, de parfaire la contribution de leurs indigents, même sans instituer l'obligation à l'assurance.

Surveillance fédérale des caisses de secours.

1. Déjà l'article 34 de la Constitution statuait à son alinéa 2: « Les opérations . . . des entreprises d'assurance non instituées par l'Etat sont soumises à la législation et à la surveillance fédérales » La Confédération recevait ainsi la compétence d'exercer une surveillance sur toutes les institutions d'assurance, soit aussi sur les caisses de secours mutuels. Mais dans son projet d'une loi d'exécution de l'article 34, le Conseil fédéral se réserva de dispenser ces caisses de la surveillance (voir le message, *F. féd.* 1885, I., 95, 96 et 103); l'Assemblée fédérale est allée encore plus loin et a statué la dispense de plein droit, par le motif que ces caisses étaient « capables de soigner leurs intérêts sans intervention gouvernementale » (rapport de la commission du Conseil des Etats, *F. féd.* 1885, I., 603). C'est ainsi que la loi fédérale du 25 juin 1885, sur la surveillance des entreprises privées en matière d'assurance (*Rec. off.*, n. s., VIII., 167), n'est, en vertu de son article 1^{er}, « pas applicable aux associations dont le champ d'exploitation est localement restreint, telles que les caisses de secours en cas de maladie, de décès, etc ».

L'expérience a montré combien cette exclusion avait été fautive; car s'il faut reconnaître l'excellent esprit qui anime généralement les caisses de secours mutuels et le fait que ces sociétés ont beaucoup contribué à propager dans notre peuple les idées de prévoyance, il est aussi nécessaire de constater le caractère très défectueux des bases techniques et financières d'un trop grand nombre d'entre elles. Le 15 juin 1886 déjà, ensuite d'une motion de MM. Curti et co-signataires, le Conseil national invitait le Conseil fédéral à examiner entre autres « si et de quelle manière la Confédération pourrait intervenir pour vérifier les bases des sociétés de

secours mutuels ». Le Conseil fédéral et la commission du Conseil des Etats proposèrent toutefois, par des motifs d'opportunité, de ne légiférer que sur les caisses de secours des entreprises de transport; (voir *F. féd.*, 1888, IV., 665 sq. et 1889, III., 1203 sq.); c'est ainsi qu'est née la loi fédérale du 28 juin 1889, sur les caisses de secours des compagnies de chemins de fer et de bateaux à vapeur (*Rec. off.*, n. s., XI., 246), qui soumet ces caisses à une surveillance spéciale.

Dans son ouvrage classique sur « Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1880 », M. le professeur Kinkelin a clairement exposé les règles que devraient observer ces caisses, et les conséquences déplorables qui résultent fatalement d'une gestion défectueuse. Sans vouloir ici revenir en détail sur la question, rappelons que le vice essentiel d'un trop grand nombre de caisses consiste à méconnaître la nature du risque dont elles s'occupent et à ne pas établir un équilibre exact entre leurs ressources et leurs charges; on ne tient pas compte de ce que le nombre annuel des jours de maladie augmente beaucoup avec l'âge, et que par conséquent la contribution d'un assuré devrait considérablement varier suivant son âge d'entrée. Sous prétexte de « mutualité », de « solidarité », etc., on institue un régime tout à fait arbitraire et nécessairement précaire, suivant lequel une partie des assurés paie trop et d'autres pas assez, alors que la vraie mutualité implique une répartition *équitable* des charges et ne saurait consister en un groupement de favorisés et d'exploités. Beaucoup de caisses, auxquelles leurs membres s'affilient dans un esprit de prévoyance, font elles-mêmes preuve d'une imprévoyance complète; elles sont comme une embarcation qui naviguerait sans carte ni boussole, alors que si un sentiment peut être le moteur du navire il n'en faut pas moins que ce soit la raison qui manœuvre le gouvernail. Cette « imprévoyance dans les institutions de prévoyance » explique aisément qu'un grand nombre de caisses aient dû se dissoudre, après une existence mouvementée, sans pouvoir satisfaire à leurs obligations. Elle explique aussi de continuelles modifications de statuts: suivant qu'une caisse paraît avoir un boni disponible ou qu'au contraire elle a peine à remplir ses engagements, elle remanie ses statuts, en réalité sans connaître exactement sa situation présente non plus que la portée financière des modifications adoptées; celles-ci ne constituent qu'une série de tâtonnements en sens divers, qui donnent à de nombreux statuts un caractère fort embrouillé. Il n'est pas rare que, contrairement au principe de non-rétroactivité, on augmente les contributions des assurés actuels, on diminue les prestations pour l'obtention desquelles ils se sont affiliés, voire même on supprime ou réduise des prestations déjà échues; de tels procédés — en opposition avec la notion

d'assurance — constituent de fait une faillite de la caisse, même s'ils sont autorisés par les statuts ou qu'aucun membre n'y oppose. Les membres âgés et hors d'état de s'assurer ailleurs sont bien forcés d'accepter cette péjoration de leur situation ; en revanche, le recrutement d'éléments jeunes devient de plus en plus difficile, l'âge moyen des assurés augmente encore et la catastrophe se précipite. Plutôt que d'adhérer à une caisse coûteuse à raison de l'âge moyen élevé de ses membres, les jeunes fondent entre eux une caisse nouvelle ; ils y suivent souvent les mêmes errements que leurs aînés, et vont au-devant du même sort. De là vient, dans la vie de bien des caisses, la succession fatale de trois phases : le bon marché excessif et l'état en apparence florissant des débuts, quand l'âge moyen des assurés est bas, les dépenses courantes par conséquent légères et que l'on ne constitue pas les réserves nécessaires en vue du vieillissement des assurés, — puis l'augmentation de l'âge moyen et par conséquent des dépenses, la nécessité d'élever les contributions ou de diminuer les prestations, l'état stationnaire, la difficulté croissante du recrutement, — enfin la déconfiture, subite ou lente, retentissante ou silencieuse. De 1880 à 1903 se sont dissoutes 31 % des caisses qui existaient en 1880, et un nombre indéterminé mais certainement considérable de caisses fondées depuis cette date.

Ici sont en jeu les intérêts d'un très grand nombre de personnes peu versées dans les questions financières et qui confient aux caisses de secours, en prévision du décès ou des jours de vieillesse ou de maladie, des économies péniblement réalisées ; cette épargne, dont le total annuel atteint actuellement 9 $\frac{1}{4}$ millions de francs, mérite la sollicitude particulière des pouvoirs publics.

2. Les considérations qui précèdent justifieraient l'établissement d'une surveillance sur toutes les sociétés de secours mutuels ; on peut même dire que cette surveillance, plus encore que pour les caisses-maladies, serait indiquée pour les caisses qui accordent des indemnités au décès, en cas de vieillesse ou d'invalidité ; car ces dernières espèces d'assurance, à long terme et de valeur moyenne plus élevée, sont aussi celles pour lesquelles l'observation d'une technique exacte est le plus nécessaire.

Nous n'en proposons pas moins de n'instituer actuellement la surveillance que sur des caisses qui s'occupent d'assurance-maladies ; c'est la même conclusion qu'adoptait la loi de 1899 (art. 188 ; voir aussi le message, *F. féd.* 1896, I., 243—244). Statuer à l'occasion de la présente loi la surveillance de toutes les caisses de secours — maladies, accidents, décès, invalidité, vieillesse, etc. — serait sortir du cadre — maladies et accidents — tracé par l'article constitutionnel que cette loi a pour mission d'exécuter, et

mètre gravement en péril notre projet. Il nous semble donc légitime et prudent de céder aujourd'hui encore, dans une certaine mesure, aux considérations pratiques et d'opportunité qui ont, comme on l'a vu, déterminé jusqu'ici l'attitude expectante du législateur à l'égard des sociétés de secours mutuels, et qui font aussi déclarer non applicables à ces sociétés les dispositions de la loi sur le contrat d'assurance (art. 79 du projet actuellement soumis aux Chambres). Plutôt donc que de ne rien atteindre en voulant trop embrasser, nous nous bornons ici à la surveillance de caisses qui s'occupent d'assurance-maladies, seule ou en combinaison avec d'autres branches; c'est par une revision de la loi de surveillance de 1885 qu'il sera possible d'aller plus loin; en attendant, on continuera à s'en remettre aux cantons (voir page 243, chiffre 2).

3. Même parmi les caisses qui exploitent l'assurance-maladies nous voudrions — contrairement à la loi de 1899 (art. 188) — faire une distinction en ne soumettant pour le moment à la surveillance fédérale que celles qui seront reconnues et qui prétendront ainsi au subside fédéral (art. 1 de notre projet). Une double considération pratique nous dicte cette solution :

a. La surveillance aura sa contre-partie dans l'octroi d'une subvention fédérale, et au cas où une caisse ne satisferait plus aux exigences de la surveillance, la sanction toute naturelle consistera à supprimer cette subvention; à toute subvention répondra une surveillance, et réciproquement. Si nous soumettions à surveillance les caisses-maladies même non subventionnées, la sanction du fait de ne pas satisfaire à cette surveillance ne pourrait plus consister qu'en une interdiction pour la caisse de poursuivre ses opérations; on aboutirait ainsi nécessairement au système de concessions, qui est celui de la loi de 1885 et suivant lequel peuvent seules exercer leurs opérations, les entreprises qui en ont reçu l'autorisation gouvernementale.

Le régime des concessions, qui déroge au principe de la liberté d'industrie, ne convient qu'à des entreprises d'une certaine importance; l'application pratique en est difficile quand il s'agit, comme pour les caisses de secours, de petites associations dont souvent l'existence même n'est révélée aux autorités que par une demande de subvention. Nous ne croyons pas qu'il y aurait avantage à instituer ce régime pour les caisses-maladies, à seule fin de pouvoir surveiller même celles qui ne prétendront pas à la reconnaissance et au subside fédéral.

b. En pratique, du reste, les caisses-maladies non reconnues et par conséquent non surveillées seront dès le début peu nom-

breuses; après quelques années d'application de la loi, elles seront devenues plus rares encore, ensuite du désavantage pécuniaire résultant pour elles du manque d'un subside et par l'effet du discrédit qui s'attachera au défaut même d'une surveillance. Ainsi donc, sans être obligés de recourir à un fâcheux régime de concessions, nous aurons atteint le but en vue duquel on voudrait soumettre à surveillance *toutes* les caisses-maladies: n'avoir en Suisse que des caisses-maladies sérieuses.

4. *La surveillance fédérale portera avant tout sur la solvabilité des caisses reconnues*: c'est là une conséquence logique de ce qu'on a vu plus haut (chiffre 1). La Confédération endosserait une sorte de complicité morale, en reconnaissant et en subventionnant des caisses incapables de faire face à leurs engagements. L'octroi et le maintien de la reconnaissance dépendront donc essentiellement du fait par les caisses de présenter la sécurité nécessaire (articles 5, alinéa 1, et 17, alinéa 3), c'est-à-dire une garantie d'équilibre constant entre leurs ressources et leurs charges.

L'ouvrage précité de M. Kinkelin expose avec une parfaite clarté les bases techniques qui procurent cet équilibre, et qui consistent en une graduation convenable des contributions suivant l'âge d'entrée ainsi qu'en l'établissement périodique d'un bilan de situation. Bien que l'application de règles techniques rigoureuses exige seulement des opérations d'arithmétique élémentaire, avec les tables fournies par M. Kinkelin, la plupart des caisses répugnent à s'y décider; ici se manifestent cette idée fausse que le « froid calcul » n'a que faire dans des institutions qui se réclament des beaux principes de mutualité, et la crainte instinctive de voir un examen exact mettre en lumière la fragilité de telle société ou sa situation déjà compromise. Sans doute la loi genevoise du 27 mai 1903 (art. 3 et 4) a pu établir comme condition d'une subvention cantonale le fait par les caisses-maladies de graduer exactement les contributions de leurs membres et d'établir un bilan technique; mais ce qui est possible dans un canton urbain comme Genève ne saurait être, du jour au lendemain, introduit pour toute la Suisse.

Nous croyons donc préférable de ne poser, dans notre projet (art. 5), que l'exigence toute générale de la sécurité nécessaire. Lors d'une demande de reconnaissance, l'autorité procédera à un examen; s'il en résulte que la caisse peut faire face à ses engagements sur les bases adoptées par elle, la reconnaissance aura lieu; au cas contraire et à défaut d'une réforme, la caisse essuiera un refus. Graduellement, les caisses-maladies en viendront à une gestion plus exacte, sous la triple influence de l'autorité de surveillance,

de l'émulation entre les caisses et d'un jugement plus éclairé; bien des préventions se dissiperont, on reconnaîtra de plus en plus les avantages de règles techniques et le peu de difficultés de leur application. Des tables de morbidité pourront être déduites d'expériences suffisantes des caisses elles-mêmes; elle acquerront aussitôt l'autorité qui manque aux tables actuelles basées sur des observations trop peu nombreuses, trop anciennes ou faites à l'étranger.

La surveillance portera également sur la réalisation des autres conditions du subventionnement. Nous entendons en effet exercer une action directe dans le sens du perfectionnement matériel de l'assurance; notre but est de rendre l'assurance-maladies non seulement meilleur marché et plus sûre, mais encore meilleure, par la garantie de certaines qualités visées aux articles 6 à 13 de notre projet (libre passage, admission des femmes-mêmes, minimum de prestations, etc.; voir, à ce sujet, pages 245 à 266).

5. C'est au *Conseil fédéral* — en sa qualité d'autorité exécutive — qu'appartiendra tout naturellement le soin d'exercer la surveillance fédérale sur les caisses-maladies reconnues, de même qu'il est chargé d'appliquer la loi de surveillance de 1885; le « bureau fédéral des assurances », déjà existant et qui sert d'organe au Conseil fédéral pour l'application de la loi de 1885, pourra remplir le même rôle en ce qui touche les caisses-maladies. Nous évitons ainsi de créer un nouveau rouage de l'administration fédérale; il suffira d'augmenter dans la mesure nécessaire le personnel du bureau actuel.

La surveillance projetée ne doit pas, cela va sans dire, être tracassière ou malveillante; nous désirons au contraire voir croître et se perfectionner toujours ces caisses-maladies, que nous subventionnons et auxquelles nous confions un rôle social important. Le bureau fédéral des assurances s'est acquis en Suisse et à l'étranger, dans ses rapports avec les entreprises surveillées, une réputation incontestée de bienveillance, d'impartialité et de compétence; ce bon renom ne peut que se confirmer quand le même bureau sera chargé de la surveillance des caisses-maladies.

Nous ne doutons pas que les caisses elles-mêmes n'acceptent volontiers une surveillance ainsi comprise. De toutes parts on reconnaît que cette surveillance est nécessaire, et on s'attend à la voir instituer comme contre-partie du subventionnement; car il est évident que la Confédération ne saurait simplement fournir l'argent de ses subsides, sans veiller à ce que ces derniers profitent à une assurance sérieuse. Bien plus, la surveillance fédérale sera la bienvenue auprès de toutes les caisses réellement soucieuses de progrès: en même

temps que la subvention facilitera l'assurance à un grand nombre de personnes, la surveillance constituera pour les caisses une source de conseils éclairés et un puissant facteur de crédit moral et de popularité.

6. Sous peine de conflits, la décision souveraine doit être attribuée à *une seule et même autorité*, en matière d'octroi ou de retrait de la reconnaissance, et aussi — comme déterminant l'octroi ou le retrait — en matière d'approbation de statuts ou de prononcés d'amendes: nous désignons comme telle le Conseil fédéral (art. 4, 5 et 17). Pas plus que la loi de surveillance de 1885, ni que la loi de 1899 (art. 191 et 200), nous n'avons institué, contre les décisions du Conseil fédéral, de *recours à l'Assemblée fédérale*; ce sont ici, en effet, matières qui ne se prêtent guère à révision par une assemblée politique; elles ne rentrent pas non plus dans le cadre naturel de juridiction d'un tribunal de droit privé, tel que le tribunal des assurances (art. 88).

Rôle des cantons.

1. Les cantons pourront *introduire l'obligation à l'assurance-maladies* (art. 2, lettre *a*). Nous avons déjà parlé de cette compétence (page 234) et l'on a vu qu'à tout prendre elle allait de soi, tant que la législation fédérale ne statuait rien de contraire.

On en peut dire autant du droit pour les cantons de *créer des caisses publiques* et d'*astreindre les employeurs à contribuer* aux frais d'une assurance obligatoire des personnes qu'ils occupent (art. 2, lettres *b* et *c*). La création de caisses publiques n'est qu'un corollaire de l'obligation à l'assurance; l'Etat est en effet logiquement tenu de garantir, aux personnes qu'il oblige à l'assurance, qu'elles trouveront effectivement assureur; or cette garantie n'existe que si l'Etat crée des caisses publiques, sauf le cas difficilement réalisable où il astreint des caisses « libres » à accueillir les personnes soumises à l'assurance. Quant à l'imposition de contributions aux employeurs, ce n'est là qu'une modalité de l'assurance obligatoire.

Ici encore, nous avons pourtant mentionné expressément les compétences cantonales, afin d'exclure tout doute à leur sujet. Actuellement déjà, la Constitution ou la loi de plusieurs cantons prévoient ou instituent l'obligation à l'assurance-maladies pour tout ou partie de la population, et rendent les employeurs responsables du paiement des contributions des personnes qu'ils occupent.

Nous venons de dire que la création de caisses publiques maladies ne saurait guère être évitée dans les cantons qui introduiront

l'obligation à l'assurance; même pour ce cas, cependant, notre projet n'impose pas cette création. Inversement, des caisses publiques pourront être établies même sans que le canton institue l'obligation; il sera par exemple loisible à un canton de fonder des caisses publiques simplement pour y recevoir les personnes qui ne pourraient ou ne voudraient pas s'affilier à une caisse libre.

Suivant leurs besoins et les idées régnantes, les cantons fixeront donc eux-mêmes toutes les questions d'obligation à l'assurance, de création de caisses publiques et de participation des employeurs aux contributions; le cas échéant, ils détermineront les catégories de personnes soumises à l'assurance, ils régleront la situation relative des caisses publiques et des caisses libres, etc.

Nous avons toutefois réservé, pour ces dispositions cantonales, l'approbation du Conseil fédéral.

2. Même sans légiférer sur l'assurance obligatoire, *les cantons pourront exercer une surveillance sur les caisses de secours* (art. 3). Cette compétence n'a rien de nouveau; elle existe déjà actuellement, par le fait que la loi de 1885 (art. 1, alinéa 2) exclut de la surveillance fédérale les « associations dont le champ d'exploitation est localement restreint, telles que les caisses de secours en cas de maladie, de décès, etc. ».

La surveillance cantonale pourra porter sur les caisses de secours de n'importe quelle catégorie; tel canton organisera une surveillance uniforme sur toutes les caisses de secours; tel autre instituera un régime différent suivant les espèces de caisses (maladies, décès, vieillesse, etc.). Les cantons ne seront ainsi *pas tenus* d'organiser une surveillance; dans le système de notre nouveau projet, il n'y a en effet aucune raison pour que la loi fédérale prescrive absolument — comme cela était nécessaire dans la loi de 1899, à cause des caisses publiques créées par le législateur fédéral — l'institution d'autorités cantonales de surveillance; nous évitons ainsi de devoir poser dans la loi fédérale — ou dans une ordonnance, comme le prévoyait l'article 188 de la loi de 1899 — des normes pour la surveillance cantonale.

Actuellement, aucun canton n'exerce en général de surveillance sur les caisses de secours. Depuis 1890, l'activité des cantons en ce domaine a tout naturellement été entravée par l'attente d'une législation fédérale mettant à exécution l'article 34^{bis} de la Constitution. Mais la cause principale et permanente du peu d'activité des cantons, en matière de surveillance des caisses de secours, réside dans la rareté d'un personnel expert et dans la crainte des frais; sachant qu'une surveillance sérieuse causerait au canton des dé-

penses sensibles, et reconnaissant d'autre part qu'une surveillance de pure forme ou exercée sans connaissances suffisantes serait plus nuisible qu'utile, on préfère s'abstenir.

L'article 3, alinéa 2, de notre projet tient compte de cette situation en statuant que, *sur le désir d'un canton, l'autorité fédérale lui fournira gratuitement un concours consultatif, en vue d'une surveillance cantonale sur des caisses de secours*. On voit sans peine les avantages que les cantons pourront retirer de ce concours, équivalant à une consultation préventive et gratuite d'experts, tandis qu'aujourd'hui, par crainte des frais, des experts sont en général appelés seulement quand il est trop tard. Le bureau fédéral des assurances, auquel nous comptons confier ce service à côté de ses autres attributions, constituera comme un office central de renseignements techniques gratuits; il en résultera sans doute pour la Confédération une certaine dépense, à cause de la nécessité d'augmenter le personnel du bureau, mais on évitera les frais bien plus considérables de doubles emplois entre cantons, tout en ayant à la disposition de tous un personnel parfaitement qualifié; cette dernière circonstance ne sera pas indifférente aux caisses elles-mêmes, en augmentant pour elles les chances d'un traitement éclairé de la part de leur canton.

Le concours de l'autorité fédérale pourra s'appliquer à des caisses de secours de n'importe quelle catégorie, et non seulement à des caisses-maladies; c'est même pour les caisses-décès, invalidité ou vieillesse, qui s'occupent d'opérations dans lesquelles la technique joue un rôle particulièrement important, que les avis d'experts auraient leur principale utilité. Notre disposition ne saurait cependant froisser les susceptibilités cantonales même les plus ombrageuses: elle prévoit expressément que le concours fédéral ne sera fourni à un canton que sur son désir et à titre purement consultatif.

Les dispositions cantonales seront entièrement indépendantes de la surveillance fédérale prévue pour les caisses-maladies « reconnues ». La Confédération reconnaît et subventionne les caisses-maladies qui remplissent certaines conditions fixées par elle; sa surveillance porte sur l'accomplissement de ces conditions. C'est là un régime pour soi, qui ne préjuge en rien à l'existence ou au mode d'une surveillance cantonale: il n'empêche pas les cantons d'établir à leur convenance tel ou tel régime pour une catégorie quelconque de caisses de secours; cela est évident pour les caisses autres que d'assurance-maladies et pour les caisses-maladies non reconnues; mais même quant aux caisses reconnues, il n'y a aucun inconvénient à ce qu'un canton les astreigne —

par exemple en tant que caisses publiques ou pour leur admission comme caisses libres, pouvant recevoir des personnes tenues à l'assurance, ou enfin pour l'obtention d'une subvention cantonale — à d'autres conditions encore que celles dont dépendra le subventionnement fédéral.

Remarquons en terminant qu'un droit de surveillance des cantons, ainsi que le rappelle l'alinéa 1^{er} de notre article 3, n'existe pas quant aux caisses de secours soumises à la loi fédérale de surveillance de 1885 c'est-à-dire *autres* que celles « dont le champ d'exploitation est localement restreint » ; ces caisses, qui étendent leurs opérations au territoire de plus d'un canton, relèvent *actuellement déjà* de la surveillance exclusive de la Confédération (art. 1 et 15 de la loi de 1885).

3. Le dernier alinéa de l'article 3 prévoit l'envoi de *rapports des cantons* au Conseil fédéral, sur leur activité en matière de caisses de secours. L'autorité fédérale sera ainsi tenue officiellement au courant de l'activité des cantons dans ce domaine.

4. Un rôle spécial est attribué aux cantons par l'article 19, alinéa 4, de notre projet : *les subsides fédéraux aux caisses reconnues seront payés par l'intermédiaire des cantons*, suivant un bordereau établi et certifié exact par chaque gouvernement cantonal pour les caisses reconnues de son territoire. Cette disposition a pour but de décharger l'autorité fédérale, en confiant aux gouvernements cantonaux le soin de vérifier les pièces justificatives des comptes des caisses et notamment le nombre des journées d'assurance, d'où dépendra le montant de la subvention fédérale.

L'autorité fédérale pourra contrôler la teneur du bordereau cantonal, lors de la réception des comptes annuels envoyés directement par les caisses (art. 5, alinéa 2) ou à l'occasion d'inspections auprès de ces dernières. Mais il n'en faut pas moins que le bordereau présente toutes garanties d'exactitude : c'est pourquoi nous statuons qu'en cas d'inexactitude au détriment de la Confédération, le canton pourra devoir restituer l'excédent indû, sauf son recours contre la caisse intéressée.

Conditions de la reconnaissance par la Confédération.

Ces conditions font l'objet des articles 4 à 13.

Siège en Suisse, etc. (art. 4).

La reconnaissance ne sera accordée qu'à des caisses ayant leur *siège principal en Suisse*. Cette disposition se justifie d'elle-même.

même; les subsides fédéraux ne profiteront donc pas aux membres, domiciliés en Suisse ou à l'étranger, d'une caisse étrangère; quant aux membres domiciliés à l'étranger d'une caisse suisse, nous en parlerons à propos de l'article 91 (page 354 ci-après).

Les caisses reconnues pourront être de pures caisses-maladies, ou aussi des *caisses de secours pratiquant l'assurance-maladies « en combinaison avec d'autres branches d'assurance »*. Les caisses-maladies dites combinées forment d'après la statistique le 63 % du total des caisses-malades et possèdent le 71 % des assurés; elles sont, on le voit, nombreuses et d'un effectif de membres supérieur à la moyenne; parmi elles se trouvent beaucoup des caisses les mieux organisées. Il n'y a aucune raison pour les exclure de la reconnaissance. La loi de 1899, également, admettait tacitement (art. 188 et 189) à la subvention les caisses libres combinées; c'est seulement pour les caisses publiques ou inscrites qu'une combinaison de branches d'assurance n'était pas permise (art. 119, lettre a, 158 et 194, lettre d).

Les caisses combinées seront « reconnues » et subventionnées *en raison seulement de leurs prestations pour les cas de mutilés*. Mais la *surveillance* s'étendra néanmoins à l'ensemble de leurs affaires; en effet, si même les différentes branches d'assurance d'une caisse combinée ont chacune sa comptabilité et ses recettes propres, il n'y a pas moins unité de patrimoine pour l'ensemble des branches et la situation de la branche maladies peut être influencée par celle des assurances d'autres espèces. Pour ce motif, la surveillance fédérale instituée par la loi de 1885 s'exerce aussi vis-à-vis d'une société d'assurances sur l'ensemble de ses affaires, même si elle n'est concessionnée en Suisse que pour une partie des branches prévues par ses statuts.

Les caisses reconnues pourront être diverses non seulement quant aux risques assurés (caisses-maladies pures ou combinées), mais encore aux points de vue de leur caractère (caisses privées ou publiques, avec assurés volontaires ou obligés), — de leur étendue territoriale (caisses locales, régionales, cantonales, fédérales, ou internationales avec siège en Suisse) — de leur destination (caisses ouvertes à chacun ou au contraire professionnelles, d'entreprises, à tendances politiques ou confessionnelles). Cette grande souplesse est un des avantages du régime institué par notre projet: pour qu'une caisse de secours puisse être reconnue et subventionnée, il faut mais il suffit qu'elle rende certains services dans le domaine de l'assurance-maladies.

Approbation des statuts et des comptes (art. 5).

L'approbation des statuts sera l'occasion d'un examen général de la caisse, notamment quant à sa sécurité. Nous avons déjà montré (page 240, chiffre 4) que la garantie d'une sécurité suffisante doit être le premier objet de la surveillance fédérale.

C'est aussi un contrôle de sécurité que nous avons en vue en obligeant les caisses à envoyer au Conseil fédéral leurs comptes annuels; on pourra, en étudiant ces comptes, s'assurer que les statuts approuvés ont été effectivement appliqués; on veillera à ce que les comptes fassent ressortir la vraie situation pécuniaire de la caisse. L'examen des comptes fournira en outre, concurremment avec des inspections auprès des caisses, un moyen de contrôler l'exactitude du bordereau cantonal dressé pour le calcul des subsides fédéraux (art. 19, alinéa 4); il permettra enfin, en montrant la situation présente de la caisse et les expériences faites par elle sur ses bases actuelles, d'apprécier la possibilité ou la nécessité de telles ou telles modifications à ces bases.

Il est permis d'espérer que ce contrôle, joint à des directions bienveillantes, amènera sans peine toutes les caisses à dresser des comptes complets, clairs et conformes à la réalité.

Liberté de passage (art. 6).

1. Il s'agit de parer aux désavantages résultant pour un assuré de ce qu'il doit quitter la caisse dont il était membre, à cause d'un changement de domicile ou de profession, ou parce qu'il cesse d'être attaché à telle entreprise. Exemples: Un assuré de la caisse locale de X. doit abandonner cette caisse parce qu'il va s'établir à Y.; un ancien typographe ne peut demeurer affilié à la caisse de la fédération des typographes, parce qu'il a changé de profession et s'est fait menuisier; un membre de la caisse de secours de l'entreprise A est forcé de quitter cette caisse parce qu'il n'est plus au service de l'entreprise. Dans tous ces cas, le désavantage pour l'assuré consiste essentiellement en ce que, après avoir longtemps contribué à la caisse qu'il quitte, il se voit opposer son âge ou son état de santé lorsqu'il veut s'affilier à une caisse nouvelle, ou bien il doit subir vis-à-vis de cette caisse une nouvelle période de stage.

D'après la statistique, les sorties autrement que par décès atteignent annuellement 20 % de l'effectif des membres; on ne connaît pas le nombre des sorties qui, dans ce total, sont dues à des changements de domicile, de profession ou d'attachement;

mais ce nombre est certainement considérable, étant donné d'une part que les changements de domicile et d'attachement deviennent toujours plus fréquents, et d'autre part que les caisses-maladies ne s'étendant qu'à une commune ou à une fabrique forment le 76 % de la totalité des caisses-maladies et possèdent le 62 % de l'effectif total des assurés.

Déjà la motion Curti et cosignataires, adoptée par le Conseil national le 15 juin 1886, visait à « faciliter autant que possible l'affiliation des sociétés de secours mutuels entre elles ». Mais à cette époque on ne crut pas pouvoir faire quelque chose dans le sens indiqué (voir *F. féd.* 1888, IV. 670—678 et 1889, III. 1208—1210).

Aujourd'hui la question se présente sous un jour différent : à l'occasion de l'institution d'une surveillance et d'un subventionnement des caisses-maladies, il paraît désirable et légitime d'amener ces caisses à parer le plus possible aux désavantages qui résultent actuellement, pour les assurés, d'un changement de domicile, de profession ou d'attachement. De tous côtés et notamment de la part des caisses elles-mêmes, on a exprimé le désir d'introduire une certaine liberté de passage ; bien plus, on s'attend à ce que l'existence de cette liberté soit une des conditions du subventionnement fédéral. L'institution du libre-passage favorisera du reste le recrutement de nouveaux assurés, et elle sera ainsi également utile aux caisses et à la diffusion de l'assurance. Mais la question est très délicate, en raison de l'extrême diversité des caisses ; il faut instituer un régime qui soit tout à la fois pratique et équitable, puisqu'on entend le prévoir pour *toutes* les caisses reconnues.

2. Un premier système consisterait à statuer que le changement de domicile, de profession ou d'attachement doit être sans influence sur l'affiliation, *l'assuré restant membre de sa caisse actuelle* ; le « libre-passage », ainsi, ne s'entendrait pas d'une caisse à une autre, mais bien d'une situation dans une autre.

a. Considérons d'abord ce système pour le cas d'un changement de domicile : obligerait-on les caisses à tolérer un déplacement dans la même commune, le même district ou canton, dans toute la Suisse, ou dans un certain rayon kilométrique ? Se bornerait-on à imposer la tolérance d'un déplacement « momentané » dans le rayon fixé, ou garantirait-on le libre déplacement, même en dehors de ce rayon, à la condition qu'il ne fût que momentané ; à quoi reconnaître un « déplacement momentané » ; que faire lorsque tel déplacement, par exemple en se prolongeant, se révélerait comme durable ou définitif ? On voit immédiatement combien les dispositions ré-

glant tous ces points — et faisant violence au caractère local qu'il plaît non sans raison à la plupart des caisses de se donner — seraient artificielles et difficiles à établir. Mais il y a plus : si la caisse devait suivre avec ses propres organes l'assuré dans son nouveau domicile, c'est-à-dire — ne fût-ce peut-être que pour un unique assuré — étendre en fait son organisation à ce nouveau lieu, il faudrait qu'elle y engage un médecin et un visiteur, qu'elle y envoie le montant des indemnités et qu'elle y encaisse les contributions. Tout cela serait évidemment impraticable, déjà à cause des frais d'administration qui en résulteraient; nous nous verrions donc amenés à statuer, comme complément nécessaire au droit pour l'assuré de rester membre de la caisse de son ancien domicile, l'obligation pour une caisse du nouveau domicile de se charger — au compte de l'ancienne caisse — de l'administration de l'assuré. A laquelle, de plusieurs caisses présentes, imposerait-on cette obligation? Peut-être cette caisse ne serait-elle pas organisée pour fournir telle des prestations assurées (par exemple celles en nature). La perception des contributions, la fourniture des indemnités et la surveillance en cas de maladie nécessiteraient, entre la caisse du domicile et celle d'affiliation, des correspondances, des décomptes et donneraient lieu à des contestations. La caisse du domicile devrait recevoir pour ses peines une indemnité convenable sous forme de commissions, attendu que les services réciproquement réclamés entre caisses ne se compenseraient pas. Il serait même nécessaire d'intéresser pécuniairement la caisse du domicile au sort des cas de maladie confiés à ses soins, afin d'entretenir sa vigilance; sinon la simulation, fléau de toutes les caisses-maladies, se donnerait libre carrière en présence d'une surveillance mollement exercée par une caisse payant pour le compte exclusif d'une autre: il faudrait donc réassurer tout au moins en partie les membres auprès de la caisse du domicile. Comment seraient fixées les commissions, et les primes de réassurance? Qui trancherait les contestations naissant fatalement de ces rapports entre les caisses?

b. S'il s'agissait au contraire d'un *changement de profession ou d'attachement*, c'est-à-dire d'un assuré cessant d'appartenir à la profession ou à l'entreprise pour laquelle sa caisse actuelle est constituée, ce serait méconnaître absolument le caractère de cette caisse que de l'obliger à conserver un tel assuré; comment cette obligation se concilierait-elle, par exemple, avec le fait qu'un patron supporte les frais d'administration, paie une partie des contributions ou garantit la solvabilité de la caisse de secours de son entreprise? Une caisse professionnelle ou d'entreprise se trouverait dénaturée par l'obligation de conserver comme assurés des personnes dont les in-

térêts professionnels ou autres seraient devenus étrangers ou opposés à ceux dont la poursuite est l'un des buts de la caisse. Ne faudrait-il pas établir un rapport entre la durée de l'appartenance à la profession ou à l'entreprise, et la durée du droit de demeurer dans la caisse après le changement; quel serait ce rapport?

Si enfin — ce qui serait logique — on statuait le droit de demeurer dans la caisse nonobstant un double changement — de domicile et de profession ou d'attachement — tous les inconvénients que nous venons de signaler se cumuleraient.

Nous croyons en avoir assez dit pour montrer que l'institution du « libre passage » ne saurait être basée sur l'obligation pour une caisse de conserver ses assurés; c'est déjà ce qu'on a reconnu lors de l'élaboration de la loi de 1899: un avant-projet prévoyait des « membres permanents », restant affiliés à la même caisse publique malgré leurs changements de domicile; mais on n'a pas tardé à y renoncer. Si le système que nous venons d'examiner ne peut donc être prévu pour toutes les caisses reconnues, comme régime légal, rien n'empêche en revanche les caisses de l'instituer librement, en conservant leurs membres malgré les changements en question, et en passant entre elles des conventions pour la surveillance réciproque et éventuellement la réassurance des assurés éloignés du siège de leur caisse. Des conventions de ce genre, toujours résiliables, se conçoivent entre caisses de même nature, de prestations semblables, qui se connaissent et dont les échanges de services se compensent à peu près. C'est ainsi qu'une « convention concernant la surveillance des membres disséminés », du 10 décembre 1893, lie presque toutes les caisses qui font partie de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande; à vrai dire, cette convention ne vise que le cas exceptionnel et accidentel où un assuré tombe malade en dehors du territoire de sa « société d'origine », et elle n'oblige nullement une caisse à conserver tel membre qui transfère son domicile hors du territoire de sa caisse; aussi la convention n'a-t-elle en dix ans trouvé d'application qu'une centaine de fois, bien qu'elle groupe environ 100 sociétés des cantons de Vaud, Genève, Valais, Fribourg, Neuchâtel et Berne, avec environ 26,000 assurés.

3. Notre projet a donc préféré le système du passage d'une caisse à l'autre, et l'article 6 fixe les conditions et modalités de ce passage. Ce sont en général les mêmes principes que ceux d'un concordat qui réunit actuellement environ 400 caisses des cantons de Zurich, Thurgovie, St-Gall, Appenzell, Glaris, Bâle-ville, Bâle-campagne, Grisons, Soleure, etc., avec environ 100,000 membres.

Nous solidarisons les caisses reconnues de toute la Suisse, dans ce sens que toute personne ayant appartenu à l'une de ces caisses est au bénéfice d'une sorte de droit de cité et peut en vertu de ce droit se faire, à certaines conditions, recevoir dans une autre caisse reconnue. La liberté de passage ne saurait toutefois être absolue, le « passant » pouvant continuer purement et simplement auprès de la caisse nouvelle son assurance antérieure, *quelle qu'elle fût* ; en effet, si les intérêts du passant sont dignes de sollicitude, ceux de la caisse nouvelle ne doivent pas non plus être sacrifiés ; il ne faut pas, notamment, que l'institution du libre-passage soit de nature à causer la ruine des caisses sérieusement fondées et gérées. Cette nécessité de concilier des intérêts souvent opposés constitue la principale difficulté du problème et motive les conditions restrictives posées à l'article 6.

Nous examinerons le détail de ces conditions dans la partie spéciale du présent message (pages 311 à 319). Mais dès maintenant nous pouvons observer que le libre passage institué par notre projet représente un avantage considérable pour les « passants », puisqu'il leur confère un *droit* à être reçus, sans nouveau stage et sans acception d'âge ni d'état de santé.

Les échanges d'assurés entre diverses caisses ne se compenseront pas, en quantité et en qualité ; c'est ainsi que le passage d'assurés affaiblis par l'âge sera en général plus intense des caisses urbaines aux caisses campagnardes que dans le sens inverse ; il existe en effet une tendance des jeunes payans à venir gagner leur vie en ville et à retourner dans leurs vieux jours s'établir à la campagne. Il faut donc que le régime institué par la loi soit équitable *en soi*.

La loi ne peut établir et imposer, à des caisses libres essentiellement diverses, qu'un *certain minimum* de liberté de passage, qu'une sorte d'état de libre-échange minimum. Rien n'empêchera les caisses de se montrer statutairement plus accueillantes que la loi ne les y obligera, non plus que de conclure avec d'autres caisses — de même nature, de prestations semblables et d'échanges réciproques équivalents — des conventions instituant une liberté de passage plus complète. Les cantons pourront en faire de même, en ce qui touche par exemple les caisses publiques fondées par eux ou les personnes tenues par eux à l'assurance.

D'après la loi de 1899, le libre-passage se produisait pour ainsi dire automatiquement entre caisses *publiques*, quant aux personnes soumises à l'assurance, puisque leur affiliation était déterminée de plein droit par le lieu de leur domicile ou de leur

occupation (art. 26, 27 et 151); quant aux assurés volontaires, une liberté de passage n'était instituée qu'à l'égard des caisses d'arrondissements (art. 33 à 36), à l'exclusion des caisses d'entreprises (art. 153). A l'égard de caisses libres, même inscrites, aucune liberté de passage n'existait même en faveur de personnes soumises à l'assurance (art. 193; voir *F. féd.* 1896, I. 282-283, chiffre 4); notre projet actuel va donc plus loin, en imposant à des caisses libres une certaine liberté de passage, bien qu'il ne s'agisse que d'assurances volontaires.

4. Dans des milieux mutualistes partisans du système de la « surveillance des assurés disséminés » — opposé à celui du véritable « libre-passage », — on estime qu'il devrait suffire à la loi d'imposer à toute caisse reconnue le *choix de l'un ou l'autre de ces deux systèmes*. Un exemple montrera l'impossibilité de ce choix, que nous aurions sans cela volontiers réservé : Une caisse genevoise A a adopté le système de surveillance, tandis qu'une caisse zurichoise B pratique le libre-passage. Un assuré de A quittant Genève pour Zurich, la caisse A conserverait cet assuré mais demanderait de la caisse B qu'elle surveille et indemnise, pour compte de A, cet assuré malade; la caisse B devrait ainsi être *obligée* de se prêter à l'application du système de surveillance, non admis par elle et pour lequel elle ne serait pas organisée. S'agissant au contraire d'un assuré quittant Zurich pour Genève, la caisse B entendrait, en vertu du système de libre-passage pratiqué par elle, que cette personne — cessant d'être assurée à B — fût reçue comme membre de la caisse A; cette dernière s'y refuserait, en n'offrant que la surveillance pour compte de B.

Il faut nécessairement que deux caisses appliquent le même système, pour qu'il puisse y avoir correspondance de l'une à l'autre. La loi doit donc adopter un système, comme régime légal, et nous avons motivé plus haut la préférence donnée au véritable libre-passage. *Cela n'empêchera du reste nullement*, nous le répétons, telles caisses d'instituer entre elles, à titre conventionnel, le système de simple surveillance. Exemple : la caisse genevoise A sera obligée par la loi de recevoir comme membre l'assuré venant de la caisse zurichoise B; mais elle pourra passer avec la caisse neuchâteloise C une convention aux termes de laquelle — sous bénéfice de réciprocité — tout assuré venant de Neuchâtel s'établir à Genève restera membre de la caisse C tandis que la caisse A exercera sur lui la surveillance. Le système de simple surveillance demeurera ainsi pratiqué, de préférence au régime légal, entre les caisses auxquelles il conviendra de le prévoir pour leurs rapports réciproques.

5. La liberté de passage pourrait être rendue plus complète, dans le sens d'une continuation pure et simple de l'assurance antérieure auprès de la caisse nouvelle, si la caisse antérieure remettait au passant, à sa sortie, sa *réserve individuelle* pour être versée à la caisse nouvelle. Nous renonçons toutefois à statuer une disposition dans ce sens. Pour que, du seul fait du transfert de réserve, l'assurance antérieure pût être continuée telle quelle auprès de la caisse nouvelle, il faudrait en effet que celle-ci et la caisse antérieure non seulement utilisent toutes deux des bases techniques mais encore qu'elles aient les *mêmes* bases, tarifs et prestations ; or ces conditions ne se trouveraient aujourd'hui que très rarement réunies, et la disposition en question ne réaliserait donc presque jamais son but.

L'expérience de l'Autriche est sur ce point instructive. La loi autrichienne du 30 mars 1888, sur l'assurance-maladies, statuait en substance (art. 13 et 28) ce qui suit : En cas de passage de l'assuré dans une autre caisse, la nouvelle caisse reçoit de l'ancienne la part revenant à l'assuré dans le fonds de réserve ; cette part résulte du rapport entre le montant total des contributions versées par le passant, et le montant total des contributions de tous les membres actuels de la caisse. Or ces dispositions ont été abrogées, comme inexécutables, déjà par la loi du 4 avril 1889. Elles se contentaient pourtant, comme on le voit, d'imposer la remise d'une part aliquote du fonds de réserve.

Non-exclusion des citoyens suisses ; admission des femmes.

(art. 7 et 8).

1. A propos de l'article 19 (page 275, lettre *e*), on verra que notre projet accorde en principe le subside fédéral aussi pour les assurés de nationalité étrangère. Nous ne saurions pourtant subventionner une caisse qui en vertu de ses statuts *n'assure que des étrangers* ; une caisse de ce genre ne pourra donc pas être reconnue ; la loi genevoise du 27 mai 1903 (art. 9) refuse de même le subside cantonal aux « sociétés dont les statuts excluent les citoyens suisses ».

2. Un des progrès que doit poursuivre le subventionnement des sociétés de secours mutuels consiste dans la *diffusion de l'assurance des femmes*. La statistique des fabriques de 1901 constate entre 1888 et 1901 une augmentation de 26 % dans l'effectif des ouvrières ; celles-ci, en 1901, étaient au nombre de 92,331, soit 38 % du total du personnel des fabriques. Ce fait à lui

seul montre que la valeur économique de la capacité de travail des femmes a augmenté. Les statistiques des sociétés de secours mutuels font ressortir d'autre part, de 1880 à 1903, une augmentation de 110 % dans l'effectif des femmes assurées (117 % pour les mutualistes hommes); c'est là un fait réjouissant, mais il n'en reste pas moins que les 86,599 mutualistes femmes ne représentent encore que le 20 % du total des mutualistes adultes. Un relevé publié en 1889 par MM. Schuler et Burckhardt (« Untersuchungen über die Gesundheitsverhältnisse der Fabrikbevölkerung, mit besonderer Berücksichtigung des Krankenkassenwesens », Sauerländer-Aarau) montrait que même dans les fabriques 21 % seulement des femmes étaient assurées contre les maladies, tandis que la fréquence d'assurance était de 29 % pour les hommes. En général, suivant la statistique de 1903, sur 100 femmes adultes il n'y en a que 7 d'assurées contre les maladies, tandis que 30 % des hommes adultes sont assurés. Cette différence très considérable dans la fréquence d'assurance des femmes, suivant qu'il s'agit de la population féminine en général ou spécialement des ouvrières de fabriques, a sa cause dans le fait que la majorité des mutualistes femmes ne sont assurées que parce qu'elles travaillent dans un établissement industriel doté d'une caisse-maladies obligatoire pour tout son personnel.

Les caisses accessibles à des femmes ou qui leur sont exclusivement destinées formaient en 1865 le 25 %, en 1880 le 35 %, et en 1903 le 42 % du total des caisses suisses. Ici de nouveau se relève un certain progrès, dû à l'esprit plus accueillant des cercles mutualistes, et aussi à l'augmentation du nombre des caisses obligatoires des fabriques qui emploient un personnel mixte. Mais pourtant un trop grand nombre de caisses demeurent encore fermées aux femmes. L'admission de ces dernières se heurte à certaines préventions et à des vus égoïstes : dans telles caisses, on se croirait humilié de ne plus être « entre hommes » ; on craint le ridicule du fait que des femmes participeraient aux cortèges et aux fêtes ; on redoute les commérages résultant de la rencontre des deux sexes dans les assemblées ou dans des séances de comité, qui ont souvent lieu le soir ; on veut aussi ne pas faciliter aux femmes, par leur assurance, la concurrence qu'elles font aux hommes sur le marché du travail. Nous ne nous attarderons pas à discuter de pareils motifs, qui pour n'être pas toujours exprimés ni même conscients n'en jouent pas moins un rôle considérable.

3. Mais il convient de retenir un autre argument, suivant lequel les femmes seraient plus portées à simuler l'incapacité de travail et aussi en réalité plus sujettes que les hommes à

la maladie. S'il était exact, ce double fait devrait se révéler dans les statistiques comparées de la morbidité des deux sexes. Or le relevé précité de MM. Schuler et Burckhardt, portant sur 71,000 observations annuelles dont 28,000 de femmes, montre que sur 1,000 mutualistes femmes 257 sont chaque année malades (291 pour les hommes); la fréquence des maladies est donc moindre pour les femmes que pour les hommes; mais comme chaque maladie dure en moyenne plus longtemps chez les premières (25 jours) que chez les seconds (22 jours), la morbidité — soit le nombre de jours de maladie par an — se trouve *sensiblement égale* pour les deux sexes (6 $\frac{1}{2}$ jours pour les femmes, 6 $\frac{1}{4}$ pour les hommes). Un ouvrage classique de Heym (Anzahl und Dauer der Krankheiten in gemischter Bevölkerung; 25 Jahre Erfahrungen der Gesellschaft « Gegenseitigkeit »; Strauch-Leipzig, 1884), qui embrasse 82,000 observations, dont 37,000 de femmes, aboutit à des conclusions analogues à celles de Schuler et Burckhardt quant à la fréquence et à la durée relatives des maladies, et fait ressortir une morbidité *moindre* pour les femmes que pour les hommes (6,88 au lieu de 7,07). Voici les résultats de la statistique en Allemagne, en Autriche et en France:

	Malades, par 100 assurés et par an		Durée moyenne d'une maladie, jours		Journées de maladie, par assuré et par an	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Allemagne (1888-1902)	37,4	32,1	16,9	19,1	6,3	6,0
Autriche (1902)	49,4	41,3	17,2	19,8	8,5	8,2
France (1902)	30,5	30,0	20,7	20,5	6,0	5,0

La morbidité relative des deux sexes dépend naturellement dans une large mesure de la profession et de l'âge des personnes considérées; on ne saurait notamment comparer de jeunes individus de l'un des sexes avec des individus âgés de l'autre; en outre, la morbidité relative est probablement différente suivant que l'on considère tel ou tel âge, le même pour les deux sexes. Le nombre accusé de jours de maladie est également différent suivant la durée maximum des secours accordés pour un même cas par chaque caisse, vu que les jours de maladie postérieurs à l'expiration de cette durée ne sont plus comptés. Les statistiques ne fournissent ainsi pas un résultat comparatif rigoureusement exact, puisque pour chacune d'elles le personnel observé n'est probablement pas, d'un sexe à l'autre, de composition identique aux points de vue de la profession, de l'âge et de la durée des secours. Par le fait même de la diversité de ces statistiques, on est pourtant autorisé à admettre que leur ensemble donne une idée approchante

de la morbidité relative des deux sexes, dans la généralité des caisses.

D'après la statistique des fabriques, 20 % des ouvrières sont âgées de moins de 18 ans et seulement 7 % ont dépassé 50 ans ; parmi les ouvriers hommes, chacune de ces classes d'âges fournit le 11 % du total des hommes ; Schuler et Bureckhardt ont de même constaté que 64 % des mutualistes femmes, contre seulement 47 % des mutualistes hommes, sont âgées de moins de 31 ans. Ce moindre âge moyen du personnel féminin des fabriques, par rapport au personnel masculin, résulte essentiellement de ce qu'à un certain âge beaucoup de femmes quittent la fabrique pour tenir leur ménage ; également dans les caisses autres que de fabriques et pour une cause analogue, les mutualistes femmes sont probablement d'un âge moyen inférieur à celui des hommes. Ce fait tend à rendre l'assurance des femmes plus avantageuse ; les femmes, en effet, quittent plus souvent leur caisse à un âge où, ensuite d'une augmentation de morbidité commune aux deux sexes, les contributions d'assurance cessent de suffire aux frais ; entrant et sortant jeunes, elles sont un élément avantageux pour les nombreuses caisses qui ne graduent pas suffisamment les contributions suivant l'âge d'entrée et qui ne constituent pas de réserves techniques.

4. Nous croyons avoir montré que l'assurance des femmes est possible, et cela aux mêmes conditions que celle des hommes. Une disposition facilitant l'assurance féminine a d'autre part une valeur éthique considérable ; elle est d'un intérêt général évident et se recommande précisément du fait que les femmes sont sans droits électoraux.

Les caisses elles-mêmes s'attendent à voir faire de l'admission des femmes une condition du subventionnement ; car elles comprennent que le législateur fédéral ne saurait leur reconnaître par des subventions un rôle social aussi important que celui de la diffusion de l'assurance, si elles entendaient ne remplir ce rôle qu'à l'égard d'une moitié de la population. Les caisses n'auront du reste qu'à se féliciter de trouver dans l'assurance féminine un élargissement de leurs bases, un nouvel élément de recrutement, e'est-à-dire un renfort de stabilité. Nous ne connaissons pas de caisse qui ait dû regretter d'avoir introduit l'assurance des femmes, et dont la situation ait été de ce fait compromise.

Voir, quant aux détails de l'art. 8, la partie spéciale du présent message, page 319.

Minimum de prestations

(art. 9, 10 et 11).

1. Le subventionnement et par conséquent la reconnaissance doivent nécessairement être liés au fait par une caisse de garantir à ses membres, en cas de maladie, un certain minimum de prestations : mérite seule d'être subsidiée, une assurance qui présente une certaine valeur économique et sociale, et la subvention doit être dans un rapport convenable avec les prestations garanties. Cette considération s'applique aux divers éléments dont l'ensemble détermine la valeur économique des prestations, savoir la consistance (espèce et montant) de ces dernières, ainsi que les conditions de leur fourniture.

Pour déterminer le minimum exigible en ce qui touche chacun de ces éléments, il faut se reporter à la pratique actuelle des caisses-maladies, telle qu'elle ressort de la statistique de 1903. Tout en poursuivant la réalisation d'un progrès, il importe en effet de ne pas poser des exigences telles que seulement très peu de caisses puissent y satisfaire, ce qui réduirait à l'excès le champ d'application et l'utilité du nouveau régime; par une fixation appropriée du minimum exigé de prestations, il faut au contraire viser à ce que la plupart des caisses actuelles puissent obtenir la reconnaissance et cela, grâce au subside fédéral, sans devoir augmenter sensiblement leurs contributions d'assurance.

2. On verra à l'article 19 (page 271, chiffre 2) que nous instituons deux montants différents du subside fédéral, suivant qu'une caisse fournira seulement le minimum de prestations exigé pour la reconnaissance ou encore un certain surcroît. Cette graduation du subside évite l'inconvénient consistant, pour un subside uniforme, à être relativement trop élevé pour les petites assurances ou trop bas pour les plus grandes; elle permet de se contenter, pour les assurances auxquelles s'appliquera le subside inférieur, d'un minimum très modeste de prestations garanties, sans faire tort aux assurances plus élevées.

3. De même que la loi de 1899 (art. 189 et 30), nous prévoyons la reconnaissance et par conséquent le subventionnement d'une caisse pour peu qu'elle garantisse le traitement médical et les médicaments (art. 10 de notre projet). Les caisses-maladies avec prestations exclusivement en nature étaient en 1903 au nombre de 72; toutes fournissent déjà le minimum exigé ou pourront —

grâce au subside fédéral — fournir ce minimum sans même devoir augmenter leurs contributions d'assurance.

4. La loi de 1899 n'accordait pas de subside — sauf par mesure transitoire (art. 395) — aux caisses ne garantissant que des prestations en espèces, soit une *indemnité de chômage*; la fourniture du traitement médical et des médicaments ne pouvait donc pas être remplacée par celle d'indemnités en espèces, même d'une valeur supérieure. Pour les motifs suivants, notre projet (art. 10) se montre plus large :

On a fait valoir que la fourniture d'indemnités en espèces provoquait la simulation et permettait aux assurés d'affecter à des dépenses quelconques l'argent reçu de leur caisse, au lieu de l'employer à se soigner en vue d'une guérison qui est le but par excellence de l'assurance-maladies. Si cette objection avait une portée pratique sensible, les caisses elles-mêmes — qui sont conscientes et maîtresses de leurs intérêts — n'auraient pas manqué de renoncer déjà au système des indemnités en espèces.

En tant même que non affectée au traitement proprement dit, une indemnité de chômage concourt au but de l'assurance : la guérison ne dépend pas seulement des conseils d'un médecin et de l'emploi de médicaments ; elle est favorisée par une nourriture convenable, la tranquillité psychique et le repos, toutes choses que permet seule une indemnité de chômage ; cette dernière supplée au salaire perdu, nécessaire à l'entretien de l'assuré et de sa famille. C'est dire que l'une et l'autre forme de secours en cas de maladie — prestations en nature et indemnité de chômage — sont dignes d'encouragement et, puisque la loi n'impose pas les deux, il convient de permettre indifféremment l'une ou l'autre.

D'après la statistique de 1903, 819 caisses-maladies comptant 184,928 membres, c'est-à-dire 45 % des caisses avec 44 % de l'effectif total des assurés, ne fournissent que des prestations en espèces. Une loi qui obligerait toutes ces caisses à changer de principe et à transformer leur organisation, sous peine de ne pas recevoir de subside fédéral, serait de ce fait seul fort exposée à un échec.

Nous fixons à 1 franc par jour, en cas d'incapacité totale de travail, le minimum d'indemnité de chômage que devront fournir les caisses reconnues, à défaut de prestations en nature.

D'après la statistique de 1903, parmi les caisses dont les prestations sont exclusivement en espèces, garantissent une indemnité journalière de chômage

	Caisses.	%
inférieure à 1 franc	90	11
égale ou supérieure à 1 franc	729	89

Ainsi donc, 89 % des caisses à prestations en espèces satisfont dès maintenant à la condition de fournir le minimum fixé ; en outre, comme le subside fédéral de fr. 3.65 par an représente (pour un assuré entrant à l'âge de 30 ans) la prime d'une indemnité journalière de chômage d'environ 48 centimes, toutes les caisses qui assurent actuellement une indemnité comprise entre environ 52 centimes et 1 franc pourront, grâce au subside fédéral et sans augmentation de primes, assurer à l'avenir au moins l'indemnité exigée de 1 franc. En ajoutant cette dernière catégorie, on trouve que — des caisses actuelles ne fournissant qu'une indemnité en espèces — 776 soit 95 % pourront satisfaire à la condition d'une indemnité minimum, sans même devoir augmenter les contributions de leurs membres.

5. Il reste encore à mentionner les caisses à prestations des deux sortes (en nature et en espèces), qui fournissent déjà ou qui, grâce au subside fédéral, pourront sans augmentation de contributions fournir à l'avenir le minimum légal de l'une au moins des deux sortes de prestations ; ces caisses étaient en 1903 au nombre de 912.

6. En résumé, sur un total de 1814 caisses-maladies, comptant 424,434 membres au milieu de l'année 1903, pourront satisfaire à la condition de prestations minima, en nature ou en espèces, sans même devoir augmenter leurs contributions d'assurance :

	Caisses	Effectif
Caisses avec prestations en nature	72	55.036
Caisses avec prestations en espèces	776	177.409
Caisses avec prestations des deux sortes	912	182.031
<i>Ensemble</i>	<u>1760 (97 %)</u>	<u>414.476 (98 %)</u>

7. Une certaine faveur, pour les caisses fournissant en nature les soins médicaux et les médicaments, résultera du fait que nous assimilons cette fourniture au paiement d'une indemnité en espèces de 1 franc par jour de maladie. A la page 71 de son ouvrage cité dans notre bibliographie — page 225 ci-dessus, sous chiffre 4 — Haberlin estime à 80 centimes, par jour de maladie, le coût de ces prestations en nature ; les recherches de notre Département de l'Industrie (Voranschlag über die jährlichen Kosten

der staatlichen Krankenpflege in der Schweiz, 1893, pages 8 et 11) faisaient ressortir la dépense à 81,6 centimes. Les caisses fournissant en nature leurs prestations pourront donc se contenter d'une dépense, par jour de maladie, d'environ 80 centimes au lieu de 1 franc, et elles recevront néanmoins le même subside; pour elles, ce subside représentera le 60 % des contributions d'assurance, quand il sera du 48 % pour les caisses à indemnité en espèces de 1 franc; voir pour les détails page 273, chiffre 4.

8. La valeur économique des prestations dépend non seulement de leur montant, mais encore des *conditions de leur fourniture*; si par exemple des prestations d'un montant même élevé n'étaient fournies qu'ensuite d'une affiliation d'une durée infiniment longue, leur valeur économique demeurerait égale à zéro. C'est dire qu'il y a lieu pour la loi de fixer aussi le maximum de la durée d'affiliation initiale que puisse exiger une caisse reconnue, pour qu'un assuré ait effectivement droit à la fourniture des prestations garanties; tel est l'objet de notre article 9.

Cette durée d'affiliation initiale, ce temps durant lequel bien que payant ses contributions un membre ne jouit pas encore de droits en cas de maladie, constitue la période de *stage* ou le « délai de carence » proprement dit. Techniquement, l'institution d'un stage a pour but de suppléer à ce que présente d'insuffisant l'examen médical au moment de l'affiliation; de même que cet examen, le stage doit parer à une antisélection qui résulterait du fait, par un individu, de s'assurer de préférence quand il se sentirait déjà malade; aussi bien, le stage existe non seulement dans la généralité des caisses-maladies, mais encore pour d'autres branches, par exemple l'assurance en cas de décès dite « populaire », où l'examen médical n'est également que sommaire.

En 1903, la durée du stage était

inférieure ou égale à 3 mois dans 1649 caisses (91 %)
supérieure . . . » » » » 165 » (9 %)

En fixant à 3 mois le maximum de stage qu'il sera loisible aux caisses reconnues de prévoir (art. 9), nous posons une exigence à laquelle pourront satisfaire, même sans modifications statutaires, 91 % des caisses-maladies actuelles, comptant 92 % du total des mutualistes; quant aux autres caisses, le subside fédéral leur fournira plus que les ressources nécessaires à un abaissement de leur durée actuelle de stage, sans qu'elles soient obligées d'augmenter les contributions; la durée du stage est en effet sans grande influence sur l'ensemble des charges pécuniaires d'une caisse, attendu que le stage ne s'applique jamais qu'une seule fois à un même assuré.

9. De même que pour le stage et par des motifs semblables, la loi doit poser certaines exigences touchant la durée, soit le commencement et la fin, de la fourniture des prestations pour chaque maladie ne rentrant pas dans la période de stage (art. 10, alinéa 2).

Dans les caisses qui fournissent en nature les soins médicaux et les médicaments, il est naturel que l'assuré bénéficie de ces prestations dès le début de sa maladie; la caisse elle-même y a intérêt, car plus tôt commencera un traitement approprié et plus grandes seront les chances d'une guérison rapide. Sur 72 caisses dont les prestations sont en nature et qui comptent 55,036 membres, 3 seulement avec 232 membres ne fournissent pas ces prestations dès le début de la maladie.

En revanche, touchant le paiement d'une indemnité de chômage, la plupart des caisses statuent que cette indemnité n'est pas comptée pour une première période de maladie, constituant un *délai d'attente*. L'institution de ce délai dérive de l'idée que les ressources propres de l'assuré lui permettent de s'entretenir, lui et les siens, durant quelques jours de chômage sans le secours de l'assurance; le délai d'attente procure d'autre part à la caisse une économie sensible, par l'addition de tous les cas de maladie où il trouve son application. On considère aussi que la fourniture d'indemnités de chômage pour de simples indispositions inciterait à la simulation, et qu'elle augmenterait les frais d'administration dans une mesure disproportionnée au montant même de ces indemnités.

Il convient pourtant d'empêcher que le délai d'attente ne soit trop long, ce qui rabaisserait la valeur économique des prestations et serait nuisible à la caisse elle-même, attendu que durant le délai d'attente l'assuré est particulièrement peu porté à se faire soigner.

D'après la statistique de 1903, imposent pour la fourniture d'une indemnité de chômage un délai d'attente

inférieur ou égal à 3 jours,	1,423	caisses	avec	303,243	membres
supérieur	319	»	»	66,155	»

En fixant à 3 jours le maximum de ce délai et en imposant d'autre part la fourniture des prestations en nature dès le début de la maladie, nous admettons les mêmes solutions que la loi de 1899 (art. 53, 54 et 189).

10. La fixation du moment où peuvent *cesser* les prestations, nonobstant la persistance de la maladie, est plus importante encore que celle du moment où les prestations doivent commencer.

Il va de soi que plus la durée des secours est longue et plus l'assurance présente d'utilité pour l'assuré ; on peut même dire que la continuation des secours, en cas de persistance de la maladie, serait particulièrement précieuse à l'assuré à un moment où, de longs mois de maladie ayant malgré les secours reçus épuisé ses ressources propres, il aurait doublement besoin de ne pas se voir abandonné à lui-même. La durée des secours ne saurait pourtant être illimitée, à cause du surcroît de charges qui en résulterait pour l'ensemble des assurés ; par le fait même de leur rareté relative et des grosses dépenses que chacun d'eux implique, les cas de maladie très prolongée constituent d'ailleurs un risque inassurable pour une caisse dont l'effectif n'est pas tel que la loi des grands nombres puisse se vérifier parmi ses membres même en ce qui touche les cas de ce genre ; leur couverture appartient à une branche spéciale, organisée en conséquence, savoir l'assurance contre l'invalidité.

En 1903, la durée de secours était

inférieure	à 6 mois	dans 1,210 caisses	avec 213,522 membres
égale ou supérieure à 6	»	» 604	» 210,912
égale ou supérieure à 12	»	» 219	» 114,908

Notre projet (art. 10, al. 2) exige une durée de secours d'au moins 6 mois ; 33 % des caisses actuelles, comptant 50 % des mutualistes, remplissent déjà maintenant cette condition ; pour d'autres, le subside fédéral — comme en matière de stage, de délai d'attente, etc. — fournira les ressources permettant de satisfaire aux exigences légales sans même devoir augmenter les contributions.

Les charges de l'assurance ne croissent pas dans la même proportion que la durée des secours ; par exemple, une assurance dont les prestations durent au maximum 12 mois ne coûte pas le double de celle dont les prestations s'arrêtent après 6 mois, attendu qu'un grand nombre des maladies existant encore à l'expiration des 6 premiers mois cessent au cours des 6 mois qui suivent. Nous donnons ci-après, tels qu'ils ont été déduits d'une expérience suisse, des « facteurs de réduction » qui indiquent la charge résultant de diverses durées de secours, comparée à la charge — exprimée par 1 — résultant d'une durée de 6 ou de 12 mois :

	comparée à 6 mois.	comparée à 12 mois.
3 semaines	0,52	0,49
6 »	0,71	0,66
13. » (3 mois)	0,89	0,82
26 » (6 mois)	1,00	0,93
39 » (9 mois)	1,05	0,97
52 » (12 mois)	1,08	1,00

On voit par ce tableau que la charge d'une assurance avec durée de secours de 1 an n'est que de 8 % supérieure à celle d'une assurance de 6 mois, — qu'une assurance de 3 semaines de secours coûte presque la moitié (49 %) d'une assurance de 1 an, — qu'une assurance de 6 semaines coûte les $\frac{2}{3}$, environ d'une assurance de 9 mois (0,71 pour 1,05 ou 0,66 pour 0,97), — etc.

La loi de 1899 (art. 56 et 189) exigeait, comme condition du subventionnement, une durée minimum de secours de 1 an. En réduisant cette durée à 6 mois, nous déchargeons les caisses de 7 % en général, et plus encore en ce qui touche l'assurance des femmes. On a vu en effet (page 254, chiffre 3) que la durée moyenne des maladies est plus longue chez les femmes que chez les hommes; toute réduction de la durée de secours affecte par conséquent les premières dans une plus forte mesure que les seconds; c'est dire qu'en fixant à seulement 6 mois le minimum de la durée de secours, nous tendons à faciliter encore pour les caisses l'assurance des femmes aux mêmes conditions que celle des hommes.

III. L'article 11 de notre projet introduit une disposition spéciale en faveur des *femmes en couches*: il pose le principe que les caisses reconnues devront fournir aux accouchées les mêmes prestations que pour un cas de maladie proprement dite.

Parmi les caisses actuelles qui assurent des femmes, la plupart refusent toutes prestations pour une incapacité de travail résultant d'accouchement ou de fausse-couche, ou bien elles établissent pour ce cas un délai spécial d'attente de quelques semaines; mais si, durant ce délai, l'assurée est atteinte d'une maladie indépendante de ses couches, elle a droit de ce fait aux prestations ordinaires. Pas n'est besoin d'insister sur la fragilité d'une pareille distinction; dans quelle mesure une pleurésie ou une infection générale, par exemple, sont-elles causées ou aggravées par un accouchement? Économiquement, du reste, l'incapacité de travail consécutive à un accouchement est identique à ce qui résulte d'une maladie ordinaire; elle se complique même de la survenance du nouveau-né, dont l'entretien et la garde entraînent des charges spéciales.

Il nous paraît donc indiqué d'honorer et d'encourager la maternité en instituant des prestations aux accouchées; cette disposition, d'une valeur éthique manifeste, présente un grand intérêt pour la natalité et pour la santé des générations à venir; elle est d'autant plus opportune qu'une assurance spéciale et distincte de la maternité ne saurait se populariser dans une mesure suffisante. La loi de 1899 partait du même point de vue, en obligeant les caisses publiques, et par conséquent aussi les caisses

libres subventionnées (art. 189), à rembourser à l'accouchée les frais obstétricaux et cas échéant à lui payer l'indemnité de chômage (art. 72); cette dernière indemnité, toutefois, n'était fournie au maximum que durant 6 semaines, tandis que « si l'accouchée tombait malade avant ou après son accouchement, elle avait droit aux mêmes prestations que pour toute autre maladie » (art. 73), c'est-à-dire cas échéant à l'indemnité de chômage durant 1 année (art. 56); il y avait donc lieu de distinguer suivant la cause de l'incapacité de travail de l'accouchée.

Nous voudrions ici déjà faire un pas de plus que la loi de 1899 et — renonçant à une distinction en elle-même délicate et sans fondement au point de vue économique — assimiler entièrement, quant aux prestations de l'assurance, l'accouchement à une maladie proprement dite; il est du reste probable que, dans l'application pratique de la loi de 1899, la limitation à 6 semaines du paiement de l'indemnité de chômage pour un accouchement ordinaire n'aurait guère déployé d'effet: du seul fait, anormal, qu'à l'expiration de 6 semaines une accouchée n'aurait pas encore été rétablie, on aurait déduit qu'elle était « tombée malade après son accouchement ».

Par le second alinéa de l'article 11, nous complétons les mesures en faveur des femmes en couches, sur un point important que n'abordait pas la loi de 1899: même après que l'accouchée se trouve rétablie et de nouveau *physiquement* capable de travail, la loi parfois lui interdit encore pour un certain temps la reprise de sa profession; c'est ainsi que la loi fédérale de 1877 sur le travail dans les fabriques (art. 15) statue qu'une ouvrière ne pourra rentrer à l'usine que six semaines au moins après ses couches, alors pourtant qu'elle est généralement remise après 18 ou 20 jours.

Le caractère humanitaire et l'utilité d'une disposition de ce genre sont incontestables. Mais il ne suffit pas que le législateur laisse la mère à son enfant même après qu'elle est rétablie; il faut encore qu'il veille à ce que le bienfait poursuivi ne devienne pas irréalisable ou illusoire, par les inconvénients économiques résultant de l'empêchement de travail. Les rapports des inspecteurs des fabriques signalent avec insistance que si l'article 15 précité de la loi de 1877 reste très souvent lettre morte, ou si ses prescriptions apparaissent volontiers aux ouvrières elles-mêmes comme le fait d'une dureté injustifiée, c'est parce que l'accouchée exilée de la fabrique se trouve de ce fait privée de gain à un moment particulièrement critique. Il est donc temps de compléter, par une disposition venant en aide à l'accouchée que la loi empêche de travailler,

la mesure protectrice purement négative consistant en cet empêchement.

Tels sont les motifs pour lesquels nous statuons que si, au moment où elle redevient capable de travail, l'accouchée se trouve encore légalement empêchée de reprendre l'exercice de sa profession, la caisse doit lui fournir, jusqu'à la cessation de cet empêchement, au moins *la moitié* de l'indemnité de chômage. La *réduction* de l'indemnité nous paraît ici justifiée par le fait que, n'étant pas physiquement incapable de travail, l'assurée ne réalise pas l'une des conditions généralement posées à l'octroi de l'indemnité et qu'elle peut utiliser son temps en dehors de sa profession.

Quelle sera la portée pratique, au point de vue de la morbidité accusée, des dispositions contenues à l'article 11 en faveur des accouchées ? La statistique des fabriques de 1901 montre que, sur 100 ouvrières, environ 24 sont mariées et en âge de fécondité; il est permis d'admettre cette proportion pour les mutualistes femmes en général, attendu que ce sont les ouvrières de fabrique qui fournissent et continueront à fournir la très grande majorité des assurées. Les relevés du bureau fédéral de statistique pour les années 1871 à 1890 (112^e livraison de la « statistique de la Suisse ») indiquent d'autre part que, parmi 100 femmes mariées et en âge de fécondité, il se produit chaque année 25 accouchements. En combinant ces deux facteurs, nous trouvons par 100 femmes assurées et par an 6 accouchements. Nous admettons que chaque accouchement donne lieu en moyenne à une incapacité de travail de 20 jours et nous obtenons ainsi 120 journées par an pour 100 assurées, c'est-à-dire pour chaque assurée 1,20 journée. Il reste maintenant à ajouter les journées, payables pour moitié, qui s'écoulent entre le rétablissement de l'accouchée et le moment où la loi lui permet de reprendre sa profession; ce sont là, suivant la loi sur les fabriques, 22 journées — soit six semaines moins 20 journées déjà indemnisées, — qui comptent pour 11 journées pleines; pour 100 assurées, cela représente à raison de 6 accouchements par an 66 journées, soit 0,66 journée par assurée; ce dernier chiffre devrait subir une réduction, attendu que les caisses dont les prestations sont exclusivement en nature n'auront rien à fournir après le rétablissement de l'assurée, et qu'un empêchement légal de reprendre le travail dès leur rétablissement n'existera pas pour toutes les accouchées.

On voit donc qu'il se produira pour les caisses, *par femme assurée et par an*, un surcroît de morbidité de $1,20 + 0,66 = 1,86$ jour en raison des secours aux accouchées. En admettant même que

les femmes forment le tiers du total des assurés, cette surmorbidity sera, *par assuré et par an, de 0,6 jour.*

Nous aimons à espérer que — dignes du rôle social que notre projet leur confie — les caisses libres de secours mutuels comprendront l'utilité générale et le caractère d'équité des secours aux accouchées et en général de l'assurance féminine, et qu'elles consentiront joyeusement aux sacrifices, du reste bien modestes en comparaison du subside fédéral, que ces mesures impliquent.

Contrôle des tarifs médicaux ; concours à l'assurance-accidents.

(art. 12 et 13.)

1. On a exprimé le désir que, lors d'un subventionnement des caisses-maladies, le législateur fédéral veille à ce que les *médecins et pharmaciens* qui fournissent leurs soins et les médicaments nécessaires aux membres de ces caisses soient convenablement rémunérés ; on a fait valoir que certaines caisses-maladies sont portées, dans un but d'économie du reste mal entendu, à donner de prime abord leur préférence aux médecins ou pharmaciens le meilleur marché, et à instituer ainsi entre les membres de ces professions une concurrence acharnée, qui, aboutissant à des honoraires dérisoires, compromet la situation matérielle et morale du corps médical. Reconnaisant ce que ces arguments ont de fondé, nous instituons (article 12) un recours au Conseil fédéral contre les conventions ou tarifs établis par des caisses reconnues et qui ne prévoiraient pas une rémunération convenable des services médicaux. Il est, à vrai dire, permis de regretter que les membres du corps médical ne paraissent pas être en mesure de réaliser eux-mêmes — par leurs efforts individuels ou collectifs — ce qu'ils attendent aujourd'hui d'une disposition légale de protection.

Pour le détail de l'article 12, voir la partie spéciale, page 321.

2. L'article 13 statue l'obligation, pour les caisses reconnues, de *concourir au service de l'assurance-accidents* conformément aux articles 245 à 249. Nous verrons en quoi consiste cette collaboration (page 85, chiffre 7). Remarquons dès maintenant qu'elle n'a rien d'onéreux pour les caisses reconnues, qui seront entièrement indemnisées de leur concours et qui de plus en retireront certains avantages indirects (propagande, etc.) ; il est néanmoins nécessaire de statuer ici pour les caisses reconnues l'obligation de prêter leur concours, afin que l'établissement-accidents — qui en a besoin — soit sûr de l'obtenir ; la loi de 1899 (art. 194, lettre b) contenait une disposition analogue, touchant les caisses libres inscrites.

Autres conditions éventuelles de reconnaissance.

Les conditions de reconnaissance examinées et adoptées jusqu'ici se justifient parce qu'elles visent certaines qualités *essentielles*, sans lesquelles une caisse ne mérite pas d'être subventionnée. Il n'en est pas de même de telles autres conditions, que de divers côtés on voudrait imposer aux caisses reconnues et qu'il nous reste à passer en revue.

1. A propos de l'article 6 (page 247, chiffre 1) nous avons justifié par des motifs spéciaux le fait d'exiger des caisses reconnues qu'elles se prêtent à une certaine liberté de passage, c'est-à-dire qu'elles accueillent comme membres, dans certaines circonstances et suivant certaines modalités, d'anciens assurés d'autres caisses reconnues; on a déjà remarqué qu'en posant cette exigence vis-à-vis de caisses libres, notre projet allait plus loin que la loi de 1899.

En revanche, nous ne saurions d'une manière générale *astreindre les caisses reconnues à recevoir telle ou telle personne*. Une pareille restriction ne serait inévitable — et par conséquent légitime — que si ces caisses devaient être les *seuls organes* mis à la portée de *personnes tenues à l'assurance*; or cette double condition fait défaut, vu que la loi fédérale ne statue aucune obligation à l'assurance et que rien n'empêchera les cantons d'instituer des caisses publiques. Aussi bien la loi de 1899 n'obligeait pas non plus une caisse libre subventionnée, *même inscrite*, à recevoir une personne même soumise à l'assurance (art. 193), et elle faisait dépendre de conditions d'âge et de santé, *même vis-à-vis d'une caisse publique*, le droit d'affiliation d'une personne non soumise à l'assurance (art. 31).

Si l'on obligeait en principe les caisses reconnues à assurer telle personne, il faudrait établir exactement les conditions de domicile, d'âge, de santé, de profession, etc. auxquelles les caisses pourraient subordonner l'admission, de même que des maxima autorisés de contributions et de finances d'entrée. Mais il resterait encore à régler la répartition, entre les diverses caisses, des personnes dont aucune caisse n'aimerait à se charger aux conditions établies par la loi. Or l'acceptation de ces risques onéreux n'est possible que dans la mesure où elle trouve une compensation par l'assurance de bons risques, avec lesquels peut s'établir une moyenne; c'est pourquoi l'obligation pour une caisse de recevoir — dans certaines circonstances et à certaines conditions — des risques même onéreux implique nécessairement l'obligation, pour tous les risques bons ou mauvais placés dans les mêmes circonstances, de s'assurer à cette caisse; elle est praticable seule-

ment sous un régime qui exclut l'anti-sélection résultant de la liberté laissée de ne pas s'assurer ou de choisir son assureur. Des caisses libres, auxquelles personne n'est tenu de s'assurer, ne peuvent donc pas être tenues d'assurer quelqu'un.

Par l'effet de la concurrence et sans qu'il soit besoin de statuer une obligation d'admission, les caisses-maladies seront accueillantes; actuellement déjà, leurs efforts tendent à un recrutement plus intense. Voyant leurs bases affermies par l'afflux général d'assurés qu'amèneront le subventionnement et le meilleur crédit moral de l'assurance, elles pourront se montrer plus larges encore qu'aujourd'hui, quant aux conditions sanitaires d'admission. Elles n'oublieront pas que de cette largeur, c'est-à-dire de la mesure dans laquelle les caisses libres satisferont aux besoins d'assurance de la population tout entière, dépendra dans l'avenir la possibilité de renoncer encore à la création de caisses pulliques.

2. Toute une série d'autres points pourraient aussi — et devraient, selon certains avis — faire l'objet de conditions mises à la reconnaissance d'une caisse; en voici une liste, déjà longue et qui pourtant ne prétend pas être complète :

Mode d'encaissement des contributions.

Dispense du paiement des contributions, durant une maladie.

Service de contrôle et des avis.

Fourniture des prestations, en cas d'accident assuré d'autre part ou donnant lieu à responsabilité d'un tiers; pour une maladie contractée au service militaire; en cas d'arrestation de l'assuré; en cas de simulation ou pour une maladie déjà existante lors de l'affiliation.

Déchéance pour propre faute (négligence, ivresse, maladie vénérienne, rixe, délit), pour retard de contributions ou d'avis, par prescription, pour défaut d'obéir au médecin ou pour avoir recouru à un médecin ou pharmacien non autorisé.

Libre choix du médecin et du pharmacien (libre choix complet ou limité, système de tarifs); médecins et pharmaciens non patentés.

Expulsion de l'assuré, pour retard de contributions, violation d'autres devoirs, etc.

Sortie volontaire.

Prestations pour une maladie postérieure à la sortie.

Recours de la caisse contre des tiers responsables.

Comptabilité; couverture d'un déficit; dépôt des valeurs en banque.

Composition et procédure des organes de la caisse (comité, assemblée générale, etc.)

Organes compétents pour la fixation des contributions et finances ; pour les admissions et les expulsions ; pour la fixation des prestations et les prononcés de déchéance ; pour l'approbation des comptes et la revision des statuts ; pour la liquidation des contestations.

3. En édictant sur tous ces points des dispositions constituant autant de conditions mises à la reconnaissance, nous établirions un véritable code impératif de l'assurance-maladies.

Des dispositions sur les obligations réciproques des caisses et des assurés rentrent plutôt, en principe, dans le cadre d'une loi sur le contrat d'assurance ; et pourtant le projet d'une loi de ce genre, actuellement soumis à vos délibérations, exclut précisément de son domaine d'application les sociétés locales de secours (art. 79) ; notre message du 2 février 1904 motive cette exclusion comme suit (*F. féd.* 1904, I. 290) : « Un grand nombre de petites réunions de personnes (caisses de prévoyance, caisses de secours mutuels, etc.) ont un but économique semblable à celui de l'assurance : la garantie de notre existence économique. Mais à ces soi-disant sociétés d'assurance, la technique et l'expérience font entièrement défaut ; elles se contentent de répartir les dommages entre les sociétaires sans plan rationnel. Leur activité n'a rien de commun avec l'assurance. Les contrats qui émanent de ces sociétés ne peuvent pas tomber sous le coup de la loi d'assurance. Ce seraient précisément les dispositions les plus importantes, basées sur la technique de l'assurance, qui, en fait, seraient inapplicables. »

L'avenir permettra peut-être, ensuite des améliorations diverses réalisées par les caisses reconnues, de reviser le jugement sévère qu'on vient de lire et d'étendre au moins partiellement à ces caisses l'application de la loi sur le contrat d'assurance. Il serait en tout cas peu logique — aujourd'hui qu'on renonce à statuer en matière d'assurance-maladies des dispositions de droit privé dans la loi à laquelle ces dispositions ressortissent en principe — de les introduire dans une loi d'un tout autre ordre.

La loi de 1899 (art. 189 à 205) ne fixait pas non plus, pour les caisses libres même inscrites, les divers points que nous avons énumérés ; elle les réglait seulement pour les caisses publiques, puisque, créant elle-même ces caisses, elle devait les organiser de toutes pièces.

En voulant aujourd'hui fixer tous ces points, on enflerait de beaucoup le volume de la loi et on aboutirait à un régime sous lequel il ne pourrait plus être sérieusement question de caisses « libres ».

Au reste, il ne convient d'établir, comme conditions de reconnaissance, que des exigences *essentiell*es au but poursuivi, c'est-à-dire visant la diffusion d'une assurance solide et de valeur économique suffisante. Ce serait en revanche méconnaître le principe d'autonomie — qui doit être à la base d'un simple régime de surveillance et de subventionnement — que d'imposer aux caisses, sur des questions secondaires, telles solutions qui peuvent paraître désirables sans pour autant être seules admissibles; ainsi que le dit excellemment M. le Dr Haeberlin (p. 98 de la brochure citée sous n° 4 de notre bibliographie), « il s'agit de construire une maison dans laquelle puissent trouver place un grand nombre de petites familles, qui jusqu'ici se sont librement développées et dont les vues et les habitudes sont souvent très différentes. L'ordre de maison doit tenir compte de cette diversité, afin que les familles emménagent volontiers et se sentent à l'aise sous le même toit. Plus tard seulement, ensuite d'une longue période d'existence et de travail en commun, il deviendra possible de régler l'ordre de maison d'après des principes plus uniformes ».

On ne saurait non plus oublier que dans chaque caisse ce sont les assurés pris dans leur ensemble qui fixent eux-mêmes les modalités de leur assurance; si donc une règle paraissant critiquable en soi est introduite ou maintenue, c'est probablement parce qu'elle répond aux convenances de ceux-là mêmes auxquels elle s'applique. Cette observation souffre à vrai dire une exception en ce qui touche certaines caisses de fabriques, auxquelles les ouvriers sont tenus de s'affilier et de contribuer, sans avoir une part suffisante à leur administration; mais nous ne saurions, à raison de ce cas spécial et exceptionnel, introduire dans notre projet des dispositions réglant le détail de l'assurance pour toutes les caisses reconnues; c'est bien plutôt à la législation sur le travail dans les fabriques — dont le but général est de sauvegarder les intérêts des ouvriers — qu'il appartient de garantir à ces derniers une part convenable d'influence dans l'administration des caisses en question. Le projet d'une nouvelle loi sur le travail dans les fabriques, élaboré par l'inspection fédérale, entre précisé-ment dans cette voie en statuant à son article 10 :

« Les gouvernements cantonaux contrôlent chaque année les comptes des caisses de fabrique auxquelles les ouvriers versent des cotisations, et veillent à la sûreté du placement des fonds. »

« Le fabricant est tenu de soumettre à l'examen des ouvriers intéressés qui en font la demande les comptes de la caisse dont il a la gestion. »

Subsides aux caisses reconnues.

Subside ordinaire (art. 19)

1. La loi de 1899 (art. 78) statuait que le subside fédéral, d'au moins 1 centime par jour d'assurance, serait fixé annuellement par la voie du budget ou d'un arrêté fédéral. Le projet de 1896 du Conseil fédéral (art. 68; voir aussi le message, *F. féd.* 1896, I. 213, chiffre 25) avait au contraire prévu la *fixation du subside par la loi elle-même*. Nous voudrions en revenir à cette manière de procéder. Le montant de l'unité de subside exerce en effet une influence capitale sur la portée financière de la loi, et cela à un double titre : non seulement il détermine la dépense totale correspondant à un nombre donné d'assurés subsidiés, mais encore il influe sur ce nombre lui-même ; car, plus élevé sera le subside, plus grand sera le nombre des caisses qui, grâce à lui, pourront réaliser les conditions de subventionnement et qui par conséquent prétendront au subside.

Il faut d'autre part que les caisses reconnues puissent faire fond sur la stabilité d'un subside qu'elles escomptent lors de la fixation de leurs contributions ; en réduisant dès une certaine date le montant de ses subsides, la Confédération obligerait les caisses à réduire en cours de contrat les prestations garanties ou à augmenter les contributions convenues, au mépris de la notion même d'assurance ; et si, pour éviter ces conséquences, la réduction des subsides devait ne pas s'appliquer aux assurances en cours, mais uniquement à celles à venir, on aboutirait à d'inextricables complications.

Le montant et la fixité de subside ont donc pour l'Etat et pour les caisses une importance telle que le subside doit être fixé par la loi elle-même et ne saurait courir les chances d'un débat annuel.

2. En raison même de son but, le subside doit se trouver dans un certain rapport avec le montant de l'assurance subsidiée. Aussi, tandis que la loi de 1899 (art. 78) prévoyait un subside uniforme et invariable, nous instituons une *graduation* suivant le montant de l'assurance ; un subside uniforme présente l'inconvénient d'être trop fort pour les petites assurances ou trop faible pour les assurances d'un montant élevé ; la graduation du subside permet au contraire de subsidier déjà, dans une mesure convenable, les très petites assurances sans faire tort à celles d'un montant plus considérable.

Mais, si le subside doit être proportionnel et non pas uniforme, il convient pourtant que la proportion ne reste pas invariable et accuse au contraire une *dégressivité* ; car, s'il y a lieu pour l'Etat

d'encourager par des subsides d'une valeur *absolue* plus élevée les assurances d'un montant plus considérable, il reste cependant que les bénéficiaires de ces assurances ont, dans une moindre mesure *relative* que les petits assurés, besoin d'être subsidiés; le taux de subside doit donc être moindre pour les assurances élevées que pour les assurances plus petites. Nous obtenons cette dégressivité (art. 19, alinéas 1^{er} et 2) en accordant l'unité de subside (1 centime par jour) aux assurances représentant l'unité de prestations (traitement médical et médicaments, ou 1 franc d'indemnité de chômage) — et en ne donnant que *une fois et demie* l'unité de subside aux assurances représentant deux fois au moins l'unité de prestations; comme le montre l'exemple suivant, la dégressivité tient un juste milieu entre le régime de l'invariabilité et celui de la stricte proportionnalité :

Montant de l'assurance Fr.	Coût annuel Fr.	Subside <i>invariable</i>		Subside <i>dégressif</i>		Subside <i>proportionnel</i>	
		par an Fr.	en % du coût	par an Fr.	en % du coût	par an Fr.	en % du coût
1	7. 65	3. 65	48	3. 65	48	3. 65	48
2	15. 30	3. 65	24	5. 48	36	7. 30	48

Le caractère dégressif du subside, et le mode de la dégression, ressortent clairement des deux premiers alinéas de l'article 19; le système admis est d'une application simple et facile. Dans une caisse dont les membres sont assurés pour des montants différents, il devient possible d'individualiser, soit de traiter différemment les assurés au point de vue du subside; une caisse, par exemple, comptant 200 assurés à 1 franc et 100 assurés à 2 francs recevra 200 fois fr. 3. 65 et 100 fois fr. 5. 48 (et non pas 300 fois fr. 3. 65 ou fr. 5. 48).

3. On aurait pu pousser plus loin que nous ne l'avons fait la graduation des subsides, en prévoyant par exemple *trois* montants d'assurance (1 franc, 2 francs, 3 francs et plus) et en accordant à la troisième classe $1\frac{3}{4}$ centimes, au lieu de $1\frac{1}{2}$. Cette graduation prolongée aurait eu l'avantage de rendre moins abrupte la dégression pour les assurances de 3 francs ou plus, comme on le voit ci-après :

Montant de l'assurance Fr.	Coût annuel Fr.	Système admis		Graduation prolongée	
		Subside par an Fr.	en % du coût	Subside par an Fr.	en % du coût
1	7. 65	3. 65	48	3. 65	48
2	15. 30	5. 48	36	5. 48	36
3	22. 95	5. 48	24	6. 39	28
4	30. 60	5. 48	18	6. 39	21

Nous avons toutefois cru devoir nous contenter de deux classes; car, sous peine de complication, la graduation — qu'il faut bien arrêter en un point — ne saurait comporter trop de classes; un subside journalier de plus de $1\frac{1}{2}$ centime serait d'ailleurs trop onéreux pour la Confédération; enfin, la limitation à deux classes aura uniquement pour effet de laisser sans subside *la part* dont le montant de l'assurance excédera deux francs.

On a même émis l'idée de n'accorder *aucun subside aux assurances qui excéderaient un certain montant*, par exemple 3 francs. Cette idée ne nous paraît pas justifiée; les rares assurances atteignant 4 ou 5 francs ne présentent rien encore de bien luxueux en soi, qui en fasse une chose indifférente ou même contraire à l'intérêt général; il suffit que ces assurances ne soient, comme nous le statuons, subsidiées que pour 2 francs, c'est-à-dire dans une proportion moindre que les assurances de 2 ou surtout de 1 franc. On ne voit pas non plus, dans les lois fiscales qui affranchissent de l'impôt un certain « minimum d'existence », refuser le bénéfice de cette franchise aux contribuables dont le revenu excède telle ou telle somme; il suffit que, pour ces contribuables, la somme affranchie représente une part moindre de leur revenu total.

4. Comme on l'a déjà remarqué en traitant des prestations minima (page 259, chiffre 7), les assurances ayant pour objet la fourniture en nature des soins médicaux et des médicaments se trouveront subsidiées dans une plus large mesure que les assurances d'une indemnité de chômage; nous accordons en effet le même subside à une assurance en nature qu'à une assurance de 1 franc en esp. ces, bien que la première ne représente que 80 centimes environ. Le tableau suivant montre, pour divers montants assurés *l'avantage fait aux assurances avec prestations en nature* :

	Coût annuel Fr.	Subside par an Fr.	en % du coût		Coût annuel Fr.	Subside par an Fr.	en % du coût
Frais médicaux et médicaments (fr. 0. 80)	6.12	3. 65	60	1 franc d'indemnité de chômage	7.65	3. 65	48
Frais médicaux et médicaments + 1 fr. d'ind. de chômage (fr. 1. 80)				2 francs d'indemnité de chômage			
Frais médicaux et médicaments + 2 fr. d'ind. de chômage (fr. 2. 80)	21.42	5. 48	26	3 francs d'indemnité de chômage	22.95	5. 48	24
Frais médicaux et médicaments + 3 fr. d'ind. de chômage (fr. 3. 80)	29.07	5. 48	19	4 francs d'indemnité de chômage	30.60	5. 48	18

Par le double fait de la dégressivité du subside et de la moindre valeur des prestations exigées si l'assurance est en nature, nous réalisons le vœu tendant à faciliter spécialement aux personnes dont les ressources sont modestes l'assurance de leur traitement médical.

5. Il reste maintenant à passer en revue, touchant le subside, quelques idées que nous avons écartées;

a. Le but poursuivi étant la diffusion de l'assurance, le subside doit se calculer *par assuré*. Toute autre base ne se justifierait pas ou irait même à fin contraire du but; si par exemple le subside à l'assurance-maladies était calculé *par tête de population*, les mutualistes auraient un intérêt direct à la *non*-diffusion de l'assurance, pour que la somme constituant le subside se partageât entre peu de personnes. Le fait de baser sur le chiffre de la population la répartition de la recette de l'alcool, ou le subventionnement de l'école primaire, ne présente pas d'inconvénients semblables.

b. Nous repoussons également l'idée d'établir une corrélation entre le subside fédéral à l'assurance-maladies et les *subsides éventuels des cantons, communes, etc.*, dans le même but. On allégerait ainsi dans une plus forte mesure les assurances qui seraient déjà rendues meilleur marché par d'autres subventions, et l'on restreindrait le secours de la Confédération précisément pour les assurés qui en

auraient le plus besoin. Ce système a été également écarté pour le subventionnement de l'école primaire; s'il trouve application en d'autres domaines, c'est par des motifs spéciaux qu'on ne saurait invoquer ici.

Sans doute, nous serions heureux de voir les cantons encourager de leur côté l'assurance-maladies; mais ces encouragements ne sauraient être dictés par la législation fédérale. Une des causes du rejet de la loi de 1899 a consisté dans le fait que cette loi (art. 85 et 98) mettait à la charge des cantons les déficits des caisses d'arrondissements et le paiement éventuel des contributions de certains assurés obligés. Actuellement, le canton de Genève est seul à subsidier en général l'assurance-maladies; la question est pendante dans d'autres cantons, mais il est douteux que l'état des finances cantonales permette partout une solution affirmative.

c. On créerait sans motif une grosse complication, en instituant un subside spécial pour les *personnes appartenant à certaines professions*. Contrairement au projet du Conseil fédéral, la loi de 1899 (art. 78) autorisait un « subside complémentaire de un centime par jour d'assurance pour les assurés obligés travaillant dans l'agriculture, les arts et métiers ou la petite industrie »; mais l'octroi effectif de ce subside ne constituait qu'une faculté pour l'Assemblée fédérale.

Déjà le message de 1896 (*F. f. d.*, I. 213) avait fait valoir les considérations suivantes contre l'idée d'un traitement de faveur, consistant alors à ne subsidier *que* les assurés de l'agriculture: « Rien ne prouve 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 ».

d. On a vu que la morbidité est sensiblement égale d'un sexe à l'autre (page 254, chiffre 3); déjà par ce motif, il n'y a pas lieu de prévoir un *subside spécial pour l'assurance des femmes*.

e. La loi de 1889 (art. 78 et 189) n'accordait de subsides aux caisses publiques ou libres que pour leurs membres tenus à l'assurance, et pour leurs assurés volontaires *de nationalité suisse*. Nous voudrions ici faire un pas de plus, en renonçant en principe, quant au subside, à toute distinction suivant la nationalité des assurés. Une pareille distinction entraînerait une complication et un contrôle de plus. Du reste, les étrangers établis chez nous contribuent au bien-être général; il convient à un pays progressiste, dont un grand nombre de ressortissants sont établis à l'étranger, de se montrer large dans le domaine qui nous

occupe, et il suffit de ne pas subsidier les caisses qui refuseraient d'accueillir des Suisses (art. 7); dans le canton de Genève, où pourtant les mutualistes étrangers sont en très forte proportion, la loi de 1903 ne leur refuse pas non plus le bénéfice du subside cantonal.

L'admission du principe de l'égalité de traitement des étrangers et des nationaux en Suisse permet de prévoir, à titre d'exception, un traitement différentiel des ressortissants de tels pays qui n'useraient pas de réciprocité à l'égard des Suisses (voir l'art. 91, page 354); nous pourrions ainsi plus facilement obtenir, pour les Suisses établis à l'étranger, qu'ils soient en matière de législation sociale traités sur le même pied que les nationaux des pays qu'ils habitent.

f. Nous écartons enfin l'idée d'accorder aux caisses un *subside supérieur, au cas où le canton aurait rendu obligatoire l'assurance*. En soi, une distinction de ce genre ne serait pas justifiée; on peut même dire qu'une assurance purement volontaire témoigne d'un effort individuel de la part de l'assuré, et qu'à ce titre elle mérite un subside, plus encore qu'une assurance obligée.

Subside spécial (art. 20).

1. Déjà la loi de 1899 (art. 60) prévoyait, en faveur des caisses pour lesquelles les circonstances topographiques rendraient particulièrement onéreuse la prestation des soins médicaux et des médicaments, que la Confédération supporterait une part de ce surcroît de frais.

Dans les contrées où la population est peu dense et les communications difficiles, c'est-à-dire notamment dans les régions montagneuses, le médecin appelé auprès d'un malade emploie souvent pour cette seule visite une demi-journée ou une journée entière; le prix de la visite s'en ressent et, comme la population de ces contrées est généralement peu fortunée, l'appel du médecin n'a lieu qu'en cas d'extrême urgence et bien souvent trop tard. Pour se représenter la pénurie des soins médicaux, il suffit de constater que dans certaines régions de notre pays 70 à 80 % des décès ne donnent pas même lieu à un certificat médical (voir « Entlegene Gebiets und ärztliche Hilfe », publié par le Département de l'Industrie, 1897).

Nous considérons comme un devoir de solidarité confédérale d'encourager et d'alléger spécialement, par un supplément de subside, l'assurance dans ces contrées dont les habitants ont à lutter

avec des difficultés toutes particulières. Des motifs d'un même ordre ont engagé la Confédération à accorder, en matière de subventionnement de l'école primaire, un subside supplémentaire à certains cantons montagnards (loi du 25 juin 1903, art. 4, alinéa 3).

2. Tandis que la loi de 1899 se bornait à statuer le paiement par la Confédération d'« une part équitable » du surcroît de frais, nous croyons opportun de *fixer dans la loi même le maximum* du subside spécial; cette fixation a l'avantage de fournir au Conseil fédéral une direction, et un appui en face de demandes exagérées.

Comme le subside ordinaire et pour les mêmes motifs, le subside spécial doit être *en rapport avec le nombre des journées d'assurance*.

Le Conseil fédéral déterminera pour chaque caisse le montant du subside, en tenant compte des circonstances particulières; il pourra le faire d'avance pour un ou plusieurs exercices, ou au contraire sur le vu des résultats de chaque exercice.

Subside éventuel à l'assistance médicale.

1. Au principe de l'organisation ou du subventionnement de l'*assurance-maladies*, on a associé ou opposé l'idée pour la Confédération d'instituer ou de subsidier la *gratuité* des soins médicaux et des médicaments :

a. Ensuite de décision unanime du « congrès ouvrier suisse extraordinaire », réuni au cercle catholique de Zurich le 5 novembre 1893, une *initiative populaire* fut organisée en vue d'ajouter ce qui suit à l'article 34^{bis} de la Constitution :

« 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... » (Le reste du texte de l'initiative visait l'organisation de ce monopole).

Malgré une active propagande, ce mouvement dit « initiative Greulich » ne réunit que 39,746 signatures et dut être abandonné.

b. Le 1^{er} juin 1900, M. H. Stüssi, chancelier d'Etat, à Zurich, adressait à l'Assemblée fédérale un mémoire intitulé « Einige Gedanken zur Gestaltung der schweiz. Kranken und Unfallversicherung ». (Ce mémoire a été imprimé dans les « Monatsblätter des schweiz. Arbeitersekretariats », n^o du 3 octobre 1900). Suivant l'auteur, « la formule à la base de la nouvelle organisation devrait être la suivante : La Confédération remplit l'obligation de l'assurance-maladies que lui impose l'article 34^{bis}, en payant annuellement à chaque canton 5000 francs par 2000 habitants, à la condition que le canton s'engage à mettre gratuitement à la disposition de tous ses habitants les soins médicaux et les médicaments nécessaires. »

En février 1901, le secrétariat ouvrier a communiqué à un certain nombre de caisses-maladies le mémoire Stüssi, en ouvrant à son sujet une enquête. Sur 1327 caisses consultées, 296 se sont prononcées en principe pour la proposition Stüssi, 33 l'ont repoussée, 84 ont déclaré s'abstenir et 909 n'ont donné aucune réponse.

c. Dans une assemblée de délégués de caisses de secours, réunie à Olten le 30 novembre 1902, il a été adopté à l'unanimité une proposition, dite « compromis d'Olten », aux termes de laquelle la Confédération verserait des subventions aux cantons, qui seraient libres d'affecter ces subventions à l'encouragement de l'assurance-maladies ou à la gratuité des soins médicaux.

d. C'est sur la base de ce compromis que M. Gottfried Heer, à Betschanden, a élaboré un projet d'initiative populaire donnant à l'article 34^{bis} la teneur nouvelle suivante :

« En vue de l'assurance contre les maladies et l'invalidité, et de l'assistance médicale, la Confédération verse aux cantons une subvention de 2500 francs par 1000 habitants. Les cantons qui prétendent à cette subvention entière doivent prouver qu'ils affectent aux buts ci-dessus un montant au moins égal, du fait de l'Etat, des communes ou corporations ou des assurés eux-mêmes; au cas contraire, la subvention est réduite au montant desdites affectations. »

« Les cantons sont libres d'employer les subventions fédérales à l'encouragement des caisses d'assurance-maladies existantes ou encore à créer, ou à la gratuité des soins médicaux. Ont seules droit à la subvention, les caisses-maladies qui appartiennent à une association de libre-passage embrassant la Suisse entière, ou qui continuent dans toute la Suisse les secours à ceux de leurs membres qui quittent le domaine de la caisse. L'assistance médicale gratuite doit être accordée à tous les habitants dont le revenu n'excède pas un montant à fixer par les cantons. »

« Les cantons sont tenus de rendre très exactement compte de l'emploi des subventions fédérales et de surveiller les caisses subventionnées. »

« La législation fédérale organisera une assurance fédérale contre les accidents. »

L'idée de lancer cette initiative populaire a été examinée, le 8 novembre 1903 à Olten, par la commission centrale suisse des sociétés de secours mutuels; mais la question est restée pendante. Devant la même commission réunie à Olten le 16 octobre 1904, M. Heer a exposé son projet d'initiative et en a proposé le lancement; l'assemblée a toutefois décidé l'ajournement, sans se prononcer sur le principe. Le 24 avril 1905, enfin, l'initiative Heer a été chaudement recommandée par son auteur et MM. Decurtins et Greulich au congrès ouvrier d'Olten; mais, ici encore, l'ajournement a été décidé.

2. Nous ne saurions vous proposer un régime en vertu duquel la gratuité des soins médicaux serait substituée à l'assurance-maladies ou mise sur la même ligne qu'elle, soit que — suivant l'initiative Greulich — la Confédération organisât la gratuité à côté de l'assurance, soit que — suivant la proposition Stüssi — elle substituât la première à la seconde, soit enfin que — suivant le compromis d'Olten et le projet d'initiative Heer — il dépendit des cantons d'affecter les subventions fédérales indifféremment à la gratuité ou à l'assurance.

a. Un pareil régime serait en effet inconciliable avec l'article 34^{bis} actuel de la Constitution. Ni suivant l'esprit et la genèse de cet article, ni suivant le langage courant ou technique, la gratuité des soins médicaux ne peut être considérée comme une « assurance » contre les maladies; l'assurance implique en effet un groupement de personnes, en vue de la couverture d'un dommage possible au moyen de primes adéquates au risque de chaque assuré; à vouloir considérer comme une prime d'assurance — payée à la communauté chargée de la gratuité — la contribution de chaque citoyen à l'impôt ou au produit des douanes, on en viendrait à représenter comme objets d'une « assurance » tous les services de l'Etat; ce serait évidemment faire violence au sens habituel des mots. De plus, la prime de cette prétendue « assurance » de la gratuité des soins médicaux serait pour chaque « assuré » en raison *inverse* de son risque; les citoyens qui contribuent le plus à l'impôt sont en effet précisément ceux qu'on entendrait exclure du bénéfice de la gratuité, ou dont on escompte qu'ils n'y recourraient pas.

En prévoyant pour la réalisation de leurs vœux la voie d'une révision constitutionnelle, les auteurs de l'initiative Greulich et du projet d'initiative Heer ont eux-mêmes reconnu que l'organisation ou le subventionnement par la Confédération de la gratuité médicale — sur la même ligne que ceux de l'assurance-maladies — ne pouvaient avoir lieu en vertu de l'article 34^{bis} actuel.

b. L'impossibilité constitutionnelle qu'il y a aujourd'hui de donner suite à l'idée Stüssi ou au compromis d'Olten rend superflu un exposé des motifs généraux, d'ordre économique ou moral, qui nous feraient repousser — même si la Constitution l'autorisait — la substitution ou l'assimilation de l'assistance médicale à l'assurance.

c. La popularité de l'idée de la gratuité des soins médicaux est du reste fort contestable. Bien que née de la décision unanime d'un congrès ouvrier auquel participaient 494 délégués de 190, 913 sociétaires, l'initiative Greulich n'a pas même réuni les 50,000 signatures qui auraient été nécessaires pour qu'elle fût soumise au vote du peuple et des cantons.

D'autre part la proposition Stüssi — que le secrétariat ouvrier, en ouvrant son enquête de 1901, recommandait chaudement aux caisses comme « la seule base juste d'une assurance-maladies obligatoire actuellement réalisable » — n'a réuni les suffrages que de 296 caisses; sans parler des 38 qui ont répondu négativement, on doit supposer peu d'enthousiasme pour la proposition Stüssi parmi les 84 caisses qui ont déclaré s'abstenir et les 909 qui n'ont rien répondu; quant aux 487 caisses qui n'ont pas été consultées par le secrétariat, rien ne donne à penser qu'elles fussent précisément des partisans probables de la gratuité; quoi qu'il en soit, les caisses déclarant adhérer en principe à la proposition Stüssi ne représentent que le 71 % des caisses qui ont répondu à l'enquête, le 22 % des caisses consultées et le 16 % de toutes les caisses-maladies suisses.

L'enquête elle-même a du reste montré que, parmi les partisans du principe de la gratuité, des divergences graves se produiraient sitôt qu'il s'agirait de passer à l'exécution; telles personnes, par exemple, peuvent être favorables à la gratuité entendue du traitement à l'hôpital, mais repousser énergiquement l'institution — visée par MM. Greulich, Stüssi et Heer — de médecins-fonctionnaires à traitements fixes, investis de pouvoirs de police sanitaire.

Touchant la popularité de l'idée de la gratuité médicale, on ne saurait notamment rien conclure du fait que le compromis d'Olten a été voté à l'unanimité de « 453 délégués de 22 cantons, représentant 274 caisses avec environ 170,000 assurés ». Les auteurs de ce com-

promis ont en effet précisément cherché une formule qui ralliât les tendances les plus divergentes et qui permit dès lors d'utiliser, aussi en faveur d'une réalisation de la gratuité, les efforts des partisans de l'assurance; ces derniers ont voté le compromis, parce qu'ils y voyaient un acheminement au but qui leur était cher et que — pouvant compter dans leur canton sur une affectation à ce but des subsides fédéraux — ils se désintéressaient de l'emploi que d'autres cantons feraient des mêmes subsides; on s'explique ainsi que le lancement de l'initiative Heer, qui devait mettre le compromis à exécution, n'ait plus tenté la commission centrale suisse des sociétés de secours mutuels, sitôt qu'on apprit la prochaine présentation aux Chambres d'un projet de loi subventionnant l'assurance-maladies. Même au congrès ouvrier de 1905, c'est-à-dire dans le milieu d'où était partie en 1898 l'initiative Greulich, on paraît s'être rendu compte du peu de chances que les partisans de la gratuité, réduits à leurs propres forces, auraient de faire triompher ne fût-ce que la formule transactionnelle de l'initiative Heer.

Une proposition visant la gratuité, opposée au subventionnement de l'assurance-maladies tel que l'institue la loi cantonale du 27 mai 1903, a été repoussée par le Grand-Conseil de Genève.

3. Si donc il ne peut être aujourd'hui question de prévoir la substitution ou l'assimilation de la gratuité médicale à l'assurance, nous avons d'autre part étudié l'idée d'accorder aux cantons, pour l'organisation de la gratuité ou en général pour l'abaissement des frais de traitement, un *subside spécial*; ce dernier, indépendant du subside fourni aux caisses d'assurance contre les maladies, aurait servi à l'allègement des frais de traitement de la population en général et non plus seulement des assurés.

La gratuité médicale, totale ou partielle, concourt à l'un des buts de l'assurance-maladies, savoir à l'assistance et à la guérison des malades; elle décharge les caisses-maladies d'une de leurs prestations habituelles et, rendant ainsi l'assurance-maladies meilleur marché, elle tend à sa diffusion. Cette considération permettrait d'accorder à la gratuité médicale, sous le titre d'assurance-maladies, une somme *accessoire*, indépendante du subside aux caisses-maladies, mais qui serait également fixée d'après le nombre des assurés.

Après examen réitéré et pour les motifs suivants, nous avons toutefois renoncé à l'idée de ce subventionnement spécial:

a. La Confédération ne disposant que de ressources pécuniaires limitées, le subventionnement de la gratuité diminuerait d'autant les subsides à l'assurance proprement dite. Or si la gratuité allège et facilite l'assurance, il n'en reste pas moins que son action

dans ce sens est moins sensible que celle de subsides directs à l'assurance; une certaine somme de subsides, consacrée à la gratuité et se répartissant sur toute la population, représentée pour chaque assuré-maladie un allègement moindre que la même somme payée aux caisses d'assurance et se répartissant exclusivement entre des assurés. Il est donc inexact d'invoquer, *comme un avantage de la gratuité médicale sur le subventionnement de l'assurance*, le fait que par la gratuité « les pauvres gens seront mis en situation d'adhérer à une assurance d'indemnité de chômage à bon marché », — que « les caisses obtiendront le moyen d'augmenter le montant et la durée de leurs prestations, d'élargir leurs conditions d'admission, de se grouper en vue du libre passage » — et c'est un pur paradoxe de conclure qu'« avec la gratuité médicale on fera plus pour l'assurance qu'avec le subventionnement » (page 11 et 12 de l'article Greulich mentionné sous n° 2 de notre bibliographie).

Le but corporatif de l'ancienne initiative Greulich, consistant à rendre l'assurance-maladies meilleur marché et à permettre ainsi aux classes ouvrières de s'assurer une indemnité de chômage *sans intervention des patrons* dans le paiement des contributions et dans la direction des caisses, est donc également plus facile à atteindre par le subventionnement direct de l'assurance que par l'institution de la gratuité.

b. Un subside annuel de fr. 2.50 par tête de population, tel que le prévoient la proposition Stüssi et le projet Heer, épuiserait et au delà les ressources dont dispose la Confédération pour l'ensemble des assurances, maladies et accidents. Et pourtant ce subside serait tout à fait impuissant à couvrir les frais d'une gratuité médicale profitant à toute la population; l'institution d'une pareille gratuité laisserait donc à la charge des cantons une dépense considérable.

c. Rien n'empêchera les cantons d'édicter, pour les personnes qu'ils entendraient faire bénéficier de la gratuité, *l'obligation de s'assurer à une caisse reconnue garantissant le traitement médical*; c'est précisément ce genre d'assurance que nous subsidions dans la plus large mesure (voir page 273, chiffre 4). *Le but poursuivi par la gratuité peut donc être également atteint, avec bénéfice du subside, sous la forme d'assurance.*

II. Assurance contre les accidents.

En ce qui touche l'assurance-maladies, nous n'avons à établir que les conditions de reconnaissance, de subventionnement et de

surveillance des caisses mutuelles. Tout autre est la tâche en matière d'assurance-*accidents*, où nous devons déterminer les catégories de personnes tenues ou admises à l'assurance, fixer l'objet exact et les prestations de l'assurance obligatoire, instituer un organe assureur, régler la répartition des charges entre les patrons, les assurés et l'Etat, en un mot établir toute une série de *dispositions organiques*.

Les assurés obligés et les assurés volontaires.

(art. 38, 39 et 84).

1. Comme le montre notre aperçu historique (pages 213 et 214), le désir de remplacer par un système d'assurance contre les accidents le régime de la *responsabilité civile* s'est manifesté dès 1881, lors de l'élaboration de la première loi organique sur la responsabilité des industriels; l'extension de la responsabilité en 1887 a été présentée comme une « solution provisoire », comme un « simple échelon pour arriver à l'assurance ».

Lors de son introduction en Suisse par les lois de 1875, 1877 et 1881, le régime spécial de responsabilité marquait un progrès très sensible sur les règles du droit commun; il n'existait encore qu'en Allemagne pour les chemins de fer et, sous une forme rudimentaire, en Angleterre pour l'industrie. Mais, depuis cette époque, presque tous les Etats de l'Europe ont puissamment développé leur législation touchant la réparation des accidents du travail, soit en introduisant un régime perfectionné et complet de responsabilité, soit surtout en instituant un système d'assurance; aujourd'hui la Suisse, volontiers à l'avant-garde du progrès en d'autres domaines, se trouve donc de beaucoup dépassée.

Notre régime actuel a de nombreux défauts; qu'il suffise ici d'énumérer les principaux, dont certains sont inhérents à tout régime de responsabilité civile: l'aléa que représente pour l'employeur l'éventualité de devoir payer une indemnité; — pour le lésé ou ses ayants cause, l'impossibilité d'obtenir ce paiement d'un employeur insolvable; — les procès longs, chanceux et coûteux portant sur l'applicabilité de tel motif de réduction ou de refus de l'indemnité; — l'aigreur qui résulte de la perspective de ces procès, dans les rapports entre employeurs et ouvriers; — le fait qu'un ouvrier déjà atteint d'un accident ou qui a dû plaider contre un précédent employeur ne trouve plus qu'avec peine un emploi; — le caractère, inadéquat au dommage, de la forme et du montant des indemnités; — le défaut d'une complète unité de principes entre les diverses lois de responsabilité; — la multiplicité même de ces lois, qui se réfèrent les unes aux autres.

2. — Comme le régime actuel de responsabilité est institué *d'office* par la loi en faveur de certaines catégories d'employés et d'ouvriers, on ne saurait évidemment le remplacer par une assurance que si cette dernière était rendue *obligatoire* au moins pour les mêmes personnes. C'est ce que fait l'art. 38 de notre projet (pour le détail, voir la partie spéciale, page 330).

3. — Aux termes de l'art. 31^{bis} de la Constitution, la loi « peut » déclarer obligatoire l'assurance, « en général ou pour certaines catégories déterminées de citoyens » ; le législateur est donc entièrement libre de limiter à sa convenance le domaine de l'obligation. D'emblée, toutefois, nous écartons comme irréalisable et injustifiée l'idée d'une obligation englobant l'ensemble de la population.

a. La loi de 1899 (art. 237 et 1^{er}) rendait obligatoire l'assurance-accidents, comme l'assurance-maladies, pour « toutes les personnes travaillant au compte d'autrui ». Aujourd'hui, vu les oppositions qui se sont manifestées dans la votation du 20 mai 1900, nous proposons de *ne soumettre à l'assurance que les employés et ouvriers auxquels s'applique le régime actuel de la responsabilité patronale*.

Cette solution s'autorise du fait que c'est le remplacement de la responsabilité qui a constitué le ressort principal de tout le mouvement en faveur de l'assurance, et que ce remplacement est la tâche la plus urgente.

Sans doute, les limites actuelles du domaine d'application de la responsabilité civile ont quelque chose d'artificiel ; le nombre des ouvriers occupés dans une même entreprise, par exemple, ne fournit pas un critère précis du danger d'accidents inhérent à cette entreprise ; on ne manquera pas non plus de dire que, limitée aux bénéficiaires de la responsabilité civile, l'assurance obligatoire est le fait d'une « législation de classes ». Mais ces reproches atteignent toute loi qui ne soumet pas à l'assurance l'ensemble de la population, sans aucune exception.

En consacrant pour l'obligation à l'assurance les mêmes limites que pour l'application de la responsabilité actuelle, notre projet se base simplement, par une suite toute naturelle, sur une situation *déjà existante*. Les personnes au bénéfice de la responsabilité sont déjà habituées à vivre sous un régime spécial ; les entreprises qui les emploient présentent une certaine surface, une consistance et une fixité suffisantes ; ensemble, elles ne fourniront pas un effectif d'assurés qui soit trop considérable pour les débuts de l'institution ; elles occupent environ 428,000 employés et ouvriers, soit 12 % de la population totale.

En voulant dès l'abord étendre l'obligation à d'autres personnes, on irait au devant de difficultés nouvelles quant à la limite exacte à adopter.

b. En particulier, nous proposons de ne pas soumettre aujourd'hui à l'obligation d'assurance les ouvriers ou employés de l'agriculture, des arts et métiers, de la petite industrie ou du commerce, non plus que les domestiques, les travailleurs de l'industrie à domicile et les journaliers. Il est très douteux que les personnes exerçant ces professions désirent réellement être soumises à l'assurance et qu'elles acceptent un projet concret les englobant.

Plus spécialement quant aux arts et métiers, il est logique d'attendre que ce domaine de l'industrie relève en général de la législation fédérale, ensuite de la modification constitutionnelle proposée par notre message du 3 novembre 1905 (*F. féd.* 1905, VI; 26 sq.).

4. — L'art. 84 de notre projet prévoit en revanche l'assurance facultative, avec bénéfice du subside fédéral (art. 85), pour les personnes occupées dans l'agriculture, les arts et métiers, la petite industrie ou l'industrie à domicile, ainsi que pour les domestiques et les journaliers. Sous ce régime, mieux que dans le cadre nécessairement rigide d'une assurance obligatoire, il sera possible de tenir compte de vœux spéciaux touchant les modalités de l'assurance (risques assurés, calcul des primes, montant des indemnités, etc.). On recueillera de précieuses expériences, grâce auxquelles, si le besoin s'en fait sentir, il sera plus tard moins difficile de statuer une obligation à l'assurance; notre projet (art. 39) en réserve le droit à l'Assemblée fédérale. Cette marche par étapes se recommande d'un précédent tiré de la législation même sur la responsabilité civile: lorsqu'en 1881 il s'agit d'établir définitivement le régime de responsabilité qu'avait provisoirement institué pour les fabriques la loi de 1877, on émit l'idée d'appliquer ce régime à toutes les industries dangereuses ou même à l'ensemble des industries; cependant, sur la proposition du Conseil fédéral (*F. féd.* 1880, IV, 420), les Chambres préférèrent ne soumettre à la responsabilité que les fabriques, soit les cercles mêmes qui vivaient déjà sous un régime spécial; c'est seulement en 1887 qu'eut lieu une extension.

Risques couverts par l'assurance obligatoire.

(art. 46.)

1. L'assurance obligatoire aura pour objet les cas d'accidents. Il n'est pas nécessaire que la loi définisse cette notion, déjà

suffisamment fixée par le langage courant et par la jurisprudence en matières de responsabilité et d'assurance.

2. Suivant la loi de 1899 (art. 237 in fine), l'incapacité passagère de travail résultant d'un accident n'incombait à l'assurance-accidents qu'après six semaines; pendant les six premières semaines, cette incapacité était considérée comme une simple maladie et relevait par conséquent de l'assurance-maladies (art. 247). Rien ne s'opposait à ce système, puisque tous les assurés-accidents étaient aussi assurés contre les maladies (art. 237), et que les indemnités pour incapacité passagère de travail étaient les mêmes dans les deux assurances (art. 247, alinéa 2); la situation se présente aujourd'hui tout autrement, déjà par le fait qu'il n'y aura pas identité entre les assurés des deux branches. Nous devons donc faire relever de l'assurance-accidents, même durant les premières semaines, les maladies résultant d'un accident; nous n'en recourrons pas moins, sous une autre forme, à la collaboration des caisses-maladies (voir page 297, chiffre 7).

3. Un régime de responsabilité ne pouvait évidemment imposer aux employeurs que la réparation des accidents *professionnels*, c'est-à-dire causés par l'exécution du travail, par l'exploitation de l'entreprise (loi de 1875, art. 1^{er} et 2; loi de 1881, art. 1^{er} et 2; loi de 1887, art. 3 et 4; loi de 1905, art. 1^{er}). Pourtant, cette nécessité de rechercher si un accident a été ou non causé « par l'exploitation », par des « travaux ou services qui sont en corrélation avec l'exploitation », par des « travaux accessoires ou auxiliaires en rapport avec l'exploitation et impliquant les dangers inhérents à celle-ci », — cette distinction des accidents suivant leur professionnalité est une des causes principales de l'insécurité, des procès et du malaise dont on se plaint sous le régime de la responsabilité.

La détermination de la professionnalité est souvent fort délicate. En Allemagne et en Autriche, où l'assurance ne couvre que les accidents professionnels, une grande partie des litiges naissent de cette distinction; voici deux exemples typiques: *a.* Le cocher d'une fabrique a subi un accident en conduisant en promenade la femme du directeur; l'office impérial juge qu'il s'agit d'un accident professionnel, attendu que la victime avait non seulement à faire le service de camionnage de la fabrique mais encore à entretenir les moyens de transport en bon état, à soigner et à sortir les chevaux; qu'il existe donc un certain rapport de causalité entre l'accident et la profession de la victime (*Amtliche Nachrichten*, IV. 69, n° 453). — *b.* Le cocher d'un expéditeur, uettoyant dans la rue une voiture de son maître, a été blessé par

une pièce de bois qu'un charpentier jette, par négligence, d'une fenêtre de la maison du maître. L'office impérial refuse toute indemnité, attendu que l'accident est sans rapport avec les dangers auxquels sont exposés les ouvriers dans une entreprise d'expédition; que le même accident aurait atteint à la même place toute autre personne, étrangère à l'entreprise, et que ledit cocher aurait pu subir le même accident partout ailleurs, en dehors de l'entreprise (même volume, 176, n° 476).

Comment traiterait-on les accidents subis durant une interruption de travail, à l'usine ou sur le chantier, ou durant un travail extraordinaire, plus ou moins volontaire? Faudrait-il déclarer assurés, comme on a proposé de le faire par une disposition spéciale, les accidents subis à l'aller ou au retour du travail? Où commence l'aller et quand finit le retour? Un ouvrier qui glisse en descendant l'escalier de sa maison pour se rendre à l'usine était-il déjà sur le chemin du travail? Un autre qui, au sortir de l'usine, s'attarde à une emplette de ménage et ensuite, en rentrant chez lui, est renversé par une voiture, se trouvait-il encore au retour du travail?

Ces quelques exemples suffisent à montrer combien une distinction des accidents, suivant leurs rapports plus ou moins directs avec le travail, entraînerait de subtilités et de casuistique. Au point de vue économique, du reste, cette distinction n'aurait rien de justifié: qu'elle se soit produite ou non durant le travail professionnel, une lésion donnée constitue pour la victime exactement le même dommage.

Pour tous ces motifs et de même que la loi de 1899 (art. 238, alinéa 2), nous renonçons à distinguer entre les accidents suivant leur professionnalité, et nous englobons dans l'assurance *aussi les accidents non professionnels*. En revanche, il convient de mettre une partie des frais de l'assurance à la charge de l'assuré lui-même (voir art. 83), pour tenir compte du fait que la composante non professionnelle du risque d'accidents ne saurait être supportée par l'employeur.

D'après la statistique suisse des accidents (1888-1891), pour les personnes travaillant au compte d'autrui les accidents non professionnels représentent en moyenne le 13^o/_o du nombre total des accidents, et le 18,3^o/_o de la totalité du dommage d'accidents; on voit quel intérêt considérable s'attache à leur assurance.

**L'établissement d'assurance ; concours des caisses reconnues
d'assurance contre les maladies.**

(art. 21 à 37.)

1. En statuant pour certaines personnes l'obligation à l'assurance, le législateur s'engage à faire en sorte que ces personnes trouvent assureur ; la loi en effet ne saurait imposer à un individu une obligation, sans veiller à ce qu'il soit en mesure d'y déléguer. Les personnes tenues à l'assurance doivent donc avoir la garantie que, sans de longues démarches, elles seront assurées à des conditions convenables.

2. Cela posé, nous ne pouvons ici nous contenter d'assureurs libres, de sociétés anonymes ou mutuelles *privées* ; la caractéristique de ces sociétés est en effet d'accepter ou de refuser qui bon leur semble. Or il deviendrait nécessaire de reconnaître, aux personnes tenues à l'assurance, le droit de satisfaire à cette obligation en s'assurant à une desdites sociétés, *même contre son gré* ; il faudrait naturellement fixer les conditions de primes que la société pourrait mettre à l'assurance de chaque personne. D'après quels principes répartirait-on, entre les diverses sociétés, les personnes tenues à l'assurance mais dont aucune société n'aimerait à se charger aux conditions fixées par la loi ? Si l'attribution d'office n'avait pas lieu aussi pour les bons risques, les mauvais devraient essayer une série de refus, avant de trouver enfin un assureur ; tel assureur se plaindrait d'avoir à endosser de mauvais risques sans trouver de compensation dans l'assurance de risques meilleurs, enlevés par ses concurrents plus habiles ; des contestations surgiraient sans cesse au sujet de l'attribution des risques, notamment de ceux déjà grevés d'un sinistre. Une constante surveillance de l'Etat, moralement ou juridiquement garant des services et de la solvabilité des assureurs, devrait porter sur l'observation par eux des conditions légales (tarifs de primes) et sur leur gestion financière. Ce régime mécontenterait tous les intéressés, notamment les assureurs eux-mêmes, qui ne seraient plus que de nom des assureurs « libres ».

3. Il est donc nécessaire de créer, à l'intention des personnes soumises à l'assurance, un établissement *officiel* qui ait seul l'obligation de recevoir ces personnes. Mais si l'on permettait aux sociétés privées de concourir avec cet établissement en ce qui touche les assurés obligés, il se produirait fatalement ceci :

L'industrie privée s'emparerait des bons risques en repoussant soigneusement les mauvais; cette sélection se poursuivrait en cours d'assurance, les sociétés privées se réservant par exemple le droit de résilier une assurance après chaque sinistre ou en cas de retard dans le paiement des primes. A supposer même que l'établissement officiel pût user des procédés de réclame des assureurs privés, il devrait dépenser de grosses sommes en frais d'acquisition, soit en rétributions d'agents; il ne pourrait pourtant pas employer les moyens dont dispose l'industrie privée pour enlever les meilleurs risques (rabais exceptionnels sur les tarifs, etc.). En état d'infériorité pour l'acquisition des bons risques, et d'autre part seul *obligé d'accepter* les mauvais, l'établissement officiel aurait dès le début une spécialité exclusive de ces derniers: tandis que l'industrie privée se ferait une clientèle de choix parmi les personnes que la loi aurait amenées à l'assurance en les y obligeant, l'établissement officiel ne recueillerait que le rebut; groupant d'ailleurs un nombre insuffisant de risques, il subirait des déficits, deviendrait plus cher que les assureurs privés et serait ainsi entraîné dans un cercle vicieux de plus en plus étroit.

Il existe en Suisse une douzaine de sociétés d'assurance *mutuelle* contre les accidents. Deux seulement sont soumises à la surveillance fédérale en vertu de la loi de 1885; toutes les autres y échappent, comme « associations dont le champ d'exploitation est localement restreint »; elles embrassent généralement certains corps de métiers dans une région donnée. Nous nous plaçons à reconnaître les services rendus par ces mutuelles; mais seraient-elles capables de garantir, en toute sécurité, les prestations que notre projet prévoit pour les assurés obligés? Peut-on raisonnablement les considérer comme autre chose qu'un pis-aller, et les préférer — par la seule raison de leur existence — à un établissement à bases plus larges, en même temps plus sûr et meilleur marché?

Dans les sociétés privées d'assurances-accidents, les frais d'administration atteignent en moyenne 43 % des primes nettes, c'est-à-dire qu'à 100 francs dont la perception est nécessaire pour fournir les indemnités, il faut ajouter 43 francs pour faire face aux frais d'administration; ces derniers — dus principalement à la nécessité de rémunérer des personnes chargées de solliciter les souscriptions d'assurances — seraient au moins aussi élevés dans un établissement officiel avec lequel concourrait l'industrie privée; ils subiraient au contraire une forte réduction, à l'avantage des assurés, quand l'établissement sera de plein droit l'assureur de certains risques. Nous pouvons ainsi prévoir (page 309) que les frais d'administration égaleraient au total 13 % seulement des primes nettes; et comme la Confédération supporterait une moitié de ces frais (art. 22),

l'autre moitié à couvrir par les primes représentera seulement 6,6 % au lieu de 43 % des primes nettes.

4. Par ces motifs et de même que la loi de 1899 (art. 237) nous statuons que *toutes* les personnes soumises à l'assurance seront de plein droit assurées à l'établissement officiel (art. 41).

L'industrie privée ne perdra que ses assurances actuelles de responsabilité vis-à-vis d'employés ou d'ouvriers; s'il faut en croire les plaintes fréquentes des assureurs, touchant les médiocres résultats financiers de ces affaires-responsabilité, celles-ci ne seront guère regrettées. En revanche, les sociétés privées pourront continuer à exploiter toutes leurs autres combinaisons d'assurances-accidents (individuelles, responsabilité vis-à-vis de voyageurs, de passants ou suivant le code des obligations, voyages, etc.). L'établissement officiel n'aura de monopole qu'en ce qui touche les *personnes tenues à l'assurance*, tandis que pour les assurances volontaires (art. 81) la concurrence des sociétés privées demeurera entièrement libre; même quant aux assurés obligés, l'établissement pourra — sans qu'il soit besoin de le statuer dans la loi, attendu que c'est là une simple mesure d'administration intérieure — offrir certains risques en réassurance à des sociétés privées. Les mutuelles actuelles, ou leur personnel si elles se dissolvent, pourront remplir le rôle d'agents de l'établissement (art. 25).

5. On pourrait concevoir l'institution de *plusieurs* établissements officiels d'assurance, dans ce sens que — suivant le lieu de leur occupation ou de leur domicile, ou au contraire suivant leur profession — les personnes soumises à l'obligation fussent d'office assurées à tel ou tel de ces établissements.

A vrai dire, l'idée d'instituer divers établissements suivant un *principe territorial* n'a été, que nous sachions, soutenue par personne; il ne saurait notamment être question d'un assureur par canton, soit que la loi fédérale elle-même créât cet établissement, soit qu'elle en laissât le soin aux cantons; l'ouverture d'un nombre suffisant d'*agences* (art. 23) est le vrai moyen de mettre partout l'assureur à la portée du public.

L'idée de créer divers établissements suivant un *groupement professionnel* est plus captivante à première vue. Les propositions faites dans ce sens s'inspirent de la crainte que, dans un établissement unique, la graduation des taux de primes suivant les professions ne soit pas suffisamment exacte et nuancée, et que « les bons risques doivent payer pour les mauvais ». Cette crainte est mal fondée et ne saurait en tout cas constituer un argument en faveur de groupements professionnels. Dans un établissement unique, en effet, il suffit de prendre — comme nous le

faisons aux art. 30 et 75 à 78 de notre projet — les dispositions nécessaires pour que le taux de primes de chaque assuré soit exactement en rapport avec les risques qu'il fait courir à l'assureur; notre intention n'est nullement de favoriser telles catégories d'assurés au détriment de telles autres. D'autre part, en instituant des groupements professionnels, il serait tout aussi nécessaire de prévoir une graduation des taux de primes : à supposer même, par exemple, qu'une caisse d'assurance pût être créée pour les seuls ouvriers ferblantiers, on ne saurait faire payer le même taux aux ferblantiers-couvreurs, travaillant sur les toits, et aux ferblantiers exclusivement occupés à la fabrication d'objets de quincaillerie; les risques d'accidents sont en effet tout différents. La même nécessité d'une graduation existerait à plus forte raison pour la caisse dans laquelle devraient être groupées les nombreuses professions très diverses dont l'effectif d'ouvriers serait trop faible pour que chacune d'elles pût avoir sa caisse propre, et aussi dans le cas où une même caisse d'assurance embrasserait tout un genre d'industries (par exemple l'industrie alimentaire, textile, chimique ou du bâtiment). Rien ne donne à croire que la graduation des taux de primes suivant les risques serait nécessairement plus exacte dans un groupe professionnel que dans un établissement unique bien géré.

Nous ne voyons pas non plus qu'un groupement professionnel soit de nature à empêcher plus particulièrement la simulation des accidents, ainsi que la négligence de la part des assurés et des employeurs; en effet, une association professionnelle ne saurait parer à ces abus par d'autres moyens que ceux dont dispose aussi un établissement unique, savoir: la modification des taux de primes suivant la fréquence des accidents (art. 76 et 77), la mise d'une partie des primes à la charge des assurés eux-mêmes (art. 83), la limitation de l'indemnité à une part du dommage (art. 56), la réassurance des petits accidents auprès des caisses-maladies (art. 34), la déchéance totale ou partielle en cas de faute (art. 68), la répression directe de la simulation (art. 69), le recours contre un employeur fautif (art. 72) et l'imposition de mesures de sûreté (art. 45). Un établissement unique est donc aussi bien placé qu'un groupe professionnel, pour intéresser directement les patrons et les assurés à la rareté des accidents.

Dans certains milieux, l'institution de groupements professionnels officiels, chargés de l'assurance-accidents, est désirée comme un acheminement aux syndicats obligatoires. Nous pensons qu'on doit examiner *pour elle-même* la question d'organisation de l'assurance, et la trancher sans préoccupations d'un autre ordre.

A la différence de l'assurance-maladies, l'assurance-accidents nécessite la réunion par un même assureur d'un grand nombre de risques ; cette réunion, en effet, constitue seule pour l'assureur une base suffisamment stable et large ; elle lui procure la fixité nécessaire dans le montant de ses charges, et par conséquent la solidité voulue. Si l'on considère que, sur 100 personnes, environ 30 sont chaque année malades tandis que 1 seule est victime d'un accident, il est clair qu'un surcroît exceptionnel de 1, 2... ou même 5 cas de maladie n'augmentera que de 3, 7... ou 17 % les charges moyennes de l'assureur-maladies de 100 personnes, tandis qu'il suffira du surcroît exceptionnel de 1 accident pour augmenter de 100 % les charges de l'assureur-accidents du même nombre de personnes ; cette plus grande fluctuation de la fréquence des sinistres, pour un nombre donné d'assurés, s'aggrave dans l'assurance-accidents du fait qu'un cas d'accident entraîne en moyenne une indemnité beaucoup plus élevée qu'un cas de maladie. Si l'on admet avec nous que la responsabilité civile ne saurait être remplacée que par une assurance présentant une *absolue sécurité*, il n'est pas trop de toute la Suisse pour alimenter l'établissement chargé de cette assurance, d'autant plus que l'obligation à l'assurance portera seulement sur les bénéficiaires actuels du régime de la responsabilité patronale et non plus — comme dans la loi de 1899 — sur toutes les personnes au service d'autrui.

Un assureur unique ne risquera pas d'être ébranlé dans sa solvabilité par tel accident frappant du même coup un grand nombre de victimes, et les assurés ne seront plus exposés, comme dans les caisses actuelles, à devoir payer de grosses contributions supplémentaires après une année particulièrement riche en sinistres.

Les partisans de groupements professionnels reconnaissent qu'il serait nécessaire de constituer, outre le fonds de réserve propre à chaque caisse, un *fonds de réserve commun*, pour les « cas extraordinaires » ; c'est là un aveu de l'insuffisante stabilité que présenterait chaque caisse. Mais comment régler la participation de chaque caisse à l'alimentation de ce fonds ? Statuer par exemple que chacune versera au fonds commun tant pour cent de son encaissement de primes supposé que la somme ainsi versée corresponde aux chances qu'aurait chaque caisse de recourir au fonds commun ; c'est dire que les diverses caisses devraient avoir une influence réciproque sur la fixation de leurs primes. Comment définir les « cas extraordinaires » qui tomberaient à la charge du fonds commun ? Qui gérerait ce fonds et qui trancherait les contestations ?

En cas de pluralité d'assureurs, comment organiserait-on le service des petits accidents ? Les caisses maladies seraient-elles

obligées de prendre ces accidents en réassurance de divers assureurs, comme nous pouvons le prévoir avec un assureur unique (art. 34)? Qui garantirait aux caisses-maladies une fixation convenable des primes de ces réassurances? De petits assureurs-accidents ne sauraient, comme un assureur unique, entretenir chacun des établissements pour le traitement spécial des sinistrés (gymnastique médicale, hydrothérapie, massage); auraient-ils chacun leurs médecins, contrôleurs, percepteurs, etc. ou parviendraient-ils à s'entendre pour l'engagement à frais communs de ces personnes, la fondation d'établissements de traitement et de dépôts d'appareils? Sur quelles bases?

Quoi qu'il en soit, une pluralité d'assureurs-accidents impliquerait, par rapport à l'institution d'un assureur unique, un surcroît de frais d'administration, ensuite d'inévitables doubles emplois. C'est un fait d'expérience, que les frais d'administration n'augmentent pas en proportion du nombre des assurés.

Nous n'insistons pas sur les continuels passages d'un assureur à l'autre, qui seraient imposés par les changements de domicile, de profession ou d'attachement, de même que par les modifications dans le caractère d'une entreprise. Ici de nouveau, l'Etat devrait exercer une étroite surveillance sur la gestion des divers assureurs, et l'attribution des risques donnerait lieu à difficultés; les teintureries ou les imprimeries sur toile, par exemple, relèveraient-elles du groupe de l'industrie textile ou de celui de l'industrie chimique? Dans ce dernier cas, comment traiterai-t-on une fabrique où la teinturerie et le tissage seraient tous deux pratiqués?

Tout ce qui précède, pensons-nous, montre assez que l'institution d'une pluralité d'assureurs-accidents officiels ne présenterait que des inconvénients. Un assureur unique réaliserait l'assurance avec un maximum de sécurité et de stabilité, et un minimum de frais.

* * *

6. Nous passons maintenant aux principes d'organisation de l'établissement d'assurance contre les accidents.

La loi de 1899 (art. 217, 227, 228, 230, 231, 232 et 234) créait un « établissement fédéral d'assurance contre les accidents », géré par un « office fédéral des assurances »; les directeurs et employés de cet office étaient nommés par le Conseil fédéral, en qualité de fonctionnaires fédéraux; l'établissement avait comme organes périphériques des « inspectorats fédéraux des assurances », comprenant chacun un inspecteur et les employés nécessaires, également fonctionnaires et nommés par le Conseil fédéral; à l'office

des assurances était attaché, essentiellement comme autorité consultative, un « conseil des assurances » comprenant 9 à 15 membres nommés par le Conseil fédéral, dont au moins 3 devaient être des employeurs tenus à contributions et au moins 3 des assurés obligés.

L'intention de notre nouveau projet est de donner à l'établissement assureur une autonomie plus grande, d'en faire une caisse d'assurance mutuelle, gérée par les intéressés eux-mêmes, et nullement un établissement d'assurance d'Etat. Sans doute, la réalisation de cette autonomie n'est pas sans difficultés, et le plus simple aurait été de confier le rôle d'organe d'assurance à une branche de l'administration fédérale; nous savons aussi que dans les cantons où par exemple l'assurance obligatoire contre l'incendie fait l'objet d'une caisse mutuelle officielle, cette dernière est en général exclusivement gérée par l'administration cantonale.

L'insuffisante autonomie de l'établissement-accidents a été un des griefs faits à la loi de 1899 et une des causes de son échec; on a craint que l'administration de l'établissement fût essentiellement « bureaucratique » et que dès lors, en particulier, le taux des primes de chaque profession ne fût pas exactement adéquat à ses risques. En remettant le plus possible aux intéressés eux-mêmes l'administration de l'établissement, nous donnons à ce dernier un caractère populaire, nous le maintenons en contact avec le public et spécialement avec les personnes qui ont la pratique des professions à assurer; la confiance en une juste tarification des risques augmente, les assurés et les employeurs — sentant mieux que l'établissement est « leur » chose — prennent plus d'intérêt à sa prospérité et notamment à la prévention des accidents.

a. Pour la nomination de la « direction », nous accordons au conseil d'administration un droit de préavis (art. 25 et 27, lettre c).

Ensuite et surtout, nous prévoyons (art. 26) que le « conseil d'administration », qui remplace le conseil des assurances de la loi de 1899, sera nommé par les intéressés eux-mêmes, au prorata de leurs intérêts, c'est-à-dire de leur part à l'encaissement total de primes. Tandis que d'après la loi de 1899 (art. 232) tous les conseillers étaient nommés par le Conseil fédéral, au moins 6 sur 15, soit $\frac{2}{5}$, devant être choisis parmi les intéressés, nous situons simplement qu'tous les conseillers seront nommés par les intéressés; l'autonomie réside en effet avant tout dans le droit de nomination et, en attribuant entièrement ce droit aux intéressés, il n'y a plus lieu de disposer que tel ou tel nombre minimum de conseillers doivent être eux-mêmes des intéressés.

Précisément en ce qui touche l'élection des conseillers d'administration, par les employeurs et par les assurés, il se présentera certaines difficultés d'application; on ne trouvera guère d'embée un système donnant entière satisfaction et qui puisse être maintenu sans aucune retouche. C'est pourquoi, après avoir posé dans la loi le principe de l'élection par les intéressés, il conviendrait de s'en remettre, quant aux détails d'exécution, à une ordonnance du Conseil fédéral (art. 31); la loi de 1899 (art. 235) prévoyait également le règlement, par cette voie, de ce qui concernait les organes de l'établissement. Autrement, nous enlèverions notre projet de dispositions ne présentant qu'un intérêt secondaire, et dont l'adaptation future aux expériences faites exigerait chaque fois une modification de la loi.

L'autonomie de l'établissement se manifeste non seulement dans l'élection du conseil d'administration par les intéressés mais aussi dans les *compétences plus grandes de ce conseil*, notamment en ce qui touche la fixation des primes: suivant la loi de 1899 (art. 238), c'est à l'office fédéral des assurances qu'il appartenait d'établir, avec l'approbation du Conseil fédéral, le tarif des primes; le conseil des assurances n'avait en cette matière qu'un rôle purement consultatif (art. 234, lettre b); il n'était appelé à statuer (art. 234, al. 3 et art. 290, al. 2) que sur les recours en matière de classement des assurés, c'est-à-dire dans les cas de prétendue fausse application d'un tarif *qu'il n'avait pas lui-même établi*. Dans notre projet (art. 27, al. 2 et 3, art. 75 et 78, al. 2), au contraire, c'est au conseil d'administration lui-même que nous attribuons le droit d'établir le tarif des primes, en lui maintenant à plus forte raison la compétence de trancher les recours pour fausse application de ce tarif. Cette importante modification nous paraît tout particulièrement de nature à augmenter aux yeux des employeurs et des assurés la saine popularité de l'établissement assureur, en confiant la fixation des taux de primes à un collègue représentant l'ensemble des intéressés et composé d'hommes au courant des circonstances pratiques de l'industrie.

b. Etant données la composition et les compétences nouvelles du conseil d'administration, il peut paraître superflu de prévoir encore, comme la loi de 1899 (art. 236), un concours d'*associations professionnelles* à l'administration de l'établissement; cette disposition était en effet motivée par le désir d'attribuer aux cercles intéressés une influence sur la marche de l'établissement; or, le même but est atteint aujourd'hui d'une manière plus directe et beaucoup plus complète, du fait de la composition et du rôle mêmes du conseil d'administration. Nous avons néanmoins conservé (art. 29)

la possibilité de consulter des associations professionnelles, dont l'avis, s'il n'est plus aussi nécessaire, pourra cependant être utile en matière de classification des professions et de prévention des accidents; nous renonçons en revanche à prévoir le même concours pour la constatation des accidents; cette constatation appartient en effet aux organes mêmes de l'établissement (art. 48); elle est affaire de personnes responsables, et l'intervention en ce domaine d'associations professionnelles créerait un fâcheux dualisme sans répondre à aucun intérêt professionnel général.

c. En raison même de sa participation au paiement des primes (art. 79), la *Confédération* doit avoir une *part à l'administration* de l'établissement, soit une représentation au sein du conseil d'administration; le nombre de ses représentants dépend, comme pour les autres intéressés, du montant de primes fourni par elle, comparé au total des primes (art. 26).

Mais — à côté de cette part à l'administration, qui revient à la Confédération en sa qualité d'intéressé pour ainsi dire de droit privé — la Confédération comme pouvoir public doit exercer vis-à-vis de l'établissement une *surveillance*; tel est l'objet de notre art. 30. Cette surveillance n'offre rien d'inconciliable avec le principe d'autonomie de l'établissement; elle est aussi exercée par le Conseil fédéral, en vertu de la loi du 25 juin 1885, sur des sociétés d'assurances qui n'ont aucun caractère officiel; à plus forte raison se justifie-t-elle ici, vis-à-vis d'un établissement auquel la loi confère le rôle d'assureur obligatoire et exclusif de certains risques, c'est-à-dire une fonction de droit public. Nous statuons donc que le Conseil fédéral pourra s'opposer à telles mesures générales d'administration qui seraient contraires à une gestion correcte ou qui compromettraient la sécurité de l'établissement. Cette disposition empêchera, par exemple, que les légittimes intérêts de certaines catégories d'assurés ne soient majorisés au sein du conseil d'administration, lors de la fixation des taux de primes; dans l'assurance libre, la concurrence entre assureurs et le droit pour chaque personne de s'abstenir d'assurance peuvent empêcher que telle catégorie d'assurés soit surtaxée; mais comme il s'agit ici d'un assureur auquel certaines personnes seront *tenues* par la loi d'avoir recours, la loi elle-même doit leur garantir une tarification équitable. Le Conseil fédéral pourra aussi opposer son veto à une tarification en général trop basse des risques, ou à une insuffisante constitution des réserves techniques, mesures qui déchargeraient abusivement le présent au préjudice de l'avenir.

* * *

7. Il nous reste à examiner les principes du *concours des caisses-maladies reconnues* (art. 33 à 37) :

a. Les caisses-maladies reconnues pourront être chargées du rôle d'*agences* de l'établissement-accidents (art. 33), c'est-à-dire de l'encaissement des primes ainsi que des services des avis et enquêtes et du paiement des indemnités ; ce sera là un concours précieux, de nature à restreindre les frais d'administration de l'établissement et à affermir sa popularité ; la loi de 1899 (art. 228, al. 2, 242, 244, 245, 248 et 294) le prévoyait également.

La nécessité de créer des agences proprement dites (art. 28) dépendra beaucoup de la mesure en laquelle les caisses reconnues se montreront qualifiées pour le même service.

b. Plus important encore que le service d'agence est le concours que nous attendons des caisses reconnues en qualité de *réassureurs* (art. 34 à 36).

L'expérience montre que les *petits accidents*, c'est-à-dire ceux qui entraînent seulement une incapacité de travail de courte durée, présentent au point de vue de leur assurance par une grande association des difficultés particulières ; ce sont tout naturellement ceux qui donnent le plus lieu à simulation ou que l'assuré est le plus tenté de provoquer intentionnellement ; ils causent à un assureur qui n'est pas sur place des faux-frais disproportionnés à l'importance des indemnités elles-mêmes. L'assurance des petits accidents est donc l'affaire d'associations peu étendues, dont l'administration soit très simple et peu coûteuse, et où — par le fait d'un groupement restreint d'assurés et par conséquent d'un intérêt très direct de chaque assuré à la modération des dépenses — la surveillance réciproque des assurés soit le plus intense.

On a vu (page 286, chiffre 2) que la loi de 1899 résolvait la question en mettant à la charge de l'assurance-maladies les six premières semaines de l'incapacité de travail résultant d'un accident ; nous avons montré que cela n'est plus possible, dans le système de notre nouveau projet ; aujourd'hui, la seule solution du problème des petits accidents consiste en la *réassurance de ces accidents par les caisses-maladies reconnues* : l'assurance accidents comportera la prestation d'indemnités même durant les premières semaines d'une maladie consécutive à un accident (art. 50 et 56) ; mais, en vue de cette prestation, l'établissement se réassurera auprès d'une caisse reconnue.

Actuellement déjà, la réassurance est pratiquée par un cer-

tain nombre de caisses-maladies, qui se réassurent entre elles ou auprès de caisses spéciales pour les indemnités afférentes à telle ou telle période de maladie; la réassurance que nous prévoyons n'a donc pour les caisses rien d'insolite, et elle se popularisera aisément. L'établissement-accidents ne sera pas embarrassé pour placer ses réassurances, car partout où il y aura des personnes tenues à l'assurance-accidents on rencontrera aussi des caisses-maladies; en général, l'établissement pourra même choisir entre plusieurs caisses; il donnera la préférence aux plus solides et aux mieux gérées, ce qui créera entre les caisses une saine émulation.

c. Les caisses-maladies doivent être exactement *indemnisées de leurs services* d'agence et de réassurance (art. 33, al. 3, et 35):

Pour le service d'agence, elles auront droit au remboursement de leurs dépenses et à une commission pour leurs peines; la loi de 1899 (art. 225, 245, al. 3 et 251, al. 1^{er}) prévoyait également le remboursement aux caisses de leurs dépenses et, en guise de commission, le paiement par la Confédération d'un subside à leurs frais d'administration.

Comme réassureurs, les caisses toucheront des « primes de réassurance », qui comporteront une certaine fraction des primes encaissées par l'établissement lui-même et qui constitueront le prix de la mise à la charge des caisses, des indemnités afférentes aux six premières semaines des maladies résultant d'accidents.

Prestations de l'établissement.

(art. 49 à 72.)

Les dispositions de notre projet reproduisent essentiellement celles de la loi de 1899 (art. 216 à 286).

1. L'indemnité de chômage et les rentes d'invalidité ou de survivants, soit en général les *prestations en espèces*, doivent être *proportionnelles au salaire de l'assuré* (art. 56, 58, 61 et 62), et non point d'un montant uniforme. Ces prestations, en effet, tendent à réparer pour le lésé ou sa famille le dommage qu'ils subissent en raison de l'accident; or ce dommage dépend précisément du salaire perdu. Il va sans dire, du reste, que la graduation des prestations de l'assurance suivant le salaire implique une graduation correspondante des primes (art. 73); le fait que l'indemnité de chômage de tel assuré sera par exemple double de celle de tel autre n'aura ainsi rien d'inéquitable: le salaire perdu du premier assuré et la prime de son assurance sont également doubles.

2. Notre projet, d'autre part, n'institue qu'un *dédommagement partiel*, soit le paiement d'une partie seulement du salaire perdu : l'indemnité de chômage ou la rente d'invalidité seront de 60 % et les rentes de survivants au maximum de 50 % de la moins-value de salaire; c'étaient aussi les taux admis par la loi de 1899.

En ne couvrant pas entièrement le dommage et en faisant ainsi de l'assuré son propre assureur pour la part non couverte, on réduit le coût de l'assurance et on diminue pour l'assuré la tentation de simuler des accidents ou de les provoquer par sa négligence.

Remarquons du reste que l'indemnité de chômage sera payable aussi pour le dimanche (art. 56), alors que l'assuré n'aurait gagné ce jour-là aucun salaire (sans parler des jours ouvrables de chômage par manque de travail, maladie, grève, etc.); l'indemnité de chômage représentera donc par semaine 7 fois 60 % du salaire, soit 4 salaires et $\frac{1}{5}$, ou par jour ouvrable 70 % du salaire. Quant aux rentes d'invalidité ou de survivants, un avantage sensible résultera du fait que le salaire annuel, base de ces rentes, sera réputé égal à 300 fois le salaire journalier (art. 65), alors qu'en général les ouvriers n'ont guère autant de journées de travail par an.

3. Les lois actuelles de responsabilité patronale prévoient en principe la réparation intégrale du dommage d'accident. Mais en pratique le taux d'indemnité est loin d'atteindre le 100 %, ensuite d'application très fréquente des causes légales de refus ou de réduction de l'indemnité (propre faute, même légère, exclusive ou concomitante, — cas fortuit, — faute de tiers, — avantage de la capitalisation, — maximum légal, etc.; voir le tableau de la page 344. nos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12 et 13). D'après le recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral (de 1875 à 1905), nous avons pu constater que, pour 51 arrêts portant sur l'application des lois de 1881 et 1887 à des accidents suivis d'*invalidité*, le taux d'indemnité n'est en moyenne que de 43 % du dommage; cette moyenne se trouverait encore abaissée, si nous avions pu tenir compte des cas dans lesquels le Tribunal refuse toute indemnité, en raison d'une propre faute du lésé; mais dans ces cas il n'indique pas le montant du dommage. Quant aux indemnités que notre projet accorde aux *survivants*, elle sont généralement supérieures à la moyenne résultant des arrêts du Tribunal fédéral.

L'assurance couvrira non plus seulement les accidents professionnels mais encore les accidents non professionnels, qui, d'après la statistique suisse des accidents (1888-1891), représentent en moyenne 18,8 % de la totalité des dommages d'accidents. Pour 100 francs de

dommages consistant en invalidité accidentelle, la loi de 1881 garantit $\frac{43}{100} \times (100 - 18,3) = \text{fr. } 35.13$, tandis que l'assurance fournira $\frac{60}{100} \times 100 = 60$ francs.

4. Pour le détail des articles 49 à 72, voir la partie spéciale (pages 335 et suivantes).

Primes d'assurance.

(art. 73 à 83.)

Fixation des primes. — 1. La prime doit être l'exacte contre-partie des charges endossées par l'assureur; ces charges consistent en l'obligation de fournir des prestations plus ou moins élevées, dans le cas plus ou moins probable de la survenance d'un accident.

Les prestations assurées étant fonction du gain de l'assuré (art. 56, 58 et 61), la prime doit également dépendre de ce gain, et le même gain doit être admis pour la fixation des prestations et pour celle des primes.

C'est dire, en résumé, que la prime sera déterminée d'après le gain de l'assuré et ses chances d'accidents (art. 73).

2. L'article 74 règle ce qui concerne le *gain*; il correspond aux articles 292 et 88 de la loi de 1899.

a. Pour répondre à son but de dédommagement, l'assurance ne saurait baser ses prestations sur un gain plus ou moins fortuit et incomplet que l'assuré réalisait à la date de l'accident; le dommage, en effet, consiste dans la perte du gain habituel ou normal de l'assuré. De là découlent les dispositions des alinéas 1^{er} à 4 de l'article 74 :

Si le gain est *variable*, on le fixera d'après une moyenne.

On considérera comme « gain » l'ensemble des avantages dont jouissait l'assuré en contre-partie de son travail, c'est-à-dire aussi les *allocations supplémentaires*, en argent ou en nature; telles sont par exemple la jouissance d'un logement, l'entretien ou le chauffage gratuits, les indemnités de route, primes d'économie, commissions d'encaissements, etc. Il ne s'agit ici que d'allocations « régulières », c'est-à-dire fixées par une règle et ne dépendant pas du bien-plaire d'autrui; peu importe en revanche que leur montant soit variable, cas auquel on les comptera pour leur valeur moyenne.

Pour les assurés non rémunérés ou ne gagnant encore qu'un salaire de commençant, le gain sera réputé au moins *égal au salaire le plus bas des ouvriers adultes* de l'entreprise; cette dispo-

sition est sans préjudice de l'alinéa 2 de l'article 65, statuant que les *rentes* d'invalidité ou de survivants se calculeront d'après le salaire *normal* d'un adulte de la même profession, dès l'époque où l'assuré aurait probablement atteint ce salaire.

b. La loi de 1899 (art. 89 et 292) statuait que, pour l'assurance-maladies et conséquemment aussi pour l'assurance-accidents, le gain journalier ne serait pris en considération qu'à concurrence de fr. 7.50. L'établissement de ce « *salaire maximum considéré* » était motivé par la crainte d'exposer les caisses-maladies à de trop gros risques, du fait de l'assurance de salaires élevés : on faisait valoir qu'une personne assurée sur la base d'un tel salaire et ayant droit dès lors à de fortes indemnités imposerait à la caisse des dépenses considérables, pour peu qu'elle fût malade toute une année de suite ; que d'autre part les assurés de ce genre seraient trop peu nombreux dans chaque caisse pour qu'une constance des charges pût se réaliser à leur égard (*F. féd.* 1896. I, 297, chiffre 2). Ces considérations ne s'appliquent pas à l'assurance-accidents, fournie par un établissement central qui groupera un effectif d'assurés très supérieur à celui d'une caisse-maladies, et qui déjà de ce fait présentera une solidité beaucoup plus grande ; cet établissement peut sans aucun danger assurer même de hauts salaires.

Bien plus, contrairement à un préjugé fort répandu, les personnes assurées pour un salaire élevé constituent en moyenne des éléments avantageux. Les primes croissent en effet proportionnellement au salaire, tandis qu'il n'en est pas de même de toutes les prestations : en cas de salaire double, par exemple, les primes sont également doubles et pourtant, si les indemnités de chômage et les rentes se trouvent doublées, les frais médicaux et l'indemnité funéraire restent les mêmes.

Nous n'avons donc pas cru devoir fixer de nouveau un « *salaire maximum considéré* », d'autant moins qu'il en résulterait, pour les assurés à salaires élevés, un désavantage économique par rapport au régime de responsabilité patronale ; la responsabilité actuelle, en effet, vise en principe la restitution du salaire perdu, quel qu'en soit le montant.

Il suffit que les *subsides fédéraux* soient dégressifs, c'est-à-dire comportent une fraction des primes d'autant moindre que les salaires et par conséquent les primes seront plus élevées, et que la Confédération ne paie aucun subside à l'excédent d'une prime sur un certain montant (art. 79).

c. Suivant la loi de 1899 (art. 90 et 292), l'assurance ne se basait pas sur le gain réel, pris tel quel : la loi formait des *classes*

de salaires, groupant les gains réels selon qu'ils étaient compris entre certaines limites, et le montant-limite supérieur de chaque classe était réputé gain journalier de tout assuré rentrant dans cette classe. Un assuré dont le gain réel égalait le minimum de sa classe se voyait ainsi traité comme s'il avait gagné le maximum de cette classe; il en résultait un forçement des primes et des indemnités, variable suivant les assurés et les classes.

C'est ce que montre le tableau suivant, reproduisant les classes de salaires de la loi de 1899; dans les deux dernières colonnes, nous indiquons — pour les assurés gagnant le minimum de leur classe — le forçement que subissait leur gain réel et le taux qu'atteignait par conséquent pour eux l'indemnité de chômage, au lieu de 60 % :

Classes	Gains de	Forçement du gain réel, en %	Taux d'indemnité
I	0,— à 1,—	∞	∞
II	1,01 > 1,50	50	90
III	1,51 > 2,—	33	80
IV	2,01 > 2,50	25	75
V	2,51 > 3,—	20	72
VI	3,01 > 3,50	17	70
VII	3,51 > 4,—	14	69
VIII	4,01 > 5,—	25	75
IX	5,01 > 6,—	20	72
X	6,01 > 7,50	25	75

Tout système consistant à ramener les salaires réels à un certain nombre de salaires-types, et à baser sur ces derniers l'assurance, implique une approximation arbitraire et d'autant plus grossière que le nombre admis de salaires-types est moindre. Si les salaires-types sont plus élevés que les salaires réels, il en résulte une augmentation du coût de l'assurance, et le forçement du taux d'indemnité tend à neutraliser l'influence qu'on cherchait à exercer sur la simulation en faisant de l'assuré son propre assureur pour une part du dommage.

Il nous paraît du reste fort douteux qu'une simplification pratique appréciable, pour l'administration de l'assurance, puisse résulter de l'institution de classes de salaires: pour désigner la classe à laquelle un assuré appartient, on doit nécessairement déterminer d'abord son salaire réel.

Par ces divers motifs, nous évitons de créer dans la loi des classes de salaires. Mais, pour le cas où l'avenir ferait paraître cette création désirable, nous en réservons le droit à l'établissement, avec l'approbation du Conseil fédéral (art. 74, dernier ali-

néa). On pourra ainsi, sans devoir chaque fois mettre en branle l'appareil législatif, établir, modifier ou supprimer ces classes, suivant les enseignements de la pratique.

d. D'après la loi de 1899 (art. 92, 176 f. et 178), la fixation du gain journalier pouvait donner lieu à *recours*, en deux instances, à l'autorité cantonale de surveillance et au Conseil fédéral; une fois définitive, elle liait le tribunal des assurances (art. 315, al. 3). Notre projet ne connaît plus d'autorité cantonale de surveillance qui puisse exercer des compétences en matière d'assurance-accidents, et le Conseil fédéral n'est guère en situation de juger du gain des assurés. C'est pourquoi nous statuons à l'article 88, alinéa 3. sur le tribunal des assurances, appelé à trancher une contestation sur les indemnités ou les primes, ne sera pas lié par la fixation du gain, émanant de l'établissement, et qu'il pourra ainsi la réformer. Notre système a pour les employeurs et les assurés l'avantage d'offrir toutes garanties d'une fixation exacte, par une autorité judiciaire, et d'éviter que par exemple à l'occasion du règlement d'un sinistre l'assuré doive poursuivre un *double* procès, d'une part pour la fixation de son gain antérieur et d'autre part pour la détermination du degré d'invalidité.

3. Les articles 75 à 78 traitent de l'appréciation des chances d'accidents de l'assuré, soit de la fixation du *taux de primes*.

a. Ainsi que tout autre assureur, l'établissement adoptera un *tarif*, répartissant les divers genres d'entreprises en « classes de risques » et indiquant pour chaque classe un « taux de primes » soit le montant de la prime en pourcents du gain. Comme les risques d'accidents peuvent différer pour un même genre d'entreprises — suivant qu'on prend ou qu'on néglige telles mesures spéciales de prévention, que l'on utilise tels moteurs, etc. —, le tarif pourra établir dans une même classe différents « degrés de risques », en indiquant pour chacun d'eux un taux de primes spécial (art. 75).

b. *Chaque entreprise* assurée sera, conformément au tarif, attribuée à une classe et, le cas échéant, à un degré de risques (art. 76); le taux de primes de ses employés et ouvriers sera donc celui qu'indiquera le tarif pour la classe ou le degré en question. Mais, ici encore, on pourra distinguer: au lieu d'attribuer en bloc le personnel d'une entreprise à une même classe ou degré, on procédera par groupes si par exemple une partie du personnel est occupée à un travail particulièrement dangereux.

c. Le *tarif* même pourra être modifié toutes les années, le 1^{er} novembre au plus tard, pour le 1^{er} janvier suivant (art. 75, al. 4); cette modification, « d'après les expériences faites », consistera en une nouvelle répartition de tels genres d'entreprises, ou

en un changement des taux de primes de telles ou telles classes ou degrés de risques.

Quant au *classement* d'une entreprise, l'article 77 en prévoit la modification dans trois cas principaux :

1° Sans qu'il soit intervenu dans l'entreprise une modification d'exploitation entraînant aggravation du risque (al. 1). Tel est le cas lorsque le tarif, modifié, institue une autre répartition des entreprises de ce genre, ou lorsqu'ensuite d'une modification d'exploitation entraînant *diminution* du risque le classement actuel ne répond plus au tarif; nous prévoyons que dans ce cas, d'office ou sur la demande d'un intéressé, le classement sera réformé le 1^{er} décembre au plus tard, pour le 1^{er} janvier prochain.

2° Si, contrairement à l'article 45, l'employeur néglige la *prévention des accidents* (al. 2); l'entreprise doit naturellement être attribuée aussitôt, avec possibilité d'effet rétroactif, au degré de risque prévu par le tarif pour le cas de cette négligence.

3° S'il intervient dans l'exploitation de l'entreprise, ou dans le mode d'occupation de son personnel, une modification entraînant *aggravation* du risque; l'employeur, par exemple, introduit une branche de fabrication plus dangereuse, il installe des machines, etc.; le classement actuel de l'entreprise ne répond plus au tarif et il doit par conséquent être réformé, avec effet rétroactif dès la date de l'aggravation du risque.

d. D'après la loi de 1899 (art. 234, 288 et 290), c'était l'office fédéral des assurances qui fixait le tarif, et le « conseil des assurances » — correspondant à notre conseil d'administration — n'avait en cette matière qu'un rôle consultatif; il n'était appelé à statuer que sur les recours touchant le classement des assurés. Notre projet (art. 75 et 78, al. 2), au contraire, attribue au conseil d'administration lui-même la fixation du tarif, en maintenant naturellement sa compétence pour les recours en matière de classement.

e. Rien ne permet de craindre que, dans la future assurance-accidents, « les bons risques doivent payer pour les mauvais ». Le tarif sera établi et modifié, sous la surveillance du Conseil fédéral (art. 30), par un organe qu'auront élu les intéressés eux-mêmes; le même organe tranchera les recours portant sur l'application du tarif. Les taux de primes seront exactement adéquats aux risques d'accidents: la tarification première aura lieu d'après les données statistiques que l'on possède actuellement sur les risques d'accidents des diverses professions ou occupations; les modifications ultérieures des taux de primes se baseront sur les *expériences d'une suffisante durée faites par l'établissement lui-même*, touchant un genre d'entre-

prises, une entreprise isolée ou telle partie de son personnel. Pour pouvoir tirer les conclusions de ces expériences, c'est-à-dire constater un bénéfice ou une perte, l'établissement dressera une statistique soignée des sinistres, répondant à la proposition faite de tenir une « comptabilité spéciale » ou des « comptes séparés » par catégories d'entreprises. La possibilité de reviser les taux de primes, suivant que leur application aura laissé un bénéfice ou une perte, créera pour les employeurs et les assurés *un intérêt à prévenir les accidents et à combattre la simulation.*

f. Afin de rendre cet intérêt plus immédiatement tangible, on a proposé de statuer que, lorsque durant une certaine période l'assurance du personnel d'une entreprise aurait laissé à l'établissement un bénéfice, non seulement le taux de primes subirait une réduction pour l'avenir, mais *le bénéfice serait bonifié* à l'entreprise qui l'aurait produit.

Cette idée est captivante et nous l'aurions volontiers accueillie, si elle nous paraissait exécutable.

Remarquons tout d'abord que, comme il ne saurait être question d'imposer des primes supplémentaires aux entreprises dont l'assurance aurait causé une *perte*, la répartition aux entreprises qui ont produit un bénéfice ne pourrait s'entendre que du bénéfice *net* restant après couverture des pertes; c'est dire que chaque entreprise ne recevrait en tout cas *qu'une partie* du bénéfice produit par elle.

Sur quelle base devrait se faire la répartition, entre les entreprises bénéficiaires? Au prorata du montant des primes payées ou plutôt du bénéfice laissé par chacune d'elles? Ou encore en considérant, pour chacune, le rapport entre ses primes et son bénéfice? Quel que soit le système admis, la répartition imposerait à l'établissement un surcroît de travail, une complication de comptabilité et par conséquent une augmentation de frais d'administration, qui seraient souvent disproportionnés à l'importance des sommes à répartir.

Admettons que, pour simplifier, la Confédération renonce à participer aux bénéfices. On ne saurait en revanche permettre que l'employeur s'appropriât entièrement les sommes qui lui auraient été bonifiées par l'établissement; ces sommes sont en effet produites par les primes dont une partie provient des *assurés eux-mêmes* (art. 83). Après avoir décompté avec l'établissement, l'employeur devrait donc encore le faire avec chacun de ses employés et ouvriers, assurés durant la période en question; sinon, il réaliserait un profit illégitime et les assurés, précisément parce qu'ils ne participeraient pas aux

bénéfices, n'auraient plus, à l'économie, l'intérêt immédiat sur lequel on comptait. Que deviendraient les parts de bénéfices appartenant à des assurés qui auraient dans l'intervalle quitté l'entreprise? Durant combien de temps l'employeur devrait-il tenir ces parts en réserve, pour le cas où elles seraient réclamées par les ayants droit?

Nous renonçons donc à réduire les primes *déjà pour le passé*, en remboursant *une partie* des bénéfices; il nous paraît suffisant de pouvoir *pour l'avenir*, par une révision des taux de primes, tenir compte *dans leur entier* des bénéfices et des pertes.

* * *

Subside fédéral. — 4. La loi de 1899 (art. 224) mettait à la charge de la Confédération $\frac{1}{5}$ des primes de l'assurance accidents; il ne saurait aujourd'hui être question de renoncer à un subventionnement fédéral, qui répond au vœu général.

a. Pour des motifs semblables à ceux que nous avons exposés touchant le subventionnement de l'assurance-maladies (page 271 et suivantes), il convient que le subside fédéral à l'assurance-accidents soit fixé dans la loi même, que le montant en soit variable et la proportion dégressive, et qu'en principe il profite aussi aux assurés étrangers.

La loi de 1899 remplissait tous ces desiderata, sauf celui de la dégressivité. Le subside, en effet, était d'une proportion invariablement égale à $\frac{1}{5}$ de la prime; on a, contre ce système, fait valoir que les assurances dont la prime est élevée — à cause de hauts salaires ou de plus grands risques d'accidents — ne devraient pas être subsidiées dans la même mesure que les assurances à petites primes.

Notre article 79 statue une dégressivité et en indique la marche. Pour une prime journalière de

1 centime, le subside fédéral sera de 30 %	soit 0,30 centime
2 centimes » » 29 %	» 0,58 »
3 » » 28 %	» 0,84 »

11 centimes, le subside fédéral sera de 20 % soit 2,20 centimes

15 centimes, le subside fédéral sera de 16 % soit 2,40 centimes.

Comme on le voit, la valeur *absolue* du subside augmentera avec la prime, mais cette augmentation sera plus lente que celle de la prime et les primes se trouveront ainsi subsidiées dans une mesure d'autant moindre qu'elles seront plus élevées.

b. Pour des primes journalières de 16 centimes et plus, si nous avons continué la dégression (15 %, 14 %, etc.), la valeur

absolue du subside aurait commencé à baisser et serait peu à peu tombée à zéro; d'un autre côté, si nous avions arrêté la dégression et maintenu le même taux (16 %), les primes les plus élevées se seraient trouvées subsidiées dans la même mesure que celles de 15 centimes par jour. C'est pourquoi nous statuons qu'aucun subside ne sera payé à l'excédent d'une prime sur 15 centimes; pour les primes supérieures à 15 centimes, le subside atteindra donc uniformément 16 % de 15 centimes, et le taux de subside baissera lentement. Le tableau suivant montre la différence entre ce système et ceux de la dégression continuée ou arrêtée :

Pour une prime de	Système admis		Dégression continuée		Dégression arrêtée	
	Subside (16% de 15)	en % de la prime	Subside	en % de la prime	Subside	en % de la prime
15 cent.	2,40	16	2,40	16	2,40	16
16 >	2,40	15	2,40	15	2,56	16
17 >	2,40	14,1	2,38	14	2,72	16
18 >	2,40	13,2	2,34	13	2,88	16
30 >	2,40	8	0,30	1	4,80	16
31 >	2,40	7,7	0,—	0	4,96	16

c. Pour les assurés dont les primes journalières n'atteignent pas 11 centimes, le taux de subsides (variant de 30 à 21 %) sera supérieur au taux uniforme de 20 % fixé par la loi de 1899; d'après nos prévisions, ces assurés formeront la majorité. Néanmoins, comme les assurés à primes journalières excédant 11 centimes seront subsidiés dans une mesure moindre que d'après la loi de 1899, et comme leurs primes font une somme plus considérable que celles des autres assurés, le taux moyen des subsides se trouvera inférieur à 20 %. Ainsi donc, la majorité des assurés seront mieux traités qu'en 1899, et pourtant notre nouveau système coûtera moins cher à la Confédération que l'application du système de 1899 au même ensemble d'assurés.

* * *

Participation des employeurs et des assurés. — 5. La « prime restante », soit la part de prime non couverte par le subside fédéral, sera payée par l'employeur, qui pourra en retenir $\frac{1}{4}$ sur le salaire de l'assuré (art 81 et 83); comme le subside fédéral sera en moyenne de 18 % de la prime totale (page 309), et la prime restante par conséquent de 82 %, la participation moyenne de l'employeur égalera $\frac{3}{4}$ de 82 % soit 61,5 % de la prime totale, et celle de l'assuré $\frac{1}{4}$ > > > 20,5 % >

D'après la loi de 1899, la prime restante était de 80 % de la prime totale et, comme elle se répartissait aussi par $\frac{3}{4}$ et $\frac{1}{4}$ entre l'employeur et l'assuré (art. 293), le premier contribuait pour 60 % et le second pour 20 % à la prime totale.

Une participation *des assurés* aux primes restantes est équitable, attendu que l'assurance couvrira également les accidents non professionnels; il convient du reste d'intéresser les assurés eux-mêmes à la prévention des accidents, et de pouvoir les faire collaborer à l'administration de l'établissement (art. 26).

III. Charges financières de la Confédération.

Quelles sont les charges financières qui résulteront pour la Confédération de l'application de notre projet? Comme plusieurs des facteurs à considérer ne peuvent être qu'approximativement déduits des observations statistiques, ou leur échappent même tout à fait, nos prévisions ne sauraient prétendre à une exactitude rigoureuse.

Assurance contre les maladies.

L'article 19 de notre projet statue que la Confédération paiera aux caisses reconnues d'assurance contre les maladies, pour chacun de leurs assurés, un subside de 1 ou 1 $\frac{1}{2}$ centime par jour; nous devons donc déterminer le nombre probable des assurés qui auront droit au subside et le montant moyen du subside par assuré. La statistique des caisses de secours mutuels montre que la presque totalité des 1,814 caisses-maladies qui existaient en 1903 remplissent déjà les conditions posées pour l'octroi du subside de 1 centime ou qu'elles pourront remplir ces conditions précisément grâce audit subside; à l'effectif de ces caisses, qui atteint environ 425,000 personnes, correspondrait donc un montant annuel de subsides de 1,551,250 francs; en outre, 1,260 caisses actuelles avec 264,675 assurés auront droit au supplément de subside de $\frac{1}{2}$ centime, faisant au total 484,355 francs par an.

L'article 20 du projet accorde, d'autre part, des subsides spéciaux aux caisses reconnues pour lesquelles les circonstances topographiques rendent la prestation des soins médicaux et des médicaments particulièrement coûteuse. Nous estimons ces subsides spéciaux à 200,000 francs par an.

Le total des subsides ressort ainsi à 2,235,605 francs pour 425,000 assurés, soit en moyenne fr. 5 26 par assuré. Mais comme il faut s'attendre à ce que le nombre des assurés subsidiés s'accroisse de 425,000 à environ 600,000, nous prévoyons pour les subsides une dépense de $5\ 26 \times 600,000 = 3,156,000$ francs.

Si l'on compte enfin 100,000 francs par an pour l'augmentation de dépenses du bureau fédéral actuel des assurances, en raison de la surveillance à exercer sur les caisses reconnues et du concours consultatif fourni aux cantons, on trouve pour la Confédération une dépense annuelle totale de 3,256,000 francs, du fait de l'assurance-maladies.

Assurance contre les accidents.

Les rapports des inspecteurs des fabriques, le recensement industriel et la statistique du personnel des chemins de fer, des bateaux à vapeur et des postes montrent que les personnes sur lesquelles portera l'obligation à l'assurance (art. 38) sont actuellement au nombre d'environ 428,000 ; tenant compte de l'augmentation à venir de ce nombre, ainsi que des assurances facultatives (art. 84), nous basons nos calculs sur un total de 500,000 assurés. Un relevé fait par l'inspectorat des fabriques au sujet des salaires des victimes d'accidents, une statistique des salaires récemment élaborée pour la région de Winterthour par le secrétariat ouvrier, des enquêtes antérieures et l'étude des salaires à l'étranger nous permettent d'admettre comme gain annuel moyen des assurés une somme de fr. 1,039.24 (soit par jour environ fr. 3.63). Le total annuel du gain des assurés comporte donc 544,620,000 francs.

Un calcul actuariel montre, d'autre part, que pour fournir les indemnités prévues par notre projet, l'établissement doit percevoir une prime nette moyenne de 2,5 % du gain, faisant une somme de primes nettes de 13,615,500 francs. A cette somme, il y a lieu d'ajouter la moitié — à couvrir par les primes — des frais d'administration, devisés à 1,793,689 francs d'après les expériences allemandes et autrichiennes ; on obtient ainsi un total annuel de primes brutes de fr. 13,615,500 + 896,845 = 14,512,345, ce qui correspond à un taux moyen de primes brutes de 2,67 % du gain.

Pour le calcul des subsides fédéraux à ces primes, nous avons réparti les assurés en 30 groupes et adopté pour chaque groupe un gain moyen et un taux de primes moyen ; nous déterminons ainsi les primes journalières, du montant desquelles dépendent les subsides (art. 79). Ceux-ci atteignent 2,602,071 francs, soit environ 18 % des primes brutes.

La Confédération supporte en outre (art. 22) la seconde moitié des frais d'administration, par 896,845 francs, ainsi que les frais du tribunal des assurances (art. 89), que nous estimons, pour arrondir, à 91,084 francs. Sa contribution à l'assurance-accidents atteint ainsi $2,662,071 + 896,845 + 91,084 = 3,650,000$ francs.

Pour les deux assurances.

Maladies	fr.	3,256,000
Accidents.	>	3,650,000
	<u>Total fr.</u>	<u>6,906,000</u>

D'après le projet (art. 22), la Confédération supporte enfin les frais d'installation de l'établissement-accidents; nous estimons cette dépense unique à 200,000 francs.

* * *

Quant aux moyens de pourvoir aux dépenses des assurances, nous ne sommes pas encore en mesure de dire si, dans les années qui vont suivre, nos budgets disposeront de ressources suffisantes, ou s'il faudra se mettre à la recherche de nouveaux moyens financiers. La solution de cette question se dégagera de l'examen auquel se livre en ce moment notre Département des Finances sur les divers éléments de notre situation budgétaire et financière; les résultats de cet examen vous seront communiqués, avec nos propositions, dans un rapport spécial.

C. Partie spéciale.

Il nous reste maintenant à examiner le détail des dispositions de notre projet.

TITRE PREMIER.

Assurance contre les maladies.

A. Dispositions générales.

Art. 1. Nous n'avons rien à ajouter aux développements contenus dans la « partie générale », pages 231 à 242.

Art. 2. Voir, dans la partie générale, page 242, chiffre 1.

Art. 3. Voir la partie générale, p. 243 à 245, chiffres 2 et 3.

B. Caisses reconnues d'assurance contre les maladies.

Nous avons adopté le terme de « caisses reconnues », parce qu'il répond bien à l'idée d'une surveillance et d'une subvention.

Il convient en tout cas de ne pas reprendre le terme de « caisses inscrites », qui désignait dans la loi de 1899 (art. 190 et 191) des caisses libres participant au service de l'assurance obligatoire. Les caisses libres dont il s'agit aujourd'hui ne présentent pas cette caractéristique, et l'emploi du même terme ne saurait que prêter à confusion.

Art. 4. Voir la partie générale, p. 245 et 246.

Art. 5. » » » » , p. 247.

Art. 6. — La nécessité et les principes du libre-passage ont été exposés dans la partie générale, p. 247 à 253. Il nous reste à en examiner le détail :

Lettre a. — 1. La liberté de passage ne doit profiter qu'à des personnes déjà assurées depuis un certain temps ; c'est essentiellement pour des personnes de ce genre, dont l'âge a augmenté ou dont l'état de santé s'est altéré au cours d'une longue affiliation, qu'il importe de pouvoir librement — en cas de changement de situation — passer à une autre caisse. Il faut d'ailleurs empêcher l'abus facile consistant à s'affilier pour peu de temps

à une caisse, dans le seul but de forcer ensuite — à la faveur du libre passage — l'entrée dans une autre caisse en éludant ses conditions ordinaires d'âge et de santé.

2. Nous ajoutons que si l'affiliation présente une interruption de plus de deux mois, le temps d'affiliation antérieur à cette interruption ne sera pas compté. Ne doivent en effet bénéficier du libre-passage que des personnes fidèles à l'assurance-maladies aussi durant leurs périodes de santé; nous voulons éviter l'antisélection qui se produirait du fait que des assurés en bonne santé quitteraient leur caisse sans perdre pour autant, quand plus tard ils se sentiraient malades, le droit d'invoquer le libre-passage en vertu de leur affiliation antérieure.

Strictement, il conviendrait d'exiger une affiliation ininterrompue; si nous autorisons pourtant une interruption n'excédant pas deux mois, c'est pour laisser au passant, en cas de changement de situation, le temps matériellement nécessaire au règlement de sa nouvelle affiliation: une personne dont un changement de domicile, par exemple, entraîne de plein droit la cessation de son affiliation antérieure est trop occupée par ailleurs pour pouvoir, à l'instant même de son arrivée dans son domicile nouveau, s'y annoncer à une caisse-maladies.

Le double effet pratique de cette disposition ressort de l'exemple suivant: Une personne affiliée à la caisse A depuis plus de deux ans la quitte à fin décembre 1905; s'annonçant à la caisse B le 15 février 1906, soit dans les deux mois, elle a droit de libre-passage à cette caisse; dès fin juin 1906, soit avant d'avoir appartenu deux ans à la caisse B, la même personne doit la quitter; elle a droit de passer à la caisse C de son nouveau domicile, *nonobstant l'interruption de son affiliation* du 1^{er} janvier au 15 février 1906. Si au contraire l'affiliation avait été interrompue durant plus de deux mois à la sortie de la caisse A, la durée d'affiliation à cette caisse n'aurait pu être invoquée à l'appui d'un libre-passage aux caisses B ou C.

Voir, comme disposition transitoire, l'article 90.

3. L'affiliation antérieure peut avoir eu lieu *auprès d'une seule caisse ou successivement auprès de plusieurs*. On s'est demandé à ce propos s'il ne conviendrait pas de poser en outre la condition que l'assuré ait appartenu durant un certain temps, par exemple 8 mois, à la dernière caisse. On voudrait par là empêcher l'abus suivant: Une personne a été affiliée durant 3 ans (1900—1902) à la caisse A; elle a librement passé de cette caisse, le 1^{er} janvier 1903, à la caisse B; aussitôt elle tombe malade, et elle reçoit de

la caisse B des indemnités durant les 6 mois de janvier à juin 1908; la maladie continue, mais, attendu que la période statutaire maximum de 6 mois de secours est éconlée, la caisse B cesse ses prestations; *l'assuré se fait alors recevoir de la caisse C, à la faveur du libre-passage, pour bénéficier auprès de cette caisse d'une nouvelle période de secours.* Il s'agirait d'y parer, en pouvant opposer à cet assuré le fait qu'il n'appartient pas encore à la caisse B depuis 8 mois et qu'il n'aura droit de passer à la caisse C qu'après être resté à B au moins 2 mois encore, durant lesquels il subira une interruption de secours. A première vue, l'idée d'une disposition de ce genre paraît ingénieuse; mais, en y regardant de plus près, on voit que cette disposition n'empêcherait pas tout passage spéculatif d'une caisse à une autre; ainsi, dans notre exemple, il suffirait que les secours de la caisse B aient commencé — non pas dès l'entrée en janvier — mais seulement en mars, pour qu'à leur expiration en août l'assuré pût faire recommencer les secours, en passant librement à la caisse C grâce à une affiliation suffisamment longue à B. La disposition dont il s'agit n'atteindrait donc pas toujours son but; d'autres fois elle le dépasserait de beaucoup. Exemple: Un assuré a été affilié durant 10 ans à la caisse A, d'où il a librement passé à la caisse B; il n'a été à charge à aucune de ces caisses; *moins de 8 mois* après son passage de A à B, il est forcé de quitter la caisse B en raison d'un transfert de domicile; cet assuré n'aurait pas le droit de libre-passage à la caisse C de son nouveau domicile, *bien qu'il soit assuré depuis plus de 10 ans*; il perdrait entièrement le bénéfice de cette affiliation, étant replacé dans la même situation qu'une personne qui n'aurait encore jamais été assurée. — Les passages spéculatifs auxquels on voudrait parer seront du reste rares: il n'est guère probable que, dans le seul but de prolonger de quelques mois la durée des secours qu'il reçoit, un assuré se résolve chaque fois à transférer au loin son domicile ou à changer de profession ou d'attachement.

Lettre b. — 1. On a vu que le libre-passage doit être prévu pour le cas où un assuré change de domicile, de profession ou d'attachement. Pas n'e-t besoin que ce changement lui-même ait été indépendant de la volonté de l'assuré; mais *il faut que, du fait de ce changement, l'assuré soit obligé de quitter sa caisse actuelle.* Exemples: La liberté de passage doit profiter à une personne qui, par le fait qu'elle a — même spontanément — quitté Genève pour s'établir à Zurich, ne peut pas rester membre de sa caisse genevoise; la même liberté doit au contraire être refusée à cette personne si, malgré son départ — même obligé — de Genève, elle peut aux termes des statuts de la caisse genevoise rester membre de cette caisse. Ainsi il n'y aura pas à examiner la question souvent déi-

cate de savoir si *le changement* a été spontané ou obligé, et il est peu probable qu'un assuré change volontairement de domicile, de profession ou d'attachement, dans le seul but de pouvoir passer à une autre caisse. La liberté de passage dépendra par contre du fait pour l'assuré de devoir quitter sa caisse actuelle, à cause du changement intervenu; il n'y aurait aucune raison pour garantir la liberté de passage à l'assuré qui, malgré ce changement, peut demeurer affilié à sa caisse actuelle; bien plus, ce serait permettre à cette caisse de garder ses bons éléments, tout en s'entendant avec les mauvais pour qu'arguant de leur liberté de passage ils s'imposent à une autre caisse.

2. Est assimilé à une sortie obligée ensuite de changement de domicile, de profession ou d'attachement, le cas où un membre voit cesser son assurance par le fait que *sa caisse actuelle se dissout*; il convient, en cas pareil, que les membres de la caisse puissent se faire recueillir par une autre caisse reconnue; cette faculté encouragera à se dissoudre — pour leur plus grand bien — les caisses qui végètent ou dont la situation est précaire. Nous faisons également bénéficier du libre-passage l'assuré qui, même spontanément, *quitte sa caisse au moment où elle cesse d'être „reconnue“*; ici également, il faut faciliter leur départ aux membres d'une caisse qui probablement n'est guère solide et à laquelle ne profiteront plus à l'avenir ni surveillance ni subventions fédérales; si ces départs précipitent la décadence de la caisse, l'intérêt général ne saurait qu'y gagner.

3. Donnent seuls droit au libre passage, les cas de sortie ici énumérés; c'est ainsi qu'un assuré *expulsé* de sa caisse — par exemple pour défaut de paiement des cotisations ou pour mauvaise conduite — n'aura pas, en raison de cette sortie pourtant obligée, le droit de passer à une autre caisse.

Lettre c. — 1. En principe, le passant doit satisfaire aux conditions générales d'admission de la caisse nouvelle. Exemples: 1^o Pour pouvoir librement passer à la caisse locale de C., il faut que l'assuré ait son domicile dans le rayon fixé par les statuts de cette caisse. 2^o L'entrée dans une caisse de menuisiers ne pourra être revendiquée que par des menuisiers. 3^o Une personne non employée dans l'entreprise Y. ne pourra pas s'imposer à la caisse-maladies de cette entreprise.

Cette exigence va de soi; elle dérive des considérations pratiques, développées dans la partie générale du présent message (page 248, chiffre 2), en vertu desquelles ou ne saurait obliger une caisse à conserver un membre nonobstant un changement de domicile, de profession ou d'attachement; or, si l'on permet qu'un assuré

soit obligé de quitter sa caisse, parce qu'il cesse de remplir certaines conditions statutaires d'appartenance, on peut d'autant moins imposer cet assuré à une caisse vis-à-vis de laquelle il ne remplirait pas non plus ces conditions; si par exemple l'assuré a dû quitter la caisse locale de B., à cause du transfert de son domicile à D., — ou la caisse suisse des ferblantiers, parce qu'il était devenu maçon, — ou enfin la caisse de l'entreprise X. pour avoir passé à l'entreprise Z, on ne saurait l'imposer respectivement à la caisse de C., à celle des menuisiers ou de l'entreprise Y.

Sans doute, l'obligation pour le passant de remplir les conditions générales d'admission de la caisse nouvelle fera que certaines caisses resteront plus ou moins fermées au libre-passage. Il sera pourtant rare qu'un passant ne trouve *aucune* caisse tenue de le recevoir, attendu que, sous le régime de subventions institué par notre projet, des caisses locales ou régionales, ouvertes à tous les habitants de la localité ou de la région, ne manqueront guère de se fonder partout.

2. Nous introduisons deux *exceptions* importantes au principe suivant lequel le passant doit satisfaire aux conditions générales d'admission de la caisse nouvelle: ces deux exceptions concernent *l'âge et l'état de santé*. Si le passant était, aussi sur ces deux points, soumis aux mêmes conditions qu'un entrant ordinaire, le libre-passage n'aurait plus aucune valeur pratique; une personne qui remplit *toutes* les conditions d'admission sera en effet toujours volontiers accueillie, même sans qu'elle ait à se prévaloir d'un *droit* à être reçue, et c'est précisément pour les personnes âgées ou dont la santé n'est plus intacte que la liberté de passage a du prix.

En prévoyant entre autres la dispense d'un âge *minimum*, nous établissons un pont entre les caisses d'apprentis, les mutualités scolaires, etc. et les caisses d'adultes.

3. Convient-il d'exclure de la liberté de passage les membres *déjà malades*, ou de prévoir que pour *cette* maladie ils n'auront pas de droits contre la caisse nouvelle?

En adoptant la première solution, on devrait obliger la caisse antérieure à conserver le malade, malgré ses statuts imposant la sortie en raison du changement intervenu (de domicile, etc.); on en reviendrait ainsi au système dont nous avons, dans la partie générale du présent message (page 248, chiffre 2), montré les graves inconvénients.

D'autre part, en exonérant la caisse nouvelle de toute obligation du fait d'une maladie déjà existante lors du passage, on rétablirait pour le passant l'obligation de produire un certificat de santé. Les

personnes atteintes d'une maladie seraient privées en ce qui la touche du bénéfice de la liberté de passage et, quant aux personnes d'une santé simplement précaire, on ne manquerait pas de les déclarer malades; ainsi donc, la dispense de santé cesserait de fait précisément pour ceux auxquels cette dispense aurait été utile. Comme dans beaucoup de cas l'existence d'une maladie est chose très discutable, de même que plus tard le rapport entre une incapacité de travail et telle maladie antérieurement constatée, on irait au-devant d'une foule de contestations pénibles entre l'assuré et la caisse nouvelle.

Il vaut donc mieux ne pas faire d'exceptions pour les personnes déjà malades, d'autant moins que les changements de domicile, précisément durant une maladie, sont plutôt rares; actuellement déjà et sans avoir à s'en plaindre, 104 caisses appenzelloises et saint-galloises, avec 24,000 membres, prévoient entre elles la liberté de passage même pour leurs assurés malades.

Rien n'empêchera du reste une caisse de statuer, comme en général en matière de double assurance, qu'elle ne fournira pas au passant de prestations pour une maladie qui — existant déjà lors de la sortie de la caisse antérieure — ferait encore l'objet de prestations de cette caisse.

Lettre d. — La liberté de passage ne saurait être revendiquée par une personne qui continuerait à être membre d'une ou plusieurs autres caisses-maladies (suissees ou étrangères, reconnues ou non). La double assurance, quand l'assuré se voit garantir pour le cas de maladie un total de prestations supérieur à son gain ordinaire, constitue un danger pour les caisses intéressées, à cause de la plus forte tentation de simulation qui s'offre à l'assuré; il ne convient pas d'exposer à ce danger la caisse nouvelle; le double-assuré est d'ailleurs, par le fait de ses autres assurances, dans une situation qui rend pour lui la liberté de passage moins nécessaire que pour un assuré simple; s'il tient à bénéficier du libre-passage, il lui suffira de résilier ses autres assurances.

Comme il est pratiquement impossible de fournir la preuve d'un fait négatif tel que la non-existence d'une autre assurance, toute caisse nouvelle entendant se prévaloir de la lettre *d* devra exiger du passant une déclaration de non-affiliation à une autre caisse, en se réservant expressément — pour le cas où cette déclaration se révélerait inexacte — le droit d'expulser l'assuré ou de lui refuser des prestations.

Alinéa 2. — 1. Cet alinéa consacre simplement une application spéciale du principe posé sous lettre *c*, suivant lequel le pas-

sant doit remplir les conditions générales d'admission de la caisse nouvelle: nous statuons ici l'obligation pour le passant de payer à cette caisse les mêmes contributions que celles généralement exigées d'un entrant du même âge. Ce serait en effet causer la ruine des caisses sérieuses que d'accorder par exemple au passant le droit de continuer simplement à payer, à la caisse nouvelle, une contribution qui était déjà insuffisante au temps de son affiliation à l'ancienne caisse ou qui l'est devenue pour l'âge actuel d'entrée. La contribution nécessaire et exigible dépend des risques que l'assuré apporte en raison de son âge actuel, et il est en soi indifférent à la caisse nouvelle que le passant n'ait encore jamais été assuré ou qu'il l'ait été durant 20 ans, mais à d'autres caisses; la caisse nouvelle n'est pour rien non plus dans le fait que le passant doit quitter sa caisse antérieure. Ainsi donc, si une caisse applique en général un tarif graduant les taux de contributions suivant les âges d'entrée — ce qui est seul exact —, elle pourra exiger le paiement des contributions fixées par ce tarif pour l'âge actuel du passant; ce sera déjà de la part de la caisse une faveur faite au passant que de le recevoir à ces conditions, sans stage ni acceptation de santé, alors que les contributions fixées au tarif s'entendent généralement de personnes qui fournissent un certificat de santé et qui doivent encore subir une période de stage. Si d'autre part la caisse nouvelle applique généralement des contributions insuffisamment graduées suivant les âges d'entrée, et si l'admission d'un passant déjà âgé lui est ainsi onéreuse, elle ne saurait s'en prendre qu'à elle-même de cette perte; afin d'y parer à l'avenir, elle se décidera — pour son plus grand bien — à graduer convenablement ses contributions en général.

2. Du moment que l'on doit, comme nous venons de le voir, autoriser la caisse nouvelle à percevoir du passant les contributions payables par un entrant ordinaire du même âge, le même principe doit trouver son application en ce qui touche la finance d'entrée. Cette finance n'est en effet qu'une contribution, payée une fois pour toutes au lieu de l'être périodiquement. Exemple: Pour l'assurance d'une somme de 1 franc par jour de maladie, avec durée de secours de 1 an, une caisse devrait percevoir annuellement fr. 7.05 d'un entrant âgé de 20 ans et fr. 8.23 d'un entrant âgé de 30 ans. Mais si elle se contente de contributions de fr. 7.05 aussi de la part de l'entrant de 30 ans, il est nécessaire qu'elle exige de ce dernier, en complément de ses contributions, une finance d'entrée de fr. 21.72. Cette finance représente exactement l'insuffisance des contributions, de fr. 1.18 (8.23—7.05); c'est dire qu'en percevant de l'entrant de 30 ans des contributions de fr. 7.05 et une finance d'entrée de fr. 21.72, la caisse ne

fait qu'exige, sous une autre forme, les contributions annuelles nécessaires de fr. 8. 23.

Cet exemple suffit à montrer que le fait de traiter le passant comme un entrant ordinaire du même âge est aussi légitime en ce qui touche la finance d'entrée que les contributions.

On a cependant proposé de dire que, lorsqu'un passant aurait déjà payé une finance d'entrée à une autre caisse reconnue, le montant en serait déduit de la finance prévue par les statuts de la caisse nouvelle; nous avons écarté par les motifs suivants l'idée d'une disposition de ce genre: La caisse nouvelle n'est pour rien dans le fait qu'après avoir payé à une caisse antérieure une finance d'entrée qui devait pour la vie entière de l'assuré compenser l'insuffisance de ses contributions, l'assuré doit quitter cette caisse sans obtenir de remboursement. Il serait purement arbitraire à l'égard de la caisse nouvelle, étant donné par exemple deux passants du même âge et dont l'assurance implique exactement les mêmes charges pour cette caisse, de ne lui laisser percevoir — à côté de contributions identiques — qu'une finance d'entrée de 5 francs au lieu de 25 de la part du passant qui a déjà payé ailleurs une finance de 20 francs, et une finance de 20 francs de la part de celui qui a déjà payé ailleurs 5 francs. On ne saurait non plus arguer d'une prétendue compensation entre caisses, que la pratique ne réaliserait nullement.

Les finances d'entrée fixées par les statuts sont du reste en général impuissantes à corriger l'insuffisance des contributions des entrants âgés, dans les caisses à contributions uniformes; pour une simple assurance de 1 franc par jour de maladie, si la même contribution (fr. 7. 05 par an) est perçue de tous les assurés, sans distinction d'âge d'entrée, la finance d'entrée devrait varier de 0 à fr. 67. 69 pour les âges de 20 à 45 ans; or les finances d'entrée se meuvent généralement dans des limites beaucoup plus étroites; c'est dire que, *même en percevant l'entier de la finance*, la plupart des caisses éprouveront une perte du fait des passants âgés. Une autre perte résultera déjà de l'admission des passants de tous âges, sans stage ni acception de santé, moyennant les mêmes finances d'entrée que pour les entrants ordinaires des mêmes âges, alors que ces finances s'entendent généralement de personnes qui fournissent un certificat de santé et qui doivent encore subir une période de stage.

Alinéa 3. — Également au point de vue des *prestations assurées* par la caisse nouvelle, le passant ne peut prétendre qu'à être traité exactement comme les autres assurés de la caisse, c'est-à-dire qu'à se faire garantir des prestations de mêmes nature et montant. S'il en était autrement, la caisse serait obligée de créer pour le passant

une nouvelle catégorie d'assurés, ce qui ne manquerait pas de compliquer son administration; telle caisse, du reste, dont toutes les prestations ont jusque-là consisté en espèces, ne serait pas organisée pour fournir au passant par exemple les soins médicaux en nature; pour telle autre petite caisse, l'assurance de prestations d'un haut montant — que pouvait endosser une caisse antérieure plus solide ou suffisamment réassurée — présenterait un risque trop considérable. Enfin, il est évident que si les prestations garanties au passant n'étaient pas de même valeur que celles assurées aux autres membres de la caisse, les contributions devraient aussi être différentes; qui fixerait ces contributions, à défaut d'entente?

Alinéa 4. — On a vu sous lettre c (page 314) que, sauf en ce qui touche l'âge et l'état de santé, le passant devra remplir les conditions générales d'admission de la caisse nouvelle. Si donc une caisse ne reçoit en général que des personnes appartenant à tel parti politique ou à telle confession religieuse, non seulement elle pourra néanmoins être reconnue et subventionnée, mais un passant n'aura droit d'être reçu par elle que s'il appartient au parti ou à la confession en question.

L'alinéa 4 statue qu'en revanche, si une caisse oppose à l'admission de passants des conditions de nature politique ou confessionnelle, ses membres n'auront pas libre passage à une autre caisse. Il est juste qu'une caisse de ce genre ne bénéficie pas, dans la personne de ses membres, d'un droit dont elle-même croit devoir refuser le bénéfice à autrui.

Art. 7. Voir la partie générale, page 253, chiffre 1.

Art. 8. — 1. Les principes de cet article ont déjà été traités dans la partie générale, pages 253 à 256, chiffres 2 à 4.

2. Du fait que les caisses reconnues devront assurer « aux mêmes conditions » les personnes de l'un et de l'autre sexe, c'est-à-dire ne faire aucune acception de sexe, il résulte que les femmes seront traitées *exactement* comme les assurés hommes; comme ces derniers, elles devront remplir pour leur admission les conditions statutaires de domicile, de santé, d'âge, etc., elles subiront un stage et jouiront du libre-passage; elles paieront les mêmes contributions et, dans les caisses dont les prestations dépendent de l'âge, du salaire, etc., ces distinctions s'appliqueront aussi aux assurées femmes.

3. Il ne nous paraît pas nécessaire d'interdire aux caisses de considérer l'état de grossesse d'une femme lors de sa demande d'affiliation comme un défaut de santé; c'est là un cas particulier, dont il vaut d'autant mieux abandonner le règlement à chaque

caisse, que la grossesse implique la perspective déjà certaine d'un accouchement pour lequel la caisse pourrait devoir fournir des prestations (art. 11); si les caisses étaient obligées de recevoir une femme malgré sa grossesse, il faudrait porter à 9 mois au moins le stage spécial prévu à l'article 11. Il va d'ailleurs sans dire que l'état de grossesse, pas plus qu'un défaut quelconque de santé, ne pourra être opposé à une femme jouissant du libre-passage.

4. Obligant les caisses reconnues à assurer des femmes, il est logique de refuser aussi la reconnaissance aux caisses qui n'assureraient que des femmes. Actuellement déjà, les caisses-maladies exclusivement féminines ne jouent qu'un rôle fort effacé; on en compte 74 avec 14,034 membres; elles doivent en général leur fondation au fait qu'aucune caisse de la même région ne consentait à assurer des femmes.

Art. 9. Voir dans la partie générale, page 260, chiffre 8.

Art. 10. — 1. Les principes de cet article sont traités dans la partie générale, pages 257 à 260, chiffres 1 à 7, et pages 261 à 263, chiffres 9 et 10.

2. Les assurés « ayant droit aux prestations » sont ceux qui ont subi le stage prescrit (art. 9) ou qui en sont dispensés (art. 6).

3. Ainsi qu'il ressort du texte même de l'article 10, les caisses reconnues devront fournir le *minimum fixé de l'un au moins des deux genres* de prestations (nature ou espèces); exemple: une caisse ne sera pas autorisée à fournir des médicaments (à l'exclusion du médecin) et une indemnité de chômage de 80 centimes, aucune de ces prestations n'atteignant dans son genre le minimum légal.

4. Le minimum exigé d'indemnité de chômage s'entend du cas d'une « incapacité totale de travail »; la plupart des caisses prévoient avec raison une réduction proportionnelle de l'indemnité, quand l'incapacité n'est que partielle.

Art. 11. — 1. La raison d'être de cet article se trouve exposée dans la partie générale du présent message (pages 263 à 266, chiffre 11).

2. De même que la loi de 1899 (art. 72), nous établissons ici un stage spécial de 6 mois. Mais, tandis que la loi de 1899 exigeait une affiliation antérieure *ininterrompue* de 6 mois à la même caisse, nous nous contentons d'une affiliation de 6 mois, sans interruption excédant 2 mois, « à une ou diverses caisses reconnues »; ce sont les mêmes principes qu'en matière de libre-passage (art. 6, lettre a). Comme disposition transitoire, voir l'article 90.

3. *L'alinéa 2* traite de l'accouchée qui, redevenue physiquement capable de travail, « se trouve encore légalement empêchée de reprendre l'exercice de sa profession ». C'est notamment le cas d'une ouvrière de fabrique, accouchée depuis moins de 6 semaines (loi de 1877, art. 15) ; mais d'autres cas peuvent résulter par exemple d'une législation cantonale sur la police du commerce et des métiers (travail dans les ateliers de confection, les restaurants, etc.).

4. Instituant des prestations en faveur de la femme légalement empêchée de reprendre sa profession *après ses couches*, nous aurions dû logiquement faire de même en faveur de la *femme enceinte* que la loi exile du travail ; telle est l'ouvrière de fabrique, durant les deux dernières semaines de sa grossesse. Nous n'avons toutefois rien statué quant aux femmes enceintes, vu que la disposition qui les concerne, dans la loi sur les fabriques, est restée à peu près lettre morte et disparaîtra probablement lors d'une révision prochaine de cette loi ; les inspecteurs des fabriques, dans leur rapport du 31 décembre 1904 accompagnant le projet d'une nouvelle loi, s'expriment à ce sujet comme suit (page 36) :

« Nous renonçons à adopter cette dernière prescription (interdiction d'emploi durant les deux dernières semaines de la grossesse) qui s'est montrée en général inexécutable, car souvent les personnes enceintes elle-mêmes ne peuvent pas fixer d'avance le jour de leurs couches. Au point de vue médical, sans doute, les femmes enceintes devraient renoncer au travail de fabrique quelques semaines déjà avant leur accouchement. Mais les ouvrières enceintes qui, éprouvant des malaises, jugeront nécessaire de quitter la fabrique, en recevront certainement la permission, même en l'absence de toute disposition ordonnant de cesser le travail avant les couches. »

Les inspecteurs des fabriques proposent par contre le maintien de la disposition statuant que « le Conseil fédéral désignera les branches d'industrie dans lesquelles les femmes enceintes ne peuvent être admises à travailler (voir l'arrêté du Conseil fédéral du 13 décembre 1897, *R. O.*, n. s., XVI. 401). Mais cette disposition n'empêche pas d'employer des femmes enceintes, *dans la même fabrique, à d'autres travaux* que ceux prohibés et elle n'entraîne donc guère, pour une femme enceinte, l'exclusion de la fabrique.

Art. 12. — 1. Nous avons déjà motivé cet article dans la partie générale du présent message (page 206, chiffre 1).

2. Deux cas sont possibles : une caisse, fournissant *en nature* à ses assurés malades les soins médicaux et les médicaments, établit des tarifs suivant lesquels elle paiera les médecins et pharmaciens ; ou bien, au contraire, une caisse qui verse à ses assurés une indemnité de chômage *en espèces* convient d'autre part, avec des médecins ou pharmaciens, de la rémunération moyennant laquelle *les assurés* pourront se procurer les soins et les médicaments. Notre disposition est applicable aux deux cas.

3. En vue des recours qui lui seront adressés, le Conseil fédéral établira des normes pour la rémunération des services médicaux ; il s'entourera à cet effet de l'avis d'experts et de représentants des caisses. L'établissement de ces normes aura lieu « en tenant compte des circonstances locales », soit notamment de la cherté de la vie dans les diverses régions, du parcours nécessité par une visite médicale, etc.

Art. 13. Voir la partie générale, page 266, chiffre 2.

Art. 14. — 1. La loi de 1899 (art. 16 et 192) n'accordait de plein droit la *personnalité civile* qu'aux caisses publiques et aux caisses libres inscrites ; nous ne voyons pas d'inconvénients à reconnaître ici la personnalité à toutes les caisses subventionnées. Cette disposition se traduit en pratique par la dispense de se faire inscrire au registre du commerce en vertu de l'article 678 du code des obligations ; tout en jouissant de la personnalité civile, une caisse-maladies reconnue ne sera ainsi, vu l'article 39 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes, pas sujette à la poursuite par voie de faillite.

2. L'article 688 du code des obligations prévoit que « les statuts peuvent exonérer les sociétaires de toute *responsabilité personnelle* quant aux engagements de l'association et déclarer que ces engagements seront uniquement garantis par les biens de l'association ». Mais cette exonération présuppose une inscription au registre et une publication y relative dans la feuille officielle du commerce (art. 680 et 681 du code) ; du moment donc qu'on entend dispenser de l'inscription les caisses reconnues, en leur accordant de plein droit la personnalité civile, il convient de statuer pour elles que — de plein droit aussi — leurs membres seront exonérés de toute responsabilité personnelle quant aux engagements de la caisse. Pour le cas toutefois où une caisse reconnue tiendrait à instituer cette responsabilité, nous en avons ménagé la possibilité.

3. Les alinéas 2 et 3 prononcent en faveur des caisses reconnues l'*exemption d'impôts* (y compris celui du timbre). Seule, la « fortune immobilière non directement affectée au service de la

caisse » demeure imposable, suivant les dispositions cantonales sur la matière; il s'agit ici, par exemple, d'un immeuble de rapport dans lequel une caisse aurait investi ses réserves.

L'exemption d'impôts, de même que la franchise postale, avait été refusée à toutes les caisses libres par le projet de 1896 du Conseil fédéral (F. féd. 1896, I, 248, dernier alinéa); la loi de 1899 (art. 192) ne l'accordait — en raison de leur analogie avec des caisses publiques — qu'aux caisses libres inscrites, participant au service de l'assurance obligatoire. Nous faisons aujourd'hui un pas de plus, en statuant l'exemption d'impôts pour toutes les caisses libres subventionnées, soit reconnues; les caisses tiennent fort à cette exemption, qui représente pour elles une satisfaction de principe, un hommage rendu à leur caractère d'utilité publique: il n'y a vraiment rien d'excessif à ce que les cantons donnent au moins sous cette forme un encouragement à l'assurance-maladies. L'exemption sera du reste sans portée financière appréciable pour les cantons, attendu qu'en 1903 les impôts perçus de toutes les caisses-maladies, y compris l'impôt immobilier qui pourra subsister, n'ont atteint au total que 3,193 francs.

4. Nous ne croyons pas, en revanche, devoir accorder aux caisses reconnues la *franchise postale*; la loi de 1899 (art. 192) avait fini par l'octroyer aux seules caisses libres inscrites. La franchise postale donne déjà lieu à beaucoup d'abus, et il devrait plutôt être question d'en restreindre que d'en étendre l'application.

Art. 15. — 1. Cet article a simplement pour but d'exclure, en des matières de droit privé, toute juridiction de l'autorité fédérale de surveillance: il correspond à l'art. 13 de la loi de 1885 sur la surveillance des entreprises d'assurance; le même régime résultait, pour les caisses libres, de l'art. 205 de la loi de 1899.

Rien n'empêchera du reste la législation cantonale ou — en ce qui touche les contestations avec leurs membres — les caisses elles-mêmes de déroger au principe de la juridiction ordinaire.

2. Par l'alinéa 2, la compétence du *tribunal des assurances* demeure réservée quant aux contestations qui pourraient s'élever entre une caisse reconnue et l'établissement-accidents; la loi de 1899 (art. 315, lettre *g*) prévoyait aussi, en la même matière, la compétence de ce tribunal.

Art. 16. — 1. A cet article correspondait, dans la loi de 1899, l'alinéa 1^{er} de l'art. 200.

2. On a vu à l'article 6, lettre *b*, qu'en cas de dissolution d'une caisse reconnue, ou de perte par elle de sa qualité, les mem-

bres de cette caisse — s'ils sont assurés depuis au moins deux ans — jouiront du *libre-passage* à une autre caisse reconnue.

Art. 17. — 1. Il faut évidemment réprimer la violation par une caisse des conditions de sa reconnaissance. Cette sanction consiste en première ligne en une amende, de 100 francs au maximum. La loi de surveillance de 1885, sur les sociétés d'assurance, prévoit en cas pareil une amende allant jusqu'à 1000 francs (art. 10); la loi de 1899 (art. 216 et 185) s'en remettait sur ce point, pour les caisses libres, aux dispositions pénales d'une ordonnance d'exécution.

En cas de violation persistante, le Conseil fédéral prononcera le retrait de la reconnaissance (alinéa 2).

2. L'alinéa 3 forme la contre-partie nécessaire de l'article 5 : la reconnaissance doit être retirée à une caisse qui cesse d'offrir la sécurité voulue. La loi de surveillance de 1885 contient à son article 9, alinéa 2, une disposition analogue.

Art. 18. Cet article, repris de la loi de 1899 (art. 200, dernier alinéa), a pour but de donner à la renonciation ou au retrait un effet d'une durée suffisante. Autrement, une caisse reconnue qui ne voudrait pas déférer à telle exigence de l'autorité de surveillance (par exemple pour le redressement d'un compte annuel) n'aurait qu'à renoncer à la reconnaissance, quitte à la requérir de nouveau peu après. Il faut du reste obtenir une certaine stabilité dans l'état des caisses reconnues.

C. Subsidés fédéraux.

Art. 19. — 1. Les *alinéas 1^{er} et 2* ont été traités dans la partie générale, pages 271 à 276.

2. L'*alinéa 3* vise le cas de double assurance ou d'assurance multiple, c'est-à-dire d'affiliation à plus d'une caisse reconnue.

L'assurance multiple offre un danger pour les assurés, quand il y a sur-assurance, c'est-à-dire que l'assuré se voit garantir pour le cas de maladie un total de prestations supérieur à son gain ordinaire; l'assuré est alors particulièrement tenté par la simulation, qui constitue la plaie des caisses-maladies. L'assurance multiple fournit en outre un moyen d'é luder la dégressivité du subside fédéral: plutôt, par exemple, que de s'assurer pour 2 francs d'indemnité de chômage à une seule caisse et de bénéficier d'un subside annuel de fr. 5.48, on préférera s'assurer pour 1 franc chaque fois à deux caisses différentes, afin de toucher

deux subsides de fr. 3.65 chacun, soit au total fr. 7.30. A vrai dire, cet abus était plus à craindre encore sous le régime de la loi de 1899 (art. 78), puisque les deux subsides du double-assuré étaient ensemble de 100 % — et non seulement de 50 % — supérieurs au subside simple qu'il aurait obtenu en s'assurant pour le même montant total à une seule caisse (7,30 au lieu de 3.65).

Il faut d'autre part reconnaître que l'assurance multiple n'implique pas nécessairement une sur-assurance, et qu'elle se justifie quand une seule assurance serait tout à fait impuissante à couvrir le dommage de maladie; inversement, il peut y avoir sur-assurance même sans assurance multiple.

Nous ne croyons pas que notre projet doive statuer des interdictions touchant l'assurance multiple ou la sur-assurance. C'est là une matière dont le règlement appartient à chaque caisse, le plus directement intéressée et le mieux placée pour adopter les solutions convenant à ses besoins; la loi de 1899 se désintéressait ausi du cas d'affiliation à plusieurs caisses libres. Il est par contre indiqué, pour empêcher qu'on n'élude la dégressivité du subside, de reprendre une disposition du projet de 1896 (art. 177, alinéa 2), statuant qu'en cas d'assurance multiple *le subside fédéral ne sera payé qu'à la caisse dont l'assuré se trouvera membre depuis le temps le plus long.*

Sans doute, l'application stricte de cette disposition présentera des difficultés. Pour constater les cas d'assurance multiple, dont la fréquence actuelle est impossible à déterminer, il faudrait se procurer, tenir à jour et comparer constamment entre eux les états nominatifs de toutes les caisses reconnues; la comparaison ne pourrait se limiter à des caisses de la même localité, car une même personne peut être assurée dans des localités diverses; si deux états présentaient les mêmes noms, on devrait encore voir qu'il ne s'agisse pas d'homonymes. L'utilité de tout ce travail, soit l'économie de subsides qu'il procurerait à la Confédération, ne serait guère en rapport avec le surcroît de frais de surveillance qui en résulterait. On pourrait peut-être obliger, sous certaines sanctions pénales, les assurés et les caisses elles-mêmes à aviser de toute assurance multiple l'autorité de surveillance; mais nous voulons éviter cette prescription, en raison de son apparence inquisitoriale.

Si imparfaite que puisse être son application, le principe d'exclusion d'un double subside doit figurer dans la loi; des recherches pourront avoir lieu, à titre d'épreuves, au cas où l'on soupçonnerait des abus considérables; les cantons seront incités, par leur responsabilité éventuelle (alinéa 4), à combattre ces abus.

Enfin, si plus tard l'expérience fait éprouver le besoin de dispositions plus complètes, il sera temps de les introduire.

3. Pour l'*alinéa 4*, voir la partie générale, page 245, chiffre 4.

4. L'*alinéa 5* est repris de la loi de 1899 (art. 78, dernier alinéa).

Art. 20. Voir la partie générale, page 276.

TITRE DEUXIÈME.

Assurance contre les accidents.

A. Etablissement suisse d'assurance contre les accidents.

Voir la partie générale de ce message, pages 288 à 296.

Art. 21. La *personnalité civile* était également accordée à l'assureur-accidents par la loi de 1899 (art. 218); elle s'impose davantage encore sous le régime d'autonomie que nous instituons. L'octroi de la personnalité de plein droit entraînera pour l'établissement la dispense de se faire inscrire au registre du commerce en vertu de l'article 678 du code des obligations; vu l'article 39 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes, l'établissement ne sera ainsi pas soumis à la poursuite par voie de faillite.

Art. 22. — 1. La loi de 1899 (art. 223) mettait à la charge de la Confédération les frais d'installation de l'établissement et la totalité de ses frais d'administration; nous prévoyons, quant à ces derniers, que la Confédération n'en supportera que *la moitié*. C'est là une conséquence logique de l'autonomie reconnue à l'établissement; du moment, par exemple, que les employés ne seront plus nommés par le Conseil fédéral mais bien par les organes de l'établissement lui-même, il fut que l'établissement soit intéressé à l'économie de ces frais et que pour cela il en supporte une partie.

2. Il n'y a plus lieu de prévoir ici, comme la loi de 1899 (art. 223, alinéa 2), le subventionnement par la Confédération des institutions de premiers secours aux blessés, et des collections touchant la prévention des accidents. Le premier de ces points a en effet été réglé par l'arrêté fédéral du 25 juin 1903, concernant les secours volontaires aux malades et blessés en temps de guerre (R. O. n. s., XIX. 668 et 780); le second, soit le subventionnement des musées-collections de Zurich et de Lausanne, fait l'objet

d'un crédit porté au budget fédéral sous la rubrique de l'inspectorat des fabriques.

Art. 23 et 24. Analogues à la loi de 1899 (art. 220, 221 et 278).

Art. 25 à 27. Voir la partie générale, page 294, lettre *a*.

1. Quant au nombre des conseillers d'administration, il convient de laisser une certaine marge pour pouvoir tenir compte des expériences qui auront été faites. Un total de 40 conseillers permettra soit aux employeurs soit aux assurés d'élire des représentants des divers genres d'industrie.

2. On admettra qu'en vertu de l'article 83 les assurés obligés fournissent $\frac{1}{4}$ des primes payées par leurs employeurs.

3. Il paraît utile d'attribuer au conseil un droit de *décision* et non plus seulement de *proposition* (art. 234, lettre *d*, de la loi de 1899) en ce qui touche le « tableau de couverture des rentes » ; celui-ci indique, suivant l'âge du rentier, le montant du capital à porter au bilan de l'établissement, comme contre-valeur de chaque rente.

Art. 28. Les agents sont les organes de l'établissement dans la périphérie ; ils encaissent les primes, reçoivent les avis, surveillent les sinistrés, font les enquêtes et les règlements de sinistres, le tout suivant les instructions qu'ils ont reçues. Ce sont des fonctions analogues à celles des « agents » ou des « inspecteurs » des sociétés privées.

Il n'est pas opportun de poser ici des règles touchant l'étendue territoriale, le siège, la composition, etc. de chaque agence ; les agents en effet ne seront *que des employés de l'établissement*, détachés dans les diverses parties de la Suisse. Ce qui importe au public c'est d'avoir, par l'intermédiaire des agents, l'établissement à sa portée ; il faut donc varier suivant les circonstances l'organisation des agences, et la fixation dans la loi de règles uniformes l'empêcherait précisément.

Art. 29. Voir la partie générale, page 295, lettre *b*.

Art. 30. Voir la partie générale, page 296, lettre *c*.

Art. 31. A propos du mode d'élection du conseil d'administration (page 295, sous lettre *a*), nous avons déjà montré qu'il convenait de s'en remettre à une ordonnance du Conseil fédéral, touchant l'organisation de détail soit le ménage intérieur de l'établissement. Cette ordonnance s'inspirera du principe général d'autonomie ; elle répartira les compétences entre les divers organes de

l'établissement et pourra réserver au Conseil fédéral une influence sur tels ou tels points ; par exemple, elle réglera la question de savoir à qui, de la direction ou du conseil d'administration, il appartiendra d'établir de nouvelles agences, avec ou sans approbation du Conseil fédéral. L'attribution à la Confédération d'une certaine influence sur le ménage intérieur de l'établissement se justifie par le fait que c'est la Confédération qui supportera la moitié des frais d'administration (art. 22).

Art. 32. Sauf en ce qui touche les membres de la direction, nous renonçons à prévoir la nomination par le Conseil fédéral du personnel de l'établissement; nous tenons ainsi compte du principe d'autonomie, tout en évitant d'augmenter l'effectif des fonctionnaires fédéraux.

Il n'en reste pas moins nécessaire de soumettre les directeurs, administrateurs et employés de l'établissement aux règles de responsabilité pénale instituées par le code pénal fédéral pour des fonctionnaires publics; le caractère officiel de l'établissement exige en effet que certains actes de son personnel — par exemple le fait de se laisser corrompre — soient réprimés pénalement, par des sanctions uniformes pour toute la Suisse, alors que ces mêmes actes ne donneraient pas lieu à répression pénale s'ils étaient commis par le personnel d'un assureur ordinaire.

B. Concours des caisses reconnues d'assurance contre les maladies.

Voir la partie générale, page 297, chiffre 7.

Art. 33. — 1. Le service d'agence ne pourra être remis à une caisse, sauf entente spéciale, que *pour le territoire auquel s'étend son activité habituelle*; c'est en effet seulement sur ce territoire que la caisse a les organes nécessaires; lui imposer le rôle d'agence pour un territoire plus vaste serait l'obliger à modifier son organisation.

2. Il ne saurait en revanche être question de ne prévoir la remise à une caisse du service d'agence qu'en ce qui touche les assurés-accidents *membres de cette caisse* pour l'assurance-maladies. Une pareille restriction, du reste injustifiée, serait très fâcheuse et onéreuse pour l'établissement: elle le plierait dans la nécessité d'avoir, à côté de la caisse, une agence proprement dite, exclusivement chargée des assurés-accidents *non* membres de la caisse-maladies; cette restriction engagerait aussi telles caisses, désireuses

de se soustraire au service d'agence, à repousser systématiquement comme membres les assurés-accidents.

3. La remise d'une agence à une caisse reconnue ne constituant qu'une simple *faculté* pour l'établissement, celui-ci pourra, dans les limites de l'article 33, fixer à sa convenance l'étendue soit la nature du mandat donné par lui : il sera libre de ne confier à une caisse qu'une *partie* des services prévus par la loi, de se réserver le droit de *révoquer* son mandat, ainsi que de fixer les cas dans lesquels la caisse devra en *référer* à l'établissement.

Art. 34. — 1. Les observations faites à propos de l'art. 33, sous chiffres 1 et 2, s'appliquent ici par analogie.

2. Nous fixons à *six semaines* la durée d'incapacité de travail réassurée auprès des caisses-maladies ; la loi de 1899 admettait la même durée, pour l'imposition à l'assurance-maladies des suites d'accidents (art. 247). L'expérience montre qu'un accident entraînant une incapacité de travail de plus de 6 semaines a toutes chances de laisser des suites permanentes (invalidité) ; il devrait ainsi de toute façon être traité plus tard par l'établissement lui-même. Au reste, les accidents réassurés auprès des caisses leur imposeront la prestation d'indemnités de chômage sensiblement supérieures à celles qu'elles fournissent généralement à leurs assurés-maladies ; cette prestation ne saurait donc, même contre une prime de réassurance correspondante, être mise trop longtemps à la charge des caisses. Déjà avec une durée réassurée de 6 semaines, 83 % des accidents — guéris à l'expiration de cette durée — n'auront pas besoin d'être traités par l'établissement (voir « Materialien zu den Gesetzentwürfen betr. Kranken- und Unfallversicherung », par le Dr Moser, 1893, graphique n° 5) ; il en résultera pour lui une très sensible simplification de gestion.

Art. 35. La fixation des commissions d'agence et des primes de réassurance doit appartenir à une autorité impartiale ; les parties intéressées, soit la direction de l'établissement et les caisses-maladies, seront entendues lors de cette fixation. Le tarif de réassurance pourra être modifié, si l'expérience d'une certaine période montre que la charge relative due aux petits accidents est, pour telle ou telle profession, différente de celle qu'on avait prévue.

Art. 36. En cas d'accident réassuré, la caisse-maladies jouera un double rôle, d'agent et de réassureur : à titre de réassureur, elle fournira les soins médicaux et l'indemnité de chômage à son *propre compte* ; mais, vis-à-vis de l'assuré ou de ses ayants cause, elle apparaîtra comme un agent de l'établissement. Les rapports de

réassurance existant entre la caisse et l'établissement sont en effet étrangers aux assurés.

De là résulte naturellement (alinéa 2) que, s'il y a doute ou contestation sur les prestations à fournir, la caisse-maladies doit demander et observer les instructions de l'établissement; cette conséquence est conforme au principe de réassurance suivant lequel c'est au réassuré et non point au réassureur qu'il appartient de se déterminer vis-à-vis de l'assuré.

Art. 37. Analogue aux art. 250 et 251, alinéa 2, de la loi de 1899.

Si la caisse réassurante applique au lésé un traitement que l'établissement estime défectueux, ou si le lésé a besoin d'un traitement spécial (gymnastique médicale, hydrothérapie, etc.) que la caisse n'est pas en situation de lui fournir, l'établissement possède un intérêt considérable à se charger immédiatement du traitement, pour empêcher que l'incapacité de travail se prolonge au-delà de six semaines ou qu'elle aboutisse à l'invalidité ou au décès. Ces éventualités laissent au contraire la caisse-maladies indifférente, puisque le risque supporté par elle en vertu de la réassurance ne comprend que l'incapacité passagère de travail, et qu'à l'expiration de six semaines les prestations cessent en tout cas d'être aux frais de la caisse.

C'est pourquoi nous donnons à l'établissement le droit de se substituer à la caisse, déjà durant la période réassurée; il est tout naturel que, dans ce cas, la caisse doive rembourser le coût des prestations qui étaient à sa charge et dont elle a d'avance touché le prix sous forme de primes de réassurance.

C. Assurance obligatoire.

I. Personnes tenues à l'assurance.

Art. 38. Voir la partie générale, page 284, chiffre 3.

Alinéa 1. Les entreprises de chemins de fer, de bateaux à vapeur et la poste sont actuellement soumises à responsabilité par la loi du 28 mars 1905, remplaçant celle du 1^{er} juillet 1875. La responsabilité des fabricants fait l'objet de la loi du 25 juin 1881. Quant aux entreprises mentionnées sous chiffres 3 et 4 de notre article 38, elles sont soumises à la même responsabilité que les fabriques, en vertu de la loi du 26 avril 1887.

Voulant appliquer l'assurance obligatoire aux *mêmes* entreprises que celles actuellement soumises à la responsabilité, nous

avons autant que possible, sous chiffres 1 à 4, repris les termes des lois de 1905, 1881 et 1887.

Il n'était pas nécessaire de mentionner spécialement ici les entreprises d'*installations électriques*: les articles 27 à 39 de la loi du 24 juin 1902 statuent bien des règles spéciales de responsabilité pour ces entreprises; mais l'article 40 de la même loi renvoie simplement, quant aux accidents subis *par leurs employés ou ouvriers*, aux lois de 1875 (1905), 1881 et 1887; les entreprises d'installations électriques se caractérisent en effet, suivant le cas, comme des entreprises de transport, comme des fabriques ou comme des entreprises exécutant des « installations de nature technique »; elles seront donc, même sans mention spéciale, comprises dans notre article 38.

L'*alinéa 2* reproduit l'article 4 de la loi de 1899.

L'*alinéa 3* correspond à l'article 2, alinéa 1^{er}, de la loi de 1897.

Les *alinéas 4 et 5* correspondent à l'article 1^{er}, alinéas 3 et 2, de la loi de 1899.

Nous ne croyons pas devoir, comme la loi de 1899 (art. 1, 3, 4 et 237) exclure de l'obligation à l'assurance les employés ou ouvriers qui n'ont pas un certain *âge minimum*, une certaine *durée minimum d'attachement* ou dont le *gain excède une certaine limite*. Ces circonstances sont actuellement indifférentes, pour l'application de la responsabilité patronale; si donc nous excluons de l'assurance les personnes en question, nous devrions — pour éviter un recul — maintenir en ce qui les touche le régime de la responsabilité.

Pour le même motif, nous renonçons à prévoir l'*exclusion d'un assuré* à titre de peine (loi 1899, art. 285).

Art. 39. Voir la partie générale, page 285, sous chiffre 4.

Art. 40. — 1. Analogue à l'article 8 de la loi de 1899. Nous avons ajouté que le Conseil fédéral peut donner à sa décision un effet rétroactif; cela est nécessaire pour que les articles 42 et 43 puissent trouver une application.

2. Actuellement déjà (loi de 1877, art. 1; loi de 1891, art. 14; loi de 1887, art. 10), c'est au *Conseil fédéral* qu'il appartient de dire si une entreprise industrielle est soumise au régime de responsabilité; une solution affirmative peut entraîner pour l'employeur l'obligation de payer une indemnité du fait d'un accident déjà survenu, alors que l'employeur — ignorant qu'il fût soumis

à responsabilité — n'avait pas songé à se couvrir par une assurance. A l'avenir, la décision du Conseil fédéral aura également pour effet éventuel de faire bénéficier le lésé d'une indemnité (art. 41); mais, pour l'employeur lui-même, elle n'entraînera dans la règle qu'une obligation de payer les primes en retard (art. 42, alinéa 1^{er}).

Nous aurions néanmoins désiré remettre à une autorité judiciaire, plutôt qu'au Conseil fédéral, le soin de trancher les questions d'obligation à l'assurance; mais cela n'est pour le moment pas possible: En vertu de la loi de 1877 (art. 1^{er}), le Conseil fédéral prononce sur la qualification d'un établissement industriel comme « fabrique »; cette compétence subsisterait lorsqu'il s'agirait par exemple de la durée du travail, du paiement des salaires ou de la responsabilité pour une maladie professionnelle, et ce serait une autre autorité qui statuerait sur la qualification du même établissement, s'il s'agissait de l'obligation de ses ouvriers à l'assurance; or il faut empêcher que sur une même question, jugée à des propos différents, des décisions contradictoires soient rendues par deux autorités parallèles; c'est dire qu'une seule et même autorité doit être appelée à trancher, à n'importe quel propos, la question de qualification d'un établissement comme fabrique.

3. Par « tribunaux » (alinéa 2), nous entendons notamment le tribunal des assurances, appelé à trancher une question de primes ou d'indemnités (art. 88, lettres a et c).

Art. 41. Alinéa 1^{er}. Même principe que dans la loi de 1899 (art. 238); voir la partie générale, page 290, chiffre 4.

Le début ou l'extinction de l'assurance, puisque celle-ci est obligatoire, ne sauraient dépendre d'un avis préalable et doivent avoir lieu de plein droit, par le fait seul d'acquérir ou de perdre la qualité qui fonde l'obligation à l'assurance. Tout autre système offrirait des lacunes, par exemple dans le cas où un ouvrier subirait un accident immédiatement après son attachement, avant que l'avis d'entrée eût été expédié.

Nous avons néanmoins prévu, comme mesures d'ordre et moyens de contrôle, des avis d'entrée et de sortie (art. 41, al. 2) et l'obligation pour l'employeur de tenir une liste de son personnel (art. 44). L'article 69 réprime les cas de simulation d'assurance.

Alinéa 2. Analogue à la loi de 1899, art. 46.

Un avis de l'employeur devra être donné non seulement ensuite d'entrée à son service ou de sortie d'un ouvrier, mais aussi dans

le cas où par un fait de l'*entreprise elle-même* — changement de son objet, du nombre total de ses ouvriers, etc. — il y aurait début ou cessation d'assurance.

Art. 42. Analogue à la loi de 1899, art. 47.

Il est évident que le retard dans l'avis, qui n'empêche pas l'entrée en vigueur de l'assurance, ne doit pas non plus empêcher les primes de courir. Mais, en cas de retard *inexcusable*, il ne saurait suffire que les primes courent depuis le début effectif de l'assurance; sans quoi les employeurs qui cherchent à éluder l'obligation de payer des primes n'auraient rien à risquer en omettant tout avis; nous avons donc prévu que les primes afférentes au temps qui s'écoule entre le début de l'assurance et l'avis tardif pourront être quintuplées à titre de peine. La Confédération et l'assuré lui-même, étrangers au retard, ne doivent naturellement pas être touchés par cette majoration.

Le plus souvent, un retard d'avis d'entrée sera constaté à la suite d'un accident survenu entre le début de l'assurance et l'avis; les indemnités d'assurance seront alors fournies par l'établissement (sous réserve de ce qui est statué à l'art. 47, alinéas 3 et 4). Mais si l'employeur a sans excuse négligé l'avis d'entrée, il pourra être tenu de rembourser à l'établissement la valeur de ses prestations.

La décision du Conseil fédéral, fixant la date du début de l'assurance (art. 40 et 41), établira s'il y a ou non retard d'avis — mais c'est au tribunal des assurances qu'il appartiendra de prononcer sur le caractère excusable ou non du retard (art. 88, lettre c);

Art. 43. Il faut à titre de peine qu'en cas de retard inexcusable d'un avis de sortie, les primes continuent de courir — à la charge de l'employeur seul — jusqu'à la date de l'avis. Pas n'est besoin en revanche de prévoir une majoration des primes, non plus qu'un remboursement par l'employeur des indemnités payées pour les accidents survenus avant l'avis de sortie: s'il appert que ces accidents se sont produits depuis la cessation de l'assurance, l'établissement pourra exiger la restitution des indemnités par les bénéficiaires (art. 69) et, s'il ne peut obtenir cette restitution, l'assurance aura été prolongée de fait contre paiement des primes.

Art. 44. Analogue à l'article 5 de la loi de 1899.

Pour le contrôle, ainsi que pour le calcul des primes et des indemnités, il est nécessaire qu'un état exact (dont le Conseil fédéral arrêtera le détail en vertu de l'art. 99) existe, *aussi quant aux*

employés, dans toute entreprise assurée et non seulement dans les fabriques, comme le prévoit l'art. 6 de la loi de 1877.

Art. 45. Ce devoir d'hygiène et de prévention des accidents est déjà statué par l'article 2, alinéa 4, de la loi de 1877 et par l'article 5 de la loi de 1887.

L'article 45 trouve sa sanction pénale à l'article 92; une sanction civile résultera de la tarification des primes suivant les risques (art. 76 et 77, spécialement l'alinéa 2).

II. Objet de l'assurance.

Art. 46. Voir la partie générale, pages 285 à 287.

III. Constatation des accidents.

Art. 47. Les *alinéas 1^{er} à 3* sont analogues aux articles 242 et 243 de la loi de 1889.

Nous avons ajouté l'obligation pour les survivants d'annoncer le décès, cela même si l'accident a déjà été annoncé et que le décès se produise après un certain temps.

A l'alinéa 2, nous statuons l'obligation pour l'employeur d'aviser « l'établissement ». A cet effet, l'établissement pourra se faire représenter par une de ses agences (art. 28) ou par une caisse-maladies chargée du service d'agence (art. 33); il aura soin d'indiquer d'avance aux employeurs les adresses où envoyer les avis de sinistres.

L'alinéa 3 rend les personnes fautives solidairement responsables du dommage causé par un retard d'avis. Ignorant l'accident, l'établissement n'est pas en mesure d'ordonner un traitement approprié; l'assuré, par exemple, consulte un charlatan, qui applique une fausse médication; l'incapacité de travail devient incurable ou reste complète tandis que, s'il avait été convenablement soigné dès le début, l'assuré n'aurait conservé de l'accident que des suites moindres.

L'alinéa 4 est analogue aux articles 75 et 271 de la loi de 1889. Cependant la péremption que nous instituons ici vise le cas où l'accident n'a pas été *annoncé* dans un certain délai, et non celui où la *réclamation d'indemnité* est tardive: pour pouvoir contrôler la réalité, les causes et la gravité de l'accident, et prendre en temps utile les mesures de traitement, il faut que l'établissement soit sans retard avisé de l'accident; le moment où une demande d'indemnité est introduite n'a pas autant d'importance.

La péremption ne s'applique qu'en cas de retard inexcusable de la part de l'assuré ou de ses survivants ; si le défaut d'avis est au contraire imputable à l'employeur ou à son représentant (al. 2), l'établissement demeurera tenu à prestations mais exercera, en vertu de l'alinéa 3, un recours contre l'employeur.

Art. 48. Analogue aux articles 50 et 245 de la loi de 1899.

Certaines des « mesures » à prendre par l'établissement, pour le traitement du lésé, sont spécialement prévues et réglées par les articles 50, al. 2 et 3, et 51, al. 2.

IV. Prestations de l'établissement.

Voir la partie générale, pages 298 à 300.

Les dispositions de ce chapitre reproduisent essentiellement les articles 26 à 286 de la loi de 1899.

Art. 49. Pas d'observations.

a) Soins médicaux et indemnité de chômage.

Art. 50 à 57. Pas d'observations.

b) Rente d'invalidité.

Art. 58 et 59. — 1. Un des avantages du régime de l'assurance sur celui de la responsabilité consiste à pouvoir indemniser l'invalidité sous forme de *rente*.

Actuellement, la loi prévoit l'allocation d'un *capital*, et la constitution d'une rente n'est que très exceptionnelle (loi de 1875, art. 6, al. 1^{er}; loi de 1881, art. 6, al. 5; loi de 1905, art. 9); le calcul du capital à payer se base sur le dommage annuel admis, auquel on applique un facteur tenant compte de la probabilité de vie et des intérêts composés; or le dommage annuel peut se révéler différent de celui qu'on avait prévu, et le facteur donné par la table de capitalisation — si exact qu'il soit pour un ensemble considérable de cas — ne se trouvera que rarement applicable à un cas particulier. L'employeur responsable préfère généralement payer un capital plutôt que de servir une rente, parce qu'il est ainsi débarrassé du souvenir fâcheux de l'accident et dispensé de constituer en raison de ce dernier une réserve spéciale dans son bilan. Le lésé, de son côté, craint que le service d'une rente ne lui soit pas régulièrement fait, surtout s'il venait à quitter la place; avec le capital qui lui est payé, il peut entreprendre quelque chose,

l'onder un petit commerce, etc. ; à vrai dire, le tribunal escompte précisément cette possibilité, en faisant subir à l'indemnité une « réduction en raison de l'allocation d'un capital » (voir le tableau de la page 344, nos 6 et 13). L'expérience montre du reste que trop souvent le lésé n'a pas à se féliciter d'avoir été indemnisé d'un seul coup : disposant de plus d'argent qu'il n'en a jamais possédé, il ne sait pas en tirer parti, il le gaspille, le place dans des entreprises inconsidérées ou le confie à des gens peu scrupuleux.

2. Le système de rentes a en outre le grand avantage de permettre la *revision* de l'indemnité au cas où le dommage, soit le degré d'invalidité, se révèle différent de ce qu'on avait prévu, tandis que cette revision n'est guère praticable après qu'une indemnité a été payée en capital.

Aussi bien, nos lois de responsabilité (1875, art. 6, al. 2 ; 1881, art. 8 et 13 ; 1905, art. 10 et 14) n'autorisent la revision qu'à titre « exceptionnel » : « si les conséquences d'une lésion corporelle ne peuvent pas encore être exactement appréciées au moment où le jugement est rendu », le juge « peut » réserver une revision pour le cas d'une aggravation ou amélioration notable dans l'état de lésé ; la revision est ainsi liée à l'insertion d'une réserve expresse dans le premier jugement ; les lois de 1881 et 1905 la soumettent à un court délai de prescription, et la loi de 1875 ne l'autorisait qu'au détriment de l'employeur. Plutôt donc que de réserver une revision et ainsi un nouveau procès, le juge s'efforce de tenir compte, déjà dans le premier jugement, des probabilités de changements à venir dans l'état du lésé ; mais rien n'est plus sujet à erreur que l'estimation de ces changements, de leur importance et de leur date.

Connaissant les difficultés ou l'impossibilité d'une revision, l'employeur et le lésé redoublent chacun d'efforts pour que la fixation de l'indemnité soit à leur profit. C'est là une cause principale de la fréquence des procès, ainsi que de leur apreté ; plus tard, l'une au moins des parties prétend qu'on lui a fait tort.

3. L'avantage que présente le système des rentes, de permettre une adaptation exacte de l'indemnité au dommage par le moyen de la revision, n'est entièrement obtenu que si les rentes peuvent être révisées *en tout temps* ; nous ne saurions donc nous rallier à la proposition de fixer un certain délai pour la revisibilité des rentes, à dater de leur première constitution.

4. D'autre part, notre article 59 ne prévoit la revision d'une rente que « si l'incapacité de travail devient *notablement* autre que celle admise jusqu'alors ». Il faut éviter que, sous prétexte d'une

petite différence dans le degré d'invalidité, le montant de la rente puisse être à tout moment remis en question par un nouveau procès.

c) Indemnité funéraire et rentes de survivants.

Art. 60. — 1. Le terme d'« obsèques » n'exclut pas la crémation.

2. Dans les localités où la gratuité complète ou partielle des funérailles existe, l'indemnité s'appliquera exclusivement à la part de frais non couverte par la gratuité; elle ne sera donc pas payée à l'autorité qui fait les frais du service gratuit.

Art. 61. — 1. Sous le régime de responsabilité, les survivants n'ont droit à indemnité que dans la mesure où ils perdent un entretien auquel le défunt était tenu vis-à-vis d'eux. Pourtant nos diverses lois ne posent pas sur ce point des règles absolument identiques: la loi de 1875 (art. 5, al. 2) disait que « celui dont l'entretien était, au moment de la mort, à la charge de la personne tuée peut demander une indemnité si par suite de la mort cet entretien lui est enlevé »; la loi de 1881 (art. 6) statue que l'indemnité doit comprendre « le préjudice causé aux membres de la famille à l'entretien desquels le défunt était tenu au moment de sa mort », et elle nomme comme ayants droit « l'époux, les enfants et petits-enfants, les parents et grands-parents, les frères et sœurs »; enfin, d'après la loi de 1905 (art. 2), « lorsque, par la mort de la victime, d'autres personnes sont privées de leur soutien, il y a également lieu de les indemniser de cette perte ». Dans chaque cas, le juge doit donc voir si tel survivant avait un droit alimentaire contre le défunt, — si, en vertu de ce droit, il recevait ou aurait probablement reçu des aliments, — quelle valeur lesdits aliments atteignaient ou auraient atteint, — enfin quel dommage actuel représente leur perte; tous ces facteurs d'indemnité sont d'une appréciation très délicate.

Nous préférons par conséquent *fixer dans la loi même la part du gain du défunt, à laquelle auront droit les divers survivants*; les parents auxquels nous accordons une indemnité sont du reste ceux que mentionne la loi de 1881 et auxquels le code civil reconnaît généralement un droit à des aliments. Comme montants d'indemnités, nous avons repris les taux de la loi de 1899 (art. 264), plus favorables aux survivants que ceux résultant en pratique de la législation actuelle.

2. Les observations présentées sous chiffre 1 à propos de l'article 58, touchant l'avantage du système des *rentes*, s'appliquent également ici par analogie.

3. La *limite d'âge de 16 ans*, pour les rentes d'enfants et de collatéraux (chiffres 3 et 4), est aussi celle qu'admettent en général les tribunaux pour le calcul d'une indemnité sur la base du droit aux aliments.

Toutefois, pour un *enfant atteint d'incapacité permanente de travail*, il est probable que l'assuré aurait continué à lui fournir des aliments au delà de l'âge de 16 ans; c'est pourquoi nous ajoutons que la rente de cet enfant n'expirera que *70 ans après la date de naissance de l'assuré*.

4. A l'alinéa 2, nous réservons le cas où le *conjoint divorcé* avait contre l'assuré un droit à aliments; il convient par exemple qu'une veuve divorcée, à laquelle le juge avait accordé le divorce contre l'assuré ainsi qu'une pension payable par ce dernier, ne perde pas tout l'avantage de cette pension.

Art. 62. — 1. En disposant que la totalité des rentes de survivants ne peut excéder le 50 % du gain de l'assuré, nous maintenons la pratique actuellement suivie en matière de droits aux aliments: les tribunaux n'admettent guère qu'un ouvrier ait pu consacrer plus de la moitié de son gain à l'entretien de sa famille.

En particulier, il convient que le taux total des rentes de survivants (50 %) soit inférieur à celui d'une rente d'invalidité complète (60 %), vu qu'en cas de décès les frais d'entretien du lésé lui-même disparaissent.

2. Les alinéas 2 à 5 règlent ce qui concerne les droits relatifs des diverses catégories de survivants; ils s'inspirent du principe que les proches parents priment les plus éloignés, et que la défaillance du droit d'un parent profite dans une certaine mesure aux autres. Voici quelques exemples d'application de l'article 62:

a. L'assuré laisse une veuve, 2 enfants et son père. La veuve aurait droit à 30 % et les enfants ensemble à 30 % (art. 61, chiffres 1 et 3); mais, comme le total ne peut excéder 50 % (art. 62, al. 1), la veuve reçoit 25 % et chaque enfant 12 1/2 % (al. 2); le père n'a pas de droit (al. 4). Un enfant meurt: cette défaillance profite d'abord à la veuve et à l'autre enfant (al. 3), dont les rentes sont portées à leur plein de 30 et 15 %; le reste, soit 5 %, revient au père. La veuve meurt; la rente de l'enfant s'accroît à 25 % (art. 61, chiffre 3) et celle du père à 20 % (chiffre 4).

b. L'assuré laisse une veuve et 3 frères âgés de moins de 16 ans. La veuve reçoit 30 %, et chaque frère 6 2/3 % (art. 61, chiffres 1 et 4). Un frère atteint 16 ans révolus; sa rente se partage

entre les deux autres frères, qui dès lors reçoivent chacun 10 % (art. 62, al. 5).

c. L'assuré laisse un jeune enfant, une jeune sœur et une veuve divorcée privée de droits (art. 61, al. 2). L'enfant touche 15 % et la sœur aurait droit à 20 % (art. 61, chiffres 3 et 4); mais, vu la dernière disposition de l'article 62, on réduira sa rente à 15 %. La veuve divorcée meurt: la rente de l'enfant s'accroît à 25 % et celle de la sœur peut dès lors atteindre 20 %.

Art. 63. — 1. Nous statuons, comme la loi de 1899 (art. 268), qu'en cas de nouveau mariage la veuve recevra, en liquidation de sa rente, le triple du montant annuel de cette dernière. Il ne s'agit point ici d'un véritable « rachat », puisque du fait du remariage la rente expirait de plein droit (art. 61, chiffre 1) et que sa valeur-capital était donc tombée à zéro; aussi bien la veuve acquiert un nouveau droit à des aliments, vis-à-vis de son second mari. L'établissement se borne à encourager le remariage; il y trouve intérêt dans tous les cas où la veuve aurait encore vécu plus de 3 ans.

2. La seconde partie de l'article 63 a pour but d'empêcher que, par l'effet d'une réversion immédiate des droits de la veuve sur d'autres bénéficiaires, concurrents ou subsidiaires, l'indemnité de liquidation fournie à la veuve constitue simplement pour l'établissement une dépense de plus.

3. Voici un exemple d'application de l'article 63:

L'assuré laisse une veuve, 2 enfants et son père; la veuve reçoit 25 %, chaque enfant 12 1/2 % et le père 0 (voir l'exemple a, sous l'art. 62). La veuve, se remariant, touche pour finir $3 \times 25 \% = 75 \%$; la situation des enfants et du père demeure provisoirement sans changement, la rente de l'ex-veuve étant réputée maintenue. L'année suivante un enfant meurt: les 12 1/2 % qu'il touchait profitent pour 5 % à l'établissement — représentant l'ex-veuve —, pour 2 1/2 % à l'enfant survivant et pour le reste (5 %) au père; l'ex-veuve est censée recevoir maintenant 30 %, l'enfant survivant touche 15 % et le père 5 %. Trois ans seulement après le remariage, la rente du père est portée à 15 %.

Art. 64. Cet article est sans préjudice à l'article 47, alinéa 4; tandis que ce dernier vise le cas d'un retard dans l'avis d'accident, l'art. 64 permet la forclusion des survivants qui ne s'annoncent pas dans un certain délai.

d) *Dispositions communes.*

Art. 65. — 1. Quant un accident mortel ou suivi d'invalidité atteint un assuré ne gagnant pas encore le salaire qu'il aurait probablement réalisé plus tard, on ne saurait baser définitivement les rentes sur le salaire du temps de l'accident; le dommage réel, en effet, dès l'époque où aurait été réalisé un salaire plus élevé, dépend de ce salaire. Ainsi se justifie l'*alinéa* 2 de notre article 65; cette disposition constitue à vrai dire une faveur pour l'assuré ou ses survivants, vu que les primes n'ont jamais été payées suivant un salaire aussi élevé.

2. La jurisprudence en matière de responsabilité civile admet aussi qu'une augmentation future de gain soit prise en considération pour la fixation de l'indemnité; mais elle exige que cette augmentation ait été prochaine et quasi-certaine. En revanche, la même jurisprudence fait très souvent subir à l'indemnité une *réduction* à raison du fait que le gain du lésé aurait probablement baissé vers la fin de sa carrière. Notre projet est donc, en cette matière, à un double point de vue plus favorable au lésé et à sa famille.

Art. 66. Pas d'observations.

Art. 67. Alinéa 2 : Il est évident que, jusqu'au moment où la prescription est acquise, une rente en voie de prescription ne donne pas lieu à accroissement des droits de bénéficiaires concurrents ou subsidiaires, et qu'elle bénéficie au contraire de l'extinction d'autres rentes. L'établissement pourrait donc réaliser un profit illégitime, au détriment d'autres bénéficiaires, s'il lui appartenait — malgré la prescription effectivement accomplie — de ne pas procéder à la radiation et de continuer à porter des arrérages au compte d'un rentier qui ne les perçoit jamais. C'est pourquoi nous statuons que l'établissement sera *tenu* de procéder à la radiation.

Exemple : L'assuré ayant laissé une veuve, trois enfants et son père, des titres de rentes ont été remis à la veuve pour 20 %₀ et à chaque enfant pour 10 %₀; le père ne reçoit rien. Bien que la veuve ne perçoive jamais les arrérages de sa rente, celle-ci est portée à 25 %₀ ensuite du décès d'un des enfants durant la seconde année; la rente de chaque enfant survivant s'accroît à 12 ½ %₀ et le père continue à ne rien recevoir. Mais, lorsque deux ans se sont écoulés sans que la veuve ait perçu d'arrérages, son droit à une rente doit être radié: les enfants survivants et le père touchent dès lors chacun 15 %₀.

Art. 69. — 1. D'après notre régime de responsabilité, toute faute du lésé — si elle a été la cause de l'accident — entraîne

déchéance du droit à une indemnité (loi de 1875, art. 2; loi de 1881, art. 2; loi de 1905, art. 1). Peu importe sa gravité : une *faute quelconque* suffit.

On ne saurait nier l'extrême dureté de ce principe. Une certaine part d'imprudenc, de négligence ou d'inattention est inhérente à la nature humaine; tout homme commet chaque jour plus d'une imprudence, et s'il n'en acquiert pas conscience c'est parce qu'heureusement cette faute n'a pas toujours son effet possible. Particulièrement au cours d'un travail prolongé et monotone, il est impossible d'éviter certaines inattentions; nul ne peut concentrer continuellement ses pensées et ses sens sur la besogne qui l'occupe. L'accoutumance au danger est fatale et même, en une certaine mesure, nécessaire à l'exécution du travail dans les conditions voulues de rendement. Des accidents dus à la « faute » légère du lésé lui-même se produisent donc nécessairement, et les circonstances dans lesquelles le travail s'exécute (présence de machines, etc.) entraînent souvent une disproportion criante entre la gravité de la faute et celle du dommage, que le lésé doit lui-même supporter.

L'exception libératoire tirée de la propre faute du lésé est la plaie du régime actuel de la responsabilité civile; c'est elle qui cause la grande majorité des procès (voir le tableau de la page 344, nos 1, 2, 9 et 10) et qui leur imprime un caractère particulièrement pénible; le premier mouvement d'un employeur auquel on demande une indemnité consiste tout naturellement à rejeter sur le lésé lui-même la faute de sa lésion.

L'assurance présente donc un très grand avantage, du fait qu'elle a pour principe de *garantir l'assuré aussi contre les conséquences de ses fautes légères*; précisément parce que l'expérience les montre inévitables, ces fautes sont considérées comme parties intégrantes du « risque » et par conséquent comprises dans l'assurance; cette inclusion peut avoir lieu sans inconvénient, notamment quand l'assureur ne couvre en toutes circonstances qu'une partie du dommage et que l'assuré reste ainsi toujours intéressé à éviter un sinistre.

2. L'assurance exclut en revanche tout sinistre *intentionnellement provoqué par l'assuré*. La couverture d'un tel sinistre serait contraire aux bonnes mœurs et constituerait un non-sens technique, attendu que ce sinistre n'ayant rien d'aléatoire n'est pas un « risque ».

3. Ainsi que la loi de 1899 (art. 282), nous ne statuons — pour le cas d'une *faute grave de l'assuré* — qu'une *réduction des indemnités (alinéa 3)*. L'art. 20 de la loi française de responsabilité, du 9 avril 1898, admet les mêmes solutions que notre

projet : il exclut entièrement le sinistre intentionnel, couvre sans restriction la faute légère et ne permet qu'une réduction en cas de faute grave (dite « inexcusable »); la couverture au moins partielle que la loi française impose dans ce dernier cas à un employeur peut à plus forte raison être mise par notre projet à la charge d'un assureur.

Il n'y a pas lieu d'introduire dans la loi une définition de la « faute grave », attendu que cette notion et sa différenciation d'avec la faute légère datent déjà du droit romain et sont suffisamment fixées par la jurisprudence en matière de responsabilité patronale, d'assurances ou d'application des articles 50 et suivants du code des obligations. La faute grave, lourde ou grossière, consiste d'après la jurisprudence en un mépris des règles de conduite les plus élémentaires, en un défaut de l'attention, de la prudence ou des soins que toute personne, même non particulièrement diligente, a coutume de déployer dans les circonstances données, — alors que la faute légère est constituée par tout manquement à une prudence parfaite.

4. Nous prévoyons aussi le cas, omis par la loi de 1899, dans lequel un accident mortel a été causé par *l'intention ou la faute grave d'un des survivants* de l'assuré (alinéa 2) : il serait contraire aux bonnes mœurs et aux principes généraux de l'assurance que ce survivant bénéficiât d'une rente; la faute légère d'un survivant, pas plus que celle de l'assuré lui-même, n'influera sur le droit à une indemnité; en revanche, la négligence grave d'un survivant pourra entraîner *déchéance complète* et non seulement partielle.

La faute d'un survivant n'aura du reste de conséquences que *pour lui seul* et non pour d'autres, bénéficiaires concurrents ou subsidiaires; ces autres survivants ne sauraient en effet pâtir d'une faute qui leur est aussi étrangère que celle d'un tiers quelconque.

5. Il est équitable de ne retenir une faute que si en la commettant son auteur se trouvait « en état de responsabilité » (loi de 1899, art 281 et 282). Mais on a fait valoir que *l'irresponsabilité* ne doit pas constituer une excuse dans le cas où elle-même est le *résultat d'une faute*; on désire notamment ne pas permettre qu'une personne arguë de son irresponsabilité ensuite d'ivresse. A l'*alinéa 4*, nous avons déféré à ce vœu malgré le caractère délicat des distinctions qu'il comporte.

6. Nos lois de responsabilité refusent toute indemnité si l'accident a été causé par une *force majeure* ou par la *faute de*

tiers (1875, art. 2; 1881, art. 2; 1905, art. 1^{er}); la loi de 1881 (art. 5, a) statue en outre une réduction s'il y a *cas fortuit*, soit hasard. Il est évident que les accidents imputables à ces causes ne sauraient être exclus à l'avenir et constituent au contraire l'objet par excellence de l'assurance.

7. Le *traitement des diverses causes de sinistres*, actuellement et d'après notre projet, peut se résumer comme suit :

Responsabilité patronale. Assurance.

Propre faute légère	Déchéance.	Indemnité.
» grave	Déchéance.	Réduction.
Sinistre intentionnel	Déchéance.	Déchéance.
Force majeure	Déchéance.	Indemnité.
Faute de tiers	Déchéance.	Indemnité.
Cas fortuit (loi de 1881)	Réduction.	Indemnité.

8. Le tableau ci-après montre, d'après les arrêts publiés du Tribunal fédéral (1875-1905), *quel rôle jouent dans les procès en responsabilité les diverses causes de refus, de réduction ou d'augmentation de l'indemnité.*

a. *Responsabilité des industriels* (lois de 1881 et 1887) ;
131 arrêts recensés.

	Allégué		Admis	
	Nombre	% des arrêts	Nombre	% des arrêts
1. Propre faute du lésé	50	38	11	8
2. Faute concomitante du lésé	32	24	26	20
3. Cas fortuit	45	34	40	30
4. Force majeure	4	3	0	—
5. Faute de tiers	2	1,5	1	0,8
6. Avantage de la capitalisation	39	30	32	24
7. Maximum	31	24	29	22
8. Faute pénale de l'employeur	12	9	6	5

b. *Responsabilité des entreprises de transport* (loi de 1875) ;
149 arrêts recensés.

	Allégué		Admis	
	Nombre	% des arrêts	Nombre	% des arrêts
9. Propre faute du lésé	82	55	15	10
10. Faute concomitante du lésé	40	27	22	15
11. Force majeure	11	7	0	—
12. Faute de tiers	15	10	0	—
13. Avantage de la capitalisation	37	25	35	23
14. Négligence grave de l'entreprise	49	33	19	13

9. Les principes posés aux articles 68 et 69 régiront le cas dans lequel une faute grave de l'assuré ou du survivant n'apparaîtra pas comme la *seule* cause de l'accident mais comme une *faute concomitante*, coïncidant avec une autre cause (faute de l'employeur, d'un tiers, etc.). Il y aura lieu dans ce cas, de même qu'aujourd'hui, d'apprécier l'importance relative des diverses causes et de fixer en conséquence la réduction de l'indemnité.

Art. 69. Analogue aux articles 233 et 234 de la loi de 1899.

1. En parlant du cas où « l'on constate que le décès, l'invalidité ou la maladie n'est en rien ou seulement en partie l'effet d'un accident assuré », nous englobons toutes les éventualités pos-

sibles : l'accident dont on fait état s'est bien produit en cours d'assurance (art. 41), mais le dommage ne résulte pas de cet accident (art. 46, al. 1^{er}) ; — ou bien il n'y avait pas assurance au moment de l'accident invoqué, et peu importe alors que cet accident ait réellement causé le dommage.

A côté du cas où le dommage ne résulte pas d'un accident assuré, il y a celui de simulation proprement dite, dans lequel le dommage prétendu est totalement ou partiellement inexistant.

2. Conformément à une règle constante en matière d'assurances, nous prévoyons une réduction proportionnelle pour tous les cas où le dommage n'est que *partiellement* la conséquence d'un accident assuré. Exemples : l'invalidité constatée ne résulte pas seulement de ce que le lésé a perdu trois doigts par un accident assuré, mais aussi du fait qu'il est tuberculeux ; — la cécité complète de l'assuré est due à la perte d'un œil par un accident assuré et à la perte de l'autre œil par une maladie ou par un accident antérieur à l'assurance. Il ne serait pas juste que l'établissement dût répondre des conséquences de la tuberculose ou de la perte de l'autre œil.

Art. 70. Analogue à l'article 269 de la loi de 1899.

1. On a vu (page 335, sous art. 58 et 59, chiffres 1 et 2) qu'en principe l'allocation de rentes à l'invalidé ou aux survivants est préférable au paiement d'un capital. Il y a pourtant des cas pour lesquels doit être prévu ou autorisé le remplacement des rentes par un capital, au moyen du *rachat* : le montant de la rente est minime, le bénéficiaire a son domicile à l'étranger ou bien encore il invoque des motifs spéciaux à l'appui du rachat, sans qu'on doive craindre que le prix de rachat soit dilapidé par lui.

2. A l'*alinéa 1^{er}*, nous statuons que le rachat imposé au rentier devra se faire au prix indiqué par le tableau de couverture des rentes ; la rente sera ainsi rachetée à *sa vraie valeur*, savoir celle pour laquelle elle figurait au bilan de l'établissement.

3. L'*alinéa 3* vise le cas où, postérieurement au rachat d'une rente d'invalidité, « l'incapacité de travail devient notablement plus grave que celle admise au moment du rachat » : si le rachat a eu lieu d'un commun accord, on ne doit pas y revenir ; mais si le rentier n'était pas consentant, précisément peut-être parce qu'il prévoyait une augmentation du degré d'invalidité pris pour base du rachat, il faut — quand cette aggravation se produit — permettre au lésé d'en faire état ; il le pourrait aussi, en vertu de l'article 59, si le rachat n'avait pas eu lieu.

Au cas d'une *amélioration* dans l'état du lésé, 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.

4. L'*alinéa 4* empêche que, par l'effet d'une réversion immédiate des droits du rentier sur d'autres bénéficiaires, concurrents ou subsidiaires, le rachat constitue simplement pour l'établissement une dépense de plus; la réversion ne doit avoir lieu que dès la date jusqu'à laquelle le prix de rachat aurait permis de continuer le service de la rente. Cette date se déduit du tableau de couverture des rentes; en l'adoptant pour la réversion, on conserve la base même qui a servi au rachat.

Art. 71. — 1. Cet article pose les mêmes principes que ceux dont s'inspiraient les articles 259 à 261 de la loi de 1899, savoir : qu'en cas de survenance, chez un invalide, d'un nouvel accident n'entraînant qu'une maladie, la rente d'invalidité reste la même et n'a pas d'influence sur l'indemnité de chômage payable à raison du nouvel accident; — que dans tous les autres cas d'accidents multiples, les prestations de l'assurance sont fixées comme si l'état dernier du lésé avait été causé par un seul et même accident.

2. Il est évident que l'article 71 ne s'applique pas au cumul de rentes *obtenues à des titres divers* par une même personne. Le fait, par exemple, que la veuve A. bénéficie en cette qualité d'une rente sera sans influence sur les droits de la femme A. en qualité de mère ou d'invalides, si elle vient à perdre par accident son fils assuré ou si étant assurée elle subit elle-même un accident; de même, le fait que l'ancien assuré B. jouit d'une rente d'invalidité demeurera sans portée sur les droits de B. à une rente de veuf, ensuite de l'accident mortel de sa femme assurée.

Art. 72. — 1. L'*alinéa 1^{er}* dispose que l'établissement est, pour le montant de ses prestations, *subrogé aux droits de l'assuré* contre tout tiers civilement responsable du sinistre.

Ce principe est admis en toutes espèces d'assurances; il vise à empêcher que l'assuré ne soit dédommagé à *double*, d'un côté par l'assureur et de l'autre par le tiers responsable; après avoir indemnisé l'assuré, c'est l'assureur qui doit pouvoir actionner le tiers en récupération.

L'établissement doit être aussi subrogé aux droits *des survivants* de l'assuré, après qu'il les a indemnisés.

Les droits objets de la subrogation seront le plus souvent fondés sur les articles 50 et suivants ou 110 et suivants du code des obligations; mais ils pourront avoir d'autres bases.

2. A l'alinéa 2, nous ajoutons que l'établissement lui-même ne pourra, en vertu de la subrogation, exercer un *recours* contre le tiers responsable qu'en cas de faute grave de sa part, si ce tiers est un *parent ou survivant de l'assuré*; il y aurait en effet quelque chose de choquant à voir l'établissement fournir des prestations puis en demander immédiatement le remboursement à un proche parent de l'assuré, responsable de l'accident en raison d'une faute seulement légère. Il arriverait même que ce parent touchât une rente comme « survivant » (voir l'art. 68, al. 2) et dût en restituer la valeur comme « tiers responsable »; dans notre système, au contraire, il y a concordance entre les articles 68 et 72, c'est-à-dire identité entre le cas où un survivant se trouvera déchu du droit à une rente et celui où l'établissement pourra exercer contre lui un recours en raison des rentes payables à d'autres survivants.

L'exclusion d'un recours de l'établissement contre *l'employeur de l'assuré* est conforme au principe général en matière d'assurances, d'après lequel l'assureur s'interdit tout recours contre le souscripteur de l'assurance. Ici précisément, l'employeur joue le rôle de souscripteur au bénéfice d'autrui, puisqu'il est chargé des avis à l'assureur (art. 41 et 47) et qu'il paie les primes (art. 81). Mais il convient de ne placer l'employeur à l'abri d'un recours que « *s'il supportait au moins trois quarts des primes restant* », c'est-à-dire s'il ne retenait pas sur le salaire de l'assuré plus que la part de primes autorisée par l'article 83.

Mettant les parents de l'assuré à l'abri d'un recours, il nous a paru convenable d'accorder la même faveur aux *parents de l'employeur* dont il vient d'être question. Quant à un recours contre *des employés ou ouvriers de cet employeur*, il se comprendrait d'autant moins que ces personnes sont elles-mêmes assurées.

L'exclusion d'un recours ne saurait s'étendre au delà du cas d'une *faute légère* du tiers responsable. Il serait en effet contraire à la morale de mettre le tiers à l'abri des conséquences de ses fautes même graves (voir aussi l'art. 114 du code des obligations); le fait d'être parent de l'assuré ou de l'employeur, ou de payer comme employeur une partie des primes, ne doit pas constituer un *sanctuaire* couvrant des fautes graves; cela d'autant moins que les bénéficiaires mêmes de l'assurance ne commettent pas impunément de telles fautes (art. 68).

Voir, sous l'art 96 (page 359, chiffre 3), quelques exemples d'application des art. 72 et 96.

V. Primes d'assurance.

Art. 73. Analogue à l'article 287 de la loi de 1899.

Voir la partie générale, page 300, chiffre 1.

Art. 74. Voir la partie générale, page 300, chiffre 2.

Art. 75 à 78. Voir la partie générale, page 303, chiffre 3.

Art. 79. Voir la partie générale, page 306, chiffre 4.

Art. 80 à 82 — 1. La loi de 1899 (art. 295) instituait le *paiement des primes par mois*. Nous préférons le système suivant :

Au début *de chaque année*, les « primes restantes » de l'année, c'est-à-dire la part des primes non couverte par les subsides fédéraux, sont provisoirement estimées pour l'ensemble des assurés d'une même entreprise, et *l'employeur en fait l'avance*; cette estimation a lieu d'après le gain total des assurés de cette entreprise, durant l'année précédente, ou — pour les entreprises nouvelles — d'après le total probable de ces gains durant l'année en cours. A la fin de l'année, les primes sont définitivement calculées, sur le vu du total effectif des gains de l'année; le résultat de ce calcul est comparé avec le montant de l'avance faite pour l'année en question, et une plus-value ou moins-value est portée en compte lors de la perception de l'avance provisoire afférente à l'année suivante. Exemple :

En 1908, le gain total des assurés de l'entreprise N. a atteint 104,869 francs. Au début de 1909, année pour laquelle le taux de primes est de 2 %, N. devra faire l'avance des primes restantes de 1909, fixées provisoirement comme suit :

Primes entières $\frac{2}{100} \times 104,869$	2,097.88
moins les subsides fédéraux (prévus de 20 %)	419.47
Primes restantes provisoires, à avancer	<u>1,677.91</u>

A fin 1909, on constate que le gain total a été en 1909 de 162,420 francs et on établit le décompte suivant :

a. Pour 1909, primes entières $\frac{3}{100} \times 162,420$	3,248.40
subsidés fédéraux (supposés de 19%)	617 20
Primes restantes <i>définitives</i>	2,631 20
Moins l'avance faite	1,677.91
Reste à payer	953.29
b. Pour 1910 (taux de primes supposé réduit à 1.75%), primes entières $\frac{1.75}{100} \times 162,420$	2,842.35
subsidés fédéraux (prévus de 1%)	540.05
Primes restantes <i>provisoires</i> , à avancer	2,302.30
A payer au total	3,255.59

2. Ce système est celui que les sociétés appliquent généralement à leurs assurances collectives ou de responsabilité. Il a l'avantage, pour l'employeur et pour l'établissement, de ne donner lieu à règlement qu'une seule fois par an; l'établissement se trouve toujours couvert et, si en cours d'année on voit que l'avance fournie par l'employeur sera probablement de beaucoup dépassée par le montant définitif des primes (par exemple parce que le nombre des ouvriers subit une forte augmentation), l'établissement peut exiger une avance complémentaire (art. 82). Le fait qu'il touche les primes d'avance pour une année entière, et qu'il bénéficie par conséquent de l'intérêt, a sa répercussion sur les taux de primes dans le sens d'une diminution.

L'année d'assurance, c'est-à-dire la période à laquelle s'applique un règlement, ne coïncide pas nécessairement avec l'année civile. L'établissement est ainsi libre de ne pas opérer tous ses règlements à la même époque, et de les échelonner suivant ses convenances et celles des employeurs.

3. La *perception des subsides fédéraux* a lieu d'une manière analogue à celle des primes restantes (art. 80).

Art. 83. Voir la partie générale, page 307, chiffre 5.

D. Assurance volontaire.

Art. 84. Voir la partie générale, page 285, chiffre 4.

Alinéa 1. La loi de 1899 (art. 239) ne permettait l'assurance facultative qu'aux employeurs d'assurés obligés, mais elle instituait pour

l'obligation à l'assurance un domaine plus vaste que ne le fait notre projet; ce dernier doit donc étendre l'assurance facultative à certaines des catégories de personnes qui en 1899 étaient soumises à l'assurance. Tout en évitant l'opposition que provoquerait l'obligation à l'assurance, on permet aux personnes de ces catégories de s'assurer, si elles le désirent, en bénéficiant du subside fédéral; tel est l'objet de la lettre *a*.

Aux employeurs d'assurés *obligés* (lettre *b*), il devient logique d'ajouter les employeurs d'assurés *volontaires* travaillant dans l'agriculture, les arts et métiers ou la petite industrie (lettre *c*); ce n'est pas là une innovation, puisque d'après la loi de 1899 ces mêmes personnes pouvaient aussi s'assurer, à titre d'employeurs d'assurés obligés. En exigeant que *tous* les employés et ouvriers des employeurs visés sous lettre *c* soient eux-mêmes assurés, nous posons une condition toute naturelle et qui se réalise automatiquement quant aux employeurs visés sous lettre *b*.

L'*alinéa 2* est analogue à l'article 240 de la loi de 1899.

1. Loin de tendre à englober le plus d'affaires possible dans le domaine d'activité de l'établissement, nous croyons que celui-ci aura déjà suffisamment de travail par le fait des assurances prévues aux articles 38 et 84, alinéa 1^{er}. De divers côtés, toutefois, on a exprimé le désir que l'établissement pût se charger encore de certaines assurances-accidents spéciales, par exemple l'assurance de la responsabilité des industriels à l'égard de tiers, ou des entreprises de transport à l'égard de voyageurs et de tiers. L'*alinéa 2* ménage la possibilité d'extensions de ce genre, pour le cas où elles se révéleraient opportunes.

2. Dès 1899, nous nous sommes occupés de régler d'une façon satisfaisante et uniforme l'*assurance des fonctionnaires et employés fédéraux*, essentiellement contre leurs accidents professionnels.

Sur un rapport du Département des Finances, nous décidions en principe, le 23 janvier 1900, d'organiser cette assurance et, en décembre 1902, le Département de l'Industrie nous communiquait, pour vous être soumis, le projet d'un arrêté fédéral instituant à cet effet une caisse spéciale, gérée par la Confédération. Il nous a toutefois paru que la question devait rester suspendue jusqu'après adoption ou rejet d'un nouveau projet de loi sur l'assurance-accidents en général, et qu'en cas d'adoption de ce projet les fonctionnaires et employés fédéraux pourraient être assurés, plutôt qu'à une caisse spéciale, à l'établissement nouveau. L'*alinéa 2* de notre article 84 fournira précisément le moyen de réaliser ce plan.

Comme la Confédération interviendrait, pour l'assurance en question, en sa seule qualité d'*employeur* et non point de pouvoir public, il n'y a pas lieu d'examiner *ici* l'opportunité, les risques couverts, la répartition des frais ni les autres détails de cette assurance. Ce sont là des points que l'autorité fédérale aurait à régler, par mesure administrative, non comme pouvoir légiférant sur l'établissement-accidents mais uniquement comme employeur-souscripteur contractant avec ce dernier; il suffit aujourd'hui qu'en vertu de l'article 84 l'établissement puisse être autorisé par l'Assemblée fédérale à étendre son activité entre autres à l'assurance des fonctionnaires et employés fédéraux.

Nous croyons donc devoir différer, jusqu'après l'ouverture de cet établissement, l'exécution du postulat du 27-28 juin 1906, par lequel vous invitez le Conseil fédéral « à présenter un rapport sur la suite qu'il compte donner à sa décision du 23 janvier 1900, concernant l'assurance de ses fonctionnaires et employés, contre les accidents ».

Art. 85. Analogue à l'article 224 de la loi de 1899, avec cette différence que l'octroi d'un subside fédéral à l'assurance facultative d'*employeurs* dépendra d'une décision de l'Assemblée fédérale.

Art. 86. Analogue aux articles 239, alinéa 2, et 240 de la loi de 1899.

Les assurances facultatives ne sauraient être traitées comme l'assurance obligatoire, touchant le risque assuré, le début et la cessation de l'assurance, le calcul et le mode de paiement des primes, la nature et le montant des indemnités, etc; Néanmoins, sur ces divers points il y aura lieu de faire, suivant les vœux des intéressés, des différences entre telles ou telles espèces d'assurances facultatives. Fixer ici les détails de ces assurances aboutirait donc à enfler considérablement le volume de la loi, tout en empêchant de varier les assurances facultatives suivant les besoins de chaque profession.

E. Tribunal des assurances.

Les contestations portant sur l'application de la loi, entre l'établissement-accidents et les assurés ou leurs parents survivants, doivent être tranchées par une *autorité impartiale, de l'ordre judiciaire*. Nous ne saurions donc accueillir la proposition tendante à ce que ces contestations soient déférées au conseil d'administration de l'établissement: en raison même de sa qualité d'organe d'une des parties en

cause, ce conseil ne présenterait pas les garanties d'impartialité qui sont ici de première importance.

Comme il s'agit d'une loi fédérale, l'application doit en être la même dans toute la Suisse; de là résulte la nécessité d'une juridiction *fédérale*, seule garante d'une jurisprudence uniforme.

Mais convient-il d'instituer cette juridiction comme *instance unique*, ou comme dernière instance de recours? Nous adoptons la première solution: voulant ici encore réaliser un progrès sur le régime actuel de la responsabilité civile, nous devons organiser un service judiciaire rapide, simple et bon marché; or la pluralité d'instances entraîne nécessairement des longueurs, et un surcroît de peines et de frais pour les parties; elle implique pour l'Etat (cantons ou Confédération) des dépenses d'entretien d'instances inférieures; le système d'une instance unique mérite la préférence si, comme nous le prévoyons (art. 87 et 89), le tribunal en question est facilement accessible aux parties et applique une procédure expéditive; la loi de 1899 (art. 315) instituait également une instance unique pour le jugement des contestations en matière d'assurance-accidents.

Elle créait à cet effet un « tribunal des assurances », tandis que le projet de 1896 du Conseil fédéral (art. 80) avait entendu remettre ces compétences au Tribunal fédéral actuel. Nous nous rallions sur ce point à la solution introduite par la loi de 1899; en effet, l'attribution de juridiction au Tribunal fédéral nécessiterait probablement une augmentation de son personnel et ne coûterait donc guère moins que la création d'un tribunal spécial; une procédure nouvelle, beaucoup plus simple que celle actuellement appliquée par le Tribunal fédéral comme instance unique (loi du 22 novembre 1850), devrait être introduite pour les litiges dont il s'agit.

Art. 87. Analogue aux articles 312 et 313 de la loi de 1899.

En prévoyant seulement trois juges titulaires et par contre cinq juges suppléants, notre projet tend à diminuer les frais. La section de la poursuite pour dettes, au Tribunal fédéral, ne compte également que trois juges; un tribunal peu nombreux suffit ou est même préférable dans les causes comme celles portant sur l'assurance-accidents, où il s'agira moins de délicates questions de droit et de sommes litigieuses importantes que de questions de faits et de calculs détaillés.

Le dernier alinéa de notre article 87 présente un grand intérêt pratique; permettant au tribunal de siéger partout en Suisse, il rend le juge aisément accessible aux justiciables et facilite l'administration des preuves.

Art. 88. Analogue à l'article 315 de la loi de 1899.

Alinéa 4. Le recours ou action récupératoire que l'établissement peut exercer contre un tiers responsable (art. 72) ne saurait ressortir qu'aux tribunaux ordinaires; cette action, en effet, appartient à l'établissement comme simple subrogé du lésé et se fonde sur le droit commun; le tiers, en cette qualité, demeure entièrement étranger à l'assurance. A plus forte raison et sans qu'il soit besoin de le dire, l'action que le lésé lui-même exercera contre un tiers, en réparation de la part de dommage non couverte par l'assurance, ne peut ressortir au tribunal des assurances.

Alinéa 5. Contrairement à la loi de 1899 (art. 315, lettre *f*), nous laissons aux tribunaux ordinaires la connaissance des contestations portant, entre employeurs et assurés, sur les retenues de salaire en raison des primes (art. 83).

Ces contestations n'intéressent pas l'établissement. Très souvent, du reste, dans un règlement de comptes entre employeur et ouvrier la participation de ce dernier aux primes d'assurance ne sera pas le seul point litigieux; il y aura aussi désaccord sur des retenues pour malfaçon, amendes, etc., et ces points-à du litige devraient en tout cas demeurer soumis au juge ordinaire. Pourquoi dès lors obliger les parties, pour un seul et même règlement, à mener un double procès? D'autant que la juridiction ordinaire instituée pour ces règlements (juges de paix, prud'hommes, arbitres, etc.) est généralement plus simple encore que celle du tribunal des assurances, et que le jugement de contestations sur la participation de l'ouvrier aux primes n'implique aucune connaissance particulière de l'assurance. Il suffit que notre article 83 interdise toute retenue de salaire dépassant la limite prévue, pour que le juge ordinaire accorde à l'ouvrier l'exonération ou le droit de répétition d'une retenue excessive.

Il va sans dire que ce sont les tribunaux ordinaires qui connaîtront des procès, étrangers au service de l'assurance, s'élevant entre l'établissement et des tiers.

Notons enfin, pour mémoire, que les contestations portant sur l'obligation à l'assurance, sur les subsides fédéraux ou sur la franchise d'impôt seront tranchées respectivement par le Conseil fédéral (art. 40 et 79) ou par le Tribunal fédéral (art. 24).

Art. 89. Pas d'observations.

TITRE TROISIÈME.

Dispositions pénales, finales et transitoires.

Art. 80. — Analogue aux articles 390 et 391 de la loi de 1899.

1. Les membres actuels de caisses-maladies, s'ils sont assurés depuis au moins deux ans, doivent jouir dès maintenant de la liberté de passage.

2. Il convient même de statuer que, *durant une certaine période à compter de l'entrée en vigueur de la loi*, l'affiliation à une caisse-maladies suisse *quelconque* sera considérée comme affiliation à une caisse reconnue. Autrement, les membres d'une caisse actuelle qui ne serait « reconnue » que plus de deux mois après l'entrée en vigueur de la loi perdraient le bénéfice de leur affiliation antérieure à cette caisse, et en tout cas le temps d'affiliation compris entre l'entrée en vigueur de la loi et la date de la reconnaissance ne compterait pas dans la durée d'affiliation minimum de 2 ans ou 6 mois exigée par les articles 6 ou 11; or il est fort peu probable que la reconnaissance de toutes les caisses actuelles puisse avoir lieu déjà pour le moment précis de l'entrée en vigueur de la loi.

Art. 91. — 1. Comme nous l'avons déjà remarqué en traitant des articles 231 et 291 (pages 275, lettre e, et 306, lettre a), il convient en principe d'accorder aux *assurés étrangers* les mêmes *subsides fédéraux* qu'aux assurés suisses.

En principe, notre projet ne fait pas non plus de différence entre les étrangers et les Suisses, au point de vue des *prestations de l'établissement*. Déjà sous le régime actuel de la responsabilité civile, la nationalité étrangère d'un lésé est sans aucun préjudice de ses droits; bien plus, lorsqu'un ouvrier étranger est victime d'accident et qu'il s'agit de fixer l'indemnité due à ses parents survivants, nos tribunaux se basent sur l'obligation alimentaire que le défunt avait vis-à-vis des survivants, en vertu du droit *étranger*; il arrive ainsi que tel parent d'un ouvrier étranger reçoit une indemnité supérieure à celle qui serait accordée, dans les mêmes circonstances, au survivant d'un ouvrier suisse.

Enfin, pas plus que la législation actuelle, notre projet n'attache en principe de désavantage au fait qu'une personne a son *domicile à l'étranger*: la fourniture de *subsides fédéraux* est prévue, sans acception de domicile, pour les membres des caisses-maladies reconnues (art. 19 et 20) et pour les assurés obligés de l'établissement-accidents (art. 79); l'exigence d'un domicile en Suisse

n'est posée qu'en ce qui touche les assurés-accidents volontaires (art. 84), et elle se justifie d'elle-même sur ce point. Quant aux droits des assurés ou de leurs survivants, *vis-à-vis de l'établissement*, ils ne sont nullement affectés par la circonstance que ces intéressés ont leur domicile à l'étranger; seul, l'article 70 statue que si un rentier est depuis au moins un an domicilié à l'étranger, le rachat de sa rente peut lui être imposé; mais ce rachat, motivé par des considérations pratiques, ne désavantage en rien le rentier: il a lieu suivant la vraie valeur de la rente et consiste simplement à remplacer l'indemnité-rente par une indemnité-capital équivalente.

2. On vient de voir que notre projet se montre très large, en statuant comme règle l'égalité de traitement des ressortissants ou habitants de l'étranger, et des Suisses ou habitants de la Suisse. Cette largeur, malheureusement, n'est pas le cas de toutes les législations sociales. Certaines d'entre elles excluent les étrangers du bénéfice même de telles institutions sociales; d'autres font une différence au détriment des étrangers, en ce qui touche les subventions de l'Etat; d'autres encore n'accordent, aux étrangers ou personnes habitant l'étranger, aucun droit aux indemnités habituelles ou prévoient, dans certaines circonstances, une liquidation de leurs droits à des conditions désavantageuses.

Sans qu'il soit besoin ici d'insister davantage, on trouvera sans doute avec nous que, dans cette situation, la nouvelle législation suisse ne saurait se contenter de statuer l'égalité de traitement des Suisses et des étrangers, ainsi que des habitants de la Suisse et de l'étranger. Il convient qu'une dérogation au principe de l'égalité soit réservée pour le cas où telle législation étrangère n'userait pas de réciprocité à l'égard de la Suisse. C'est pourquoi l'article 91 permet dans ce cas de rompre l'égalité de traitement sur les divers points que nous avons mentionnés; il vise la réciprocité non seulement en matière d'assurances contre les maladies et les accidents, mais encore dans d'autres domaines de la législation sociale.

3. Posant en principe l'égalité de traitement, en Suisse, des étrangers ou habitants de l'étranger et des Suisses ou habitants de la Suisse, nous faisons dépendre le maintien de ce principe de la condition que l'Etat étranger applique la *même égalité*.

Nous ne demandons *pas* que l'Etat étranger garantisse aux Suisses ou habitants de la Suisse des prestations au moins égales à celles dont la loi suisse fera bénéficier les ressortissants ou habitants de cet Etat; une mise en balance de deux législations, au point de vue des avantages qu'offre chacune d'elles, est

tort difficile : tantôt l'une et tantôt l'autre offre le plus d'avantages, suivant qu'il s'agit de l'étendue du cercle d'application de la loi, des risques couverts, de la nature ou du montant des diverses indemnités, de la participation aux charges, des subsides de l'Etat, etc.

Ce qui du reste importe le plus à chaque Etat, c'est que ses habitants ou ressortissants soient, dans un autre Etat, traités exactement comme les habitants ou ressortissants de celui-ci.

4. Nous croyons pouvoir atteindre ce but d'autant plus facilement que, posant comme règle intérieure l'égalité de traitement, notre loi aura fait le premier pas.

Plusieurs Etats ont déjà passé entre eux des conventions étendant réciproquement à leurs ressortissants le bénéfice d'institutions sociales, et le traité de commerce italo-suisse du 13 juillet 1904 porte à son article 17 : « Les parties contractantes s'engagent à examiner d'un accord commun et amical le traitement des ouvriers italiens en Suisse et des ouvriers suisses en Italie à l'égard des assurances ouvrières dans le but d'assurer, par des arrangements opportuns, aux ouvriers des nations respectives dans l'autre pays un traitement qui leur accorde des avantages autant que possible équivalents. »

Art 92. — *Alinéa 1^{er}.* La surveillance des caisses-maladies reconnues perdrait toute valeur si ces caisses fournissaient à l'autorité des renseignements inexactes; nous devons donc réprimer la communication intentionnelle de tels renseignements. Une disposition analogue se trouve dans la loi de surveillance de 1885 (art. 11, chiffre 2), avec la différence que cette loi prévoit un maximum de 5000 francs d'amende et de six mois d'emprisonnement.

Alinéa 2. Nous avons évité autant que possible la répression pénale des contraventions à la loi. Une sanction civile, consistant notamment en une forte majoration des primes, suffit dans beaucoup de cas et produit au moins autant d'effet qu'une répression pénale, tout en évitant de donner à la loi une apparence policière; c'est ainsi que des sanctions civiles sont prévues en cas de : défaut d'avis du début ou de la cessation de l'assurance (art. 41, 42 et 43), — défaut d'avis de sinistre (art. 47), — contravention aux mesures prises pour le traitement (art. 45), — défaut d'avis d'une aggravation du risque (art. 77), — retard dans le paiement des primes (art. 81 et 82); en cas de retenue excessive sur le salaire de l'assuré (art. 83), une sanction civile résulte du fait que l'employeur n'est plus couvert contre sa faute légère (art. 72 et 96)

ni dispensé de l'obligation statuée par l'art. 341 du code des obligations (art. 97).

On a toutefois estimé qu'il fallait en outre réprimer pénalement certaines contraventions, notamment parce qu'une vraie amende peut à défaut de paiement être convertie en emprisonnement, tandis que pour faire exécuter une peine civile il n'y a d'autre moyen que la poursuite pour dettes. Les cas de répression pénale font l'objet de notre alinéa 2; ils sont beaucoup moins nombreux que d'après la loi de 1899 (art. 208, 209, 215 et 321). Une poursuite en escroquerie est déjà prévue à l'article 69, dernier alinéa, pour le cas de simulation.

Tandis que la loi de 1899 (art. 210, 319 et 324) plaçait le prononcé des amendes dans la compétence d'autorités administratives, nous établissons la juridiction des *tribunaux* pénaux des cantons. Les pénalités prévues sont les mêmes que dans la loi de 1877 sur le travail dans les fabriques (art. 19), avec la différence qu'en cas de récidive le juge pourra, au lieu de condamner à l'emprisonnement, porter l'amende jusqu'à 1000 francs. La loi de 1899 instituait des amendes d'un montant maximum de 2000 francs, avec maximum *triple* en cas de récidive.

L'*alinéa 3* reproduit l'article 322 de la loi de 1899; il permet par exemple de prononcer une amende contre une société anonyme elle-même, pour la faute de son directeur d'usine; en revanche, la société ne saurait naturellement être condamnée à l'emprisonnement, et l'amende prononcée contre la société ne pourra pas, à défaut de paiement, être convertie en emprisonnement de son directeur.

Art. 93 et 94. Pas d'observations.

Art. 95. — 1. L'article 4 de la loi de 1877 oblige le fabricant, s'il survient un accident grave dans son établissement, à l'annoncer à l'autorité locale, qui doit ouvrir une enquête. Cette disposition ferait double emploi avec les articles 47 et 48 de notre projet; elle créerait un dualisme fâcheux.

2. Notre projet laissant subsister le régime de responsabilité civile pour les *maladies professionnelles*, les lois de 1881 et 1887 doivent être abrogées seulement « en ce qui touche les accidents ».

3. Les employés et ouvriers des entreprises d'installations électriques étant à l'avenir assurés, il n'y a plus lieu de maintenir l'art. 40 de la loi de 1902, qui déclare ces entreprises responsables vis-à-vis de leur personnel suivant les lois de 1875 (1905), 1881 et 1887.

4. La loi de 1905 sur la responsabilité des entreprises de transport — de même que l'article 18 de la loi de 1894 qui déclare la poste responsable, comme une entreprise de transport, du dommage causé par l'exploitation postale — s'applique non seulement aux accidents subis par des employés ou ouvriers de ces entreprises, mais encore à ceux de voyageurs ou de tiers.

a. Comme notre projet (art. 38) n'institue l'assurance que pour les accidents *d'employés ou d'ouvriers*, c'est uniquement en ce qui touche ces accidents que la responsabilité doit être abolie; il n'y a pas lieu en revanche de distinguer suivant que l'accident subi par un employé ou ouvrier de l'entreprise a atteint cette personne pendant qu'elle était ou non en service: dans le second cas aussi, la loi d'assurance sera applicable, à l'exclusion de celles de 1905 ou 1894, attendu que le sinistré ne sera pas assuré seulement contre ses accidents professionnels.

b. En cas d'accident subi, du fait d'une entreprise de transport, par un assuré autre qu'un employé ou ouvrier de cette entreprise, les lois de 1905 et 1894 demeureront au contraire applicables; si par exemple un assuré, ouvrier de fabrique, est atteint d'un accident de chemin de fer comme voyageur ou simple passant, le recours de l'établissement (art. 72) et l'action du lésé (art. 96) pourront invoquer la loi de 1905.

c. Les lois de 1905 et 1894 sont à plus forte raison maintenues, pour l'accident d'un voyageur ou passant non assuré à l'établissement.

Art. 96. Analogue à l'article 384 de la loi de 1899.

1. En tant qu'assurées, les personnes qui bénéficiaient jusqu'ici du régime de la responsabilité civile doivent être replacées, vis-à-vis de leurs employeurs, sous le régime du droit commun, constitué notamment par les articles 50 et suivants ou 110 et suivants du code des obligations.

2. Pour la part de dommage *couverte par l'assurance*, le lésé ne pourra toutefois en aucun cas ouvrir action contre l'employeur, pas plus que contre tout autre tiers: l'établissement d'assurance se trouvera en effet, à concurrence du montant de ses prestations, subrogé aux droits du lésé (art. 72, al. 1^{er}), et c'est par conséquent à lui seul qu'il appartiendra d'exercer un recours contre le tiers.

En revanche, pour la part de dommage *non couverte par l'assurance*, le lésé conservera contre tout tiers responsable un droit d'action basé sur le droit commun. Mais, en vertu de l'alinéa 2

de l'article 96, si ce tiers est l'*employeur* (ou *un de ses parents, employés ou ouvriers*), le lésé ne pourra exercer contre lui son action que si ledit tiers a causé l'accident par une *faute grave*. L'exclusion d'une action du lésé contre ce tiers, quand sa faute est seulement légère, se justifie par les mêmes motifs que ceux pour lesquels l'article 72, alinéa 2, exclut à circonstances égales un recours de l'établissement contre le même tiers (voir page 347, chiffre 2). Nous n'avons en revanche pas cru devoir mettre, en cas de faute légère, les *parents ou survivants de l'assuré* à l'abri d'une action de ce dernier ou d'autres survivants, car les considérations qui s'opposent à un recours de l'établissement contre ces personnes ne sauraient, pour la part de dommage non couverte par l'assurance, militer contre une action des lésés eux-mêmes.

3. Voici quelques exemples d'application des articles 72 et 96 :

a. L'accident a été causé par la faute, grave ou légère, d'un tiers sans rapports avec l'assuré ou son employeur ; pour le montant de ses prestations, l'établissement a un recours contre ce tiers et, pour le surplus du dommage, le lésé (assuré ou survivant) peut actionner lui-même le tiers.

b. Un accident mortel est dû à la faute légère de l'employeur de l'assuré. Pour les rentes qu'il sert aux survivants, l'établissement n'a pas de recours contre l'employeur et, pour l'excédent du dommage, les survivants eux-mêmes ne peuvent pas davantage actionner l'employeur.

c. Un accident suivi d'invalidité ayant été causé par la faute légère du frère de l'assuré, l'établissement est sans recours contre ce frère, tandis que l'assuré peut, s'il le juge convenable, l'actionner pour la part de dommage non couverte par la rente.

d. Un accident mortel a été causé par la faute grave du père de l'assuré ; celui-ci laisse une veuve. Le père est déchu de tout droit à une rente de survivant (art. 68, al. 2) ; pour la valeur de la rente servie à la veuve, l'établissement a un recours contre le père, qui répond en outre vis-à-vis de la veuve elle-même de la part de dommage non couverte par la rente.

Art. 97. Analogue à l'article 380 de la loi de 1899.

1. D'après l'article 341 du code fédéral des obligations, « 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... » ; l'alinéa 2 du même article ajoute que

« 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 ».

2. On peut en pratique estimer à trois semaines la durée maximum du « temps relativement court » et d'une « maladie passagère ». Or l'expérience montre que la charge résultant des trois premières semaines des *maladies ordinaires* est de 52 % soit environ la moitié de la charge résultant des six premiers mois de ces maladies (voir les « facteurs de réduction », page 262). En contribuant, pour la moitié au moins des primes, à une assurance-maladies qui fournit des prestations pendant au moins six mois (art. 10, al. 2, de notre projet), l'employeur paie donc lui-même les prestations de cette assurance en tant qu'elles s'appliquent aux trois premières semaines; c'est dire qu'il ne doit plus être tenu de payer, en vertu de l'article 341 du code des obligations, que l'excédent des indemnités prévues par cet article, sur les prestations de la caisse-maladies; ainsi en dispose l'*alinéa 1^{er}* de notre article 97.

3. Quant aux *maladies consécutives à un accident*, la statistique suisse (1888-1891) montre que les indemnités afférentes aux trois premières semaines de ces maladies représentent en moyenne le 11 % environ du coût total des indemnités d'accidents instituées par notre projet. Il suffirait donc que l'employeur contribuât par environ 11 % des primes à l'assurance-accidents, pour qu'il ne dût payer, en vertu de l'article 341 du code des obligations, que l'excédent des indemnités prévues par cet article, sur les prestations de l'établissement-accidents; or la contribution de l'employeur est d'au moins 75 % des primes restantes (art. 83). Cette différence de contribution compense amplement ledit excédent, d'autant plus que l'assurance ne couvre pas seulement les accidents survenus « sans la faute » de celui qui loue ses services et que, l'ouvrier ne vivant généralement pas « dans le ménage de son maître », l'article 341 du code n'obligerait pas l'employeur à lui fournir les soins et secours médicaux. Il convient donc, comme le fait l'*alinéa 2* de notre article 97, de statuer qu'en cas d'assurance contre les accidents l'art. 341 du code sera, pour les maladies couvertes par cette assurance, entièrement inapplicable à l'employeur qui supportait au moins trois quarts des primes restantes.

Art. 98. La première élection du conseil d'administration ne saurait se faire comme le prévoit l'article 26, vu qu'on ne connaîtrait pas encore la part de chacune des catégories d'intéressés, à la recette totale de primes.

Art. 99. Voir la partie générale, page 220, lettre e.

Art. 100. Il convient de réserver au Conseil fédéral la fixation de la date d'entrée en vigueur de la loi; cette date est en effet liée à l'achèvement de certains travaux préparatoires.

Veillez agréer, Monsieur le président et Messieurs, l'expression de notre haute considération.

Berne, le 10 décembre 1906.

Au nom du Conseil fédéral suisse :

Le président de la Confédération,

L. FORRER.

Le chancelier de la Confédération,

RINGIER.

TABLE DES MATIÈRES DU MESSAGE

concernant

**un projet de loi sur les assurances contre les maladies
et les accidents.**

	pages.
A. APERÇU HISTORIQUE	213-226
a. <i>Jusqu'à la votation populaire du 20 mai 1900.</i>	213
b. <i>Depuis la votation populaire du 20 mai 1900.</i>	219
B. PARTIE GÉNÉRALE	226-310
<i>Observations préliminaires</i>	226
I. Assurance contre les maladies	231-282
Encouragement de l'assurance	231
Surveillance fédérale des caisses de secours	236
Rôle des cantons	242
Conditions de la reconnaissance par la Confédération	245-270
<i>Siège en Suisse, etc.</i>	245
<i>Approbation des statuts et des comptes</i>	247
<i>Liberté de passage</i>	247
<i>Non-exclusion des citoyens suisses; admission des femmes</i>	253
<i>Minimum de prestations</i>	257
<i>Contrôle des tarifs médicaux; concours à l'assurance-accidents</i>	266
<i>Autres conditions éventuelles de reconnaissance</i>	267
Subsides aux caisses reconnues	271-282
<i>Subside ordinaire</i>	271
<i>Subside spécial</i>	276
<i>Subside éventuel à l'assistance médicale</i>	277
II. Assurance contre les accidents	282-308
Les assurés obligés et les assurés volontaires	283
Risques couverts par l'assurance obligatoire	285
L'établissement d'assurance contre les accidents; concours des caisses reconnues d'assurance contre les maladies	288
Prestations de l'établissement	298
Primes d'assurance	300
III. Charges financières de la Confédération	308
C. PARTIE SPÉCIALE	311-361

Projet.

Loi fédérale

sur

l'assurance contre les maladies et les accidents.

L'ASSEMBLÉE FÉDÉRALE

de la

CONFÉDÉRATION SUISSE,

En exécution de l'article 34^{bis} de la Constitution fédérale ;

Vu le message du Conseil fédéral du 10 décembre 1906,

décète :

TITRE PREMIER.

Assurance contre les maladies.

A. Dispositions générales.

Article premier.

La Confédération encourage l'assurance contre les maladies, par le moyen des caisses d'assurance qu'elle reconnaît, surveille et subventionne.

*Intervention de la
Confédération.*

Art. 2.

Les cantons peuvent :

- a. déclarer obligatoire l'assurance contre les maladies, en général ou pour certaines catégories de citoyens,
- b. créer des caisses publiques d'assurance contre les maladies,

*Compétences des
cantons.*

- c. astreindre les employeurs à contribuer aux frais d'une assurance obligatoire, contre les maladies, des personnes qu'ils occupent.

Les dispositions prises en application de l'alinéa précédent sont soumises à l'approbation du Conseil fédéral.

La Confédération contribue aux frais de surveillance des cantons qui ont déclaré obligatoire l'assurance; le Conseil fédéral fixe sans appel le montant de ces contributions.

Art. 3.

Surveillance
cantonale.

Chaque canton a droit de surveillance sur toutes les caisses de secours qui ont leur siège sur son territoire et qui ne sont pas soumises à la loi fédérale du 25 juin 1885, touchant la surveillance des entreprises privées en matière d'assurance.

L'autorité fédérale fournira gratuitement aux cantons, sur leur désir, un concours consultatif en vue d'une surveillance cantonale des caisses de secours.

A la demande du Conseil fédéral, les cantons lui font rapport sur leur activité en matière de caisses de secours.

B. Caisses reconnues d'assurance contre les maladies.

Art. 4.

Reconnaissance
par le
Conseil fédéral.

Le Conseil fédéral reconnaît les caisses de secours qui, pratiquant l'assurance contre les maladies seule ou en combinaison avec d'autres branches d'assurance, ont leur siège principal en Suisse et satisfont aux dispositions des articles ci-après.

La décision du Conseil fédéral, touchant la reconnaissance, est sans appel.

Art. 5.

Approbation des
statuts
et des comptes.

Les caisses qui désirent être reconnues doivent soumettre à l'approbation du Conseil fédéral leurs statuts ou autres dispositions touchant les droits et obligations de leurs membres ; il en est de même de toute modification à ces statuts ou dispositions, de la part d'une caisse déjà reconnue. Le Conseil fédéral examine notamment si la caisse offre à ses membres la sécurité nécessaire.

Dans les trois mois qui suivent la clôture de chaque exercice, les caisses reconnues doivent envoyer leurs comptes au Conseil fédéral ; celui-ci peut, dans les trois mois dès l'envoi, exiger le redressement de comptes incorrects.

Art. 6.

Libre-passage.

Les caisses reconnues sont tenues d'accueillir, avec droit immédiat aux prestations en cas de maladie, toute personne

- a. qui a déjà été affiliée durant au moins deux ans à une ou diverses caisses reconnues, le temps d'affiliation antérieur à une interruption de plus de deux mois n'étant pas compté,
- b. qui est obligée par les statuts de la caisse antérieure de renoncer à son affiliation, à cause d'un changement de domicile, de profession ou d'attachement, qui abandonne la caisse antérieure au moment où cette dernière cesse d'être reconnue, ou dont l'affiliation s'éteint par suite de dissolution de cette caisse,
- c. qui satisfait aux conditions générales d'admission de la caisse nouvelle, une condition de santé ou d'âge minimum ou maximum ne pouvant toutefois pas être opposée au passant,

d. et qui ne sera plus affiliée, dès le moment de son passage, à aucune autre caisse d'assurance contre les maladies.

La finance d'entrée et les contributions payables à la caisse nouvelle sont celles que cette caisse exige généralement d'un entrant du même âge.

La caisse nouvelle n'est pas tenue d'assurer au passant des prestations différant, par leur nature ou leur montant, de celles qu'à circonstances égales elle garantit à ses autres membres.

Si une caisse exige, pour l'admission de passants, qu'ils remplissent une condition de nature politique ou confessionnelle, le temps d'affiliation à cette caisse n'est pas compté pour le passage à une autre caisse.

Art. 7.

Non-exclusion de
citoyens suisses.

Les caisses reconnues ne peuvent refuser d'admettre, à cause de leur nationalité, des citoyens suisses.

Art. 8.

Assurance des
femmes.

Elles doivent assurer aux mêmes conditions les personnes de l'un et de l'autre sexe.

Art. 9.

Stage.

Dans les caisses reconnues, la durée minimum d'affiliation exigée pour qu'un assuré ait droit aux prestations en cas de maladie (stage) ne peut excéder trois mois; les dispositions des articles 6 et 11 demeurent réservées.

Art. 10.

Prestations
minimes.

Les caisses reconnues doivent, à leurs propres frais, fournir en cas de maladie, à ceux de leurs assurés qui ont droit aux prestations, au moins le traitement médical et les médicaments, ou une indemnité journalière de chômage qui ne peut être inférieure à un franc pour une incapacité totale de travail.

Si la maladie a été annoncée conformément aux statuts, le traitement médical et les médicaments doivent être fournis dès le début, et l'indemnité de chômage au plus tard le troisième jour qui suit le jour du début de la maladie (délai d'attente); sauf guérison, les prestations ne peuvent, moins de six mois à partir du début de la maladie, cesser d'atteindre le minimum fixé au premier alinéa.

Art. 11.

Toute assurée en couches doit bénéficier des mêmes prestations que pour une maladie proprement dite si, au jour de son accouchement, elle avait déjà été affiliée durant au moins six mois à une ou diverses caisses reconnues; le temps d'affiliation antérieur à une interruption de plus de deux mois n'est pas compté.

Prestations aux accouchées.

Si, au moment où elle redevient capable de travail, l'accouchée se trouve encore légalement empêchée de reprendre l'exercice de sa profession, elle doit, pour la durée ultérieure de cet empêchement, avoir droit à la moitié au moins de l'indemnité de chômage prévue pour une maladie proprement dite.

Art. 12.

Les tarifs établis ou les contrats passés par des caisses reconnues, touchant les soins médicaux ou la fourniture de médicaments, doivent prévoir une rémunération convenable, en tenant compte des circonstances locales. Le Conseil fédéral tranche sans appel toute contestation portant sur une violation de la disposition qui précède.

Contrats avec des médecins ou pharmaciens.

Art. 13.

Les caisses reconnues doivent prêter leur concours au service de l'assurance contre les accidents, suivant les articles 33 à 37 de la présente loi.

Concours à l'assurance-accidents.

Art. 14

Personnalité ;
exemption
d'impôts.

Les caisses reconnues sont de plein droit personnes civiles. Sauf dispositions contraires des statuts, leurs membres sont exonérés de toute responsabilité personnelle quant aux engagements de la caisse.

Les caisses reconnues sont exemptes d'impôts, sauf en ce qui touche leur fortune immobilière non directement affectée au service de la caisse.

Demeurent exempts de droits de timbre et de toute autre imposition, les actes destinés au service direct de la caisse et qui sont dressés par elle ou à son intention.

Art. 15.

Contestations.

Les contestations de droit privé entre caisses reconnues, ou entre une de ces caisses et ses assurés ou des tiers, relèvent des tribunaux ordinaires, à moins que la législation cantonale ou les statuts, ces derniers en ce qui touche les contestations d'une caisse avec ses assurés, n'en disposent autrement.

La disposition de l'article 88, lettre *d*, demeure réservée.

Art. 16.

Renonciation à la
connaissance.

Un caisse peut renoncer en tout temps à sa qualité de caisse reconnue.

Art. 17.

Amende; retrait
de la
reconnaissance.

Le Conseil fédéral peut, d'office ou sur plainte, condamner à une amende de cent francs au maximum toute caisse qui contrevient à une disposition des articles 5 à 13.

En cas de contravention persistante et après sommation, le Conseil fédéral peut prononcer le retrait de la reconnaissance.

Ce retrait doit être prononcé contre toute caisse qui n'offre plus à ses membres la sécurité nécessaire.

La décision du Conseil fédéral portant condamnation à une amende ou retrait de la reconnaissance est sans appel.

Demeure réservée, la responsabilité civile ou pénale des personnes qui dirigent la caisse.

Le produit des amendes prononcées en application du présent article sera employé dans l'intérêt de l'assurance contre les maladies.

Art. 18.

En cas de renonciation ou de retrait, une caisse n^a peut être reconnue à nouveau qu'après trois ans écoulés.

Nouvelle
reconnaissance.

C. Subsidés fédéraux.

Art. 19.

La Confédération paie aux caisses reconnues, pour chacun de leurs assurés, un subside de un centime par jour d'assurance.

Subside ordinaire.

Le subside fédéral est porté à un centime et demi pour les assurés auxquels leur caisse garantit, au sens de l'article 10 et en plus du minimum fixé par le premier alinéa dudit article, une indemnité journalière de chômage d'au moins un franc.

Pour une personne appartenant à plus d'une caisse reconnue, le subside fédéral n'est payé qu'à la caisse dont cette personne est membre depuis le temps le plus long.

Les subsides fédéraux sont versés par l'intermédiaire des gouvernements cantonaux, suivant un bordereau établi et certifié exact par le gouvernement de chaque canton pour les caisses reconnues qui ont leur siège sur son territoire. Sous réserve de recours contre la caisse intéressée, un canton auquel il a été trop

versé peut être tenu à restitution. Pour les caisses dont l'activité s'étend à plusieurs cantons, le versement des subsides fédéraux peut avoir lieu directement.

Le Conseil fédéral tranche sans appel toute contestation portant sur les subsides fédéraux.

Art. 20.

Subside spécial.

Sur la demande des caisses reconnues pour lesquelles les circonstances topographiques rendent la prestation des soins médicaux et des médicaments particulièrement coûteuse, la Confédération paie à ces caisses une part de leur surcroît de frais.

Ce subside ne peut dépasser un centime par jour d'assurance; il est fixé sans appel par le Conseil fédéral.

TITRE DEUXIÈME.

Assurance contre les accidents.

A. Etablissement suisse d'assurance contre les accidents.

Art. 21.

Est;
personnalité.

Il est créé un « établissement suisse d'assurance contre les accidents », qui pourvoit au service de l'assurance contre les accidents conformément à la présente loi.

Cet établissement est de plein droit personne civile et a son siège à Berne.

Art. 22.

Frais d'installation et d'administration.

La Confédération supporte les frais d'installation et la moitié des frais d'administration de l'établissement.

Art. 23.

Franchise postale.

Les organes de l'établissement jouissent de la franchise postale.

Pour ses paiements et ses encaissements, l'établissement peut user gratuitement des services de la poste.

Art. 24.

L'établissement est exempt d'impôts, sauf en ce qui touche sa fortune immobilière non directement affectée au service de l'assurance.

Exemption
d'impôts.

Les actes destinés au service direct de l'établissement et qui sont dressés par lui ou à son intention demeurent exempts de droits de timbre et de toute autre imposition.

Le Tribunal fédéral tranche les contestations portant sur l'application du présent article.

Art. 25.

L'établissement est géré par une direction, que le Conseil fédéral nomme sur préavis du conseil d'administration.

Direction.

Art. 26.

La direction est assistée d'un conseil d'administration.

Ce conseil compte trente à quarante membres; il est composé de représentants des employeurs, des assurés obligés, des assurés volontaires et de la Confédération, suivant la proportion dans laquelle chaque catégorie participe au total des primes encaissées par l'établissement.

Conseil
d'administratif.

Les représentants des employeurs, des assurés obligés et des assurés volontaires sont élus pour une durée de six ans par les intéressés de chacune de ces catégories; le Conseil fédéral nomme pour une même durée les représentants de la Confédération.

Art. 27.

Compétences
du conseil
d'administration.

Le conseil d'administration préavise auprès du Conseil fédéral sur les objets importants qui intéressent l'établissement, tels que :

- a. les ordonnances à édicter en exécution du présent titre,
- b. les rapports et comptes annuels,
- c. la nomination de la direction.

Sur la proposition de la direction, le conseil fixe et revise le tarif des primes (art.75) et le tableau de couvertures des rentes.

Il statue sur les recours en matière de classement des entreprises (art. 76 à 78).

Il peut, avec l'approbation du Conseil fédéral, déléguer à une ou plusieurs de ses sections telles des compétences ci-dessus.

Art. 28.

Agences.

L'établissement ouvre des agences dans les divers cantons ; les agents représentent l'établissement suivant les instructions qu'ils ont reçues.

Art. 29.

Associations
professionnelles.

Les associations professionnelles qui s'étendent à un territoire considérable peuvent être, sur leur demande, appelées à concourir au service de l'assurance, notamment en matière de :

- a. classement des divers genres d'entreprises (art. 75, alinéa 2) ;
- b. prévention des accidents.

Art. 30.

Surveillance
fédérale.

L'établissement est sous la surveillance du Conseil fédéral.

Celui-ci peut, d'office ou sur plainte, s'opposer à toute décision de la direction ou du conseil d'administration qui serait contraire à une gestion correcte ou qui compromettrait la sécurité de l'établissement.

Chaque année pour la fin de juin, la direction dresse le rapport et les comptes de l'établissement pour l'exercice écoulé et les soumet, avec le préavis du conseil d'administration, à l'approbation du Conseil fédéral.

Art. 31.

Le Conseil fédéral arrête les dispositions de détail touchant l'organisation de l'établissement, ainsi que les traitements de la direction et du conseil d'administration.

Dispositions
d'organisation.

Art. 32.

Les membres de la direction et du conseil d'administration, de même que les employés de l'établissement, sont soumis au code pénal fédéral du 4 février 1853, notamment aux articles 53 et suivants de ce code.

Responsabilité.

**B. Concours des caisses reconnues d'assurance
contre les maladies.**

Art. 33.

L'établissement suisse d'assurance contre les accidents peut en tout temps confier une agence à une caisse reconnue, pour le territoire auquel s'étend l'activité habituelle de cette caisse.

Service d'agence.

Il peut notamment se faire représenter par une caisse reconnue, pour l'encaissement des primes, le service des avis, des enquêtes et de la surveillance en cas d'accidents, de même que pour la fourniture des prestations de l'établissement. La caisse ré-

pond d'une exécution consciencieuse du mandat qu'elle a reçu.

L'établissement rembourse à la caisse le montant des dépenses que lui a causées l'exécution du mandat, et lui paie une commission équitable pour sa peine; sont toutefois exceptées, les dépenses causées par les prestations qui incombent à la caisse elle-même en vertu de l'article 36.

Art. 34.

Réassurance.

L'établissement peut en tout temps réassurer auprès d'une caisse reconnue, en ce qui touche les prestations à fournir en vertu des articles 50 à 57 pour les six premières semaines d'une maladie résultant d'accident, un assuré domicilié sur le territoire auquel s'étend l'activité habituelle de cette caisse.

Art. 35.

Primes de réassurance; commissions.

La réassurance a lieu contre cession, par l'établissement à la caisse, d'une part des primes perçues par l'établissement lui-même. Sur la proposition de la direction de l'établissement et après avoir entendu des représentants des caisses reconnues, le Conseil fédéral fixe par un tarif les primes de réassurance et les commissions prévues à l'article 33.

Art. 36.

Accident réassuré.

En cas d'accident réassuré, la caisse fournit à son propre compte mais au nom de l'établissement les prestations prévues aux articles 50 à 57, durant les six premières semaines d'une maladie résultant de l'accident.

Toutefois, la caisse doit demander et observer les instructions de l'établissement :

- a. s'il s'agit d'appliquer les dispositions des articles 47, alinéas 3 ou 4, 50, alinéas 2 ou 3, 51, alinéa 2, 57, 67 à 69 ou 72 ;
- b. s'il y a contestation sur des mesures prises (art. 48, alinéa 2) ou sur des prestations de l'assurance.

Art. 37.

Au cours des six semaines qui suivent un accident réassuré, l'établissement peut en tout temps relever la caisse des obligations statuées à l'article 36 ; la caisse rembourse alors à l'établissement le montant des dépenses causées par les prestations qui incombaient à la caisse en vertu de l'article 36.

Reprise d'un
accident réassuré

C. Assurance obligatoire.

I. Personnes tenues à l'assurance.

Art. 38.

Sont tenues à l'assurance toutes les personnes occupées en Suisse, comme employés ou ouvriers, dans une entreprise des catégories suivantes :

Obligation.

1. les entreprises de chemins de fer, de bateaux à vapeur, ou la poste ;
2. les exploitations soumises à la loi fédérale sur le travail dans les fabriques, du 23 mars 1877 ;
3. les industries qui produisent ou mettent en œuvre des matières explosibles ;
4. les industries ou travaux ci-après, lorsque l'entrepreneur occupe, durant le temps du travail, plus de cinq ouvriers en moyenne :
 - a. l'industrie du bâtiment ;

- b. le voiturage par terre ou par eau, et le flottage ;
- c. la pose ou la réparation de lignes téléphoniques ou télégraphiques, le montage ou le démontage de machines ou l'exécution d'installations de nature technique ;
- d. la construction de chemins de fer, tunnels, routes ou ponts, les travaux hydrauliques, le creusage de puits ou galeries, les travaux de canalisation ou l'exploitation de mines, carrières ou gravières.

Les apprentis, volontaires et stagiaires occupés dans ces entreprises sont soumis à l'assurance même s'ils ne gagnent aucun salaire.

Dans les industries ou travaux mentionnés sous chiffres 3 ou 4, les employés ou ouvriers d'un tâcheron de l'entrepreneur sont, au sens de la présente loi, considérés comme employés ou ouvriers de l'entrepreneur lui-même.

L'obligation à l'assurance n'est pas interrompue par le fait qu'un assuré travaille passagèrement à l'étranger.

Une occupation seulement passagère en Suisse, pour compte d'une entreprise étrangère, ne fonde pas d'obligation à l'assurance.

Art. 39.

Extension.

L'Assemblée fédérale peut statuer l'obligation à l'assurance pour d'autres catégories de personnes que celles visées à l'article 38.

Art. 40.

**Contestations
sur l'obligation.**

Le Conseil fédéral tranche sans appel toute contestation portant sur l'obligation à l'assurance de

telle personne ou classe de personnes ; il peut donner à sa décision un effet rétroactif, à partir d'une date fixée par lui.

La décision du Conseil fédéral lie les tribunaux.

Art. 41.

L'assurance auprès de l'établissement suisse d'assurance contre les accidents commence ou cesse par l'acquisition ou par la perte de la qualité qui fonde l'obligation à l'assurance.

Avis d'entrée et de sortie.

Dans les quatre jours dès le commencement ou la cessation de l'assurance de ses employés et ouvriers, l'employeur est tenu d'en aviser l'établissement (avis d'entrée et de sortie).

Art. 42.

Le défaut d'un avis d'entrée donné en temps utile ne dispense pas de payer les primes dès le commencement de l'assurance.

Retard d'avis d'entrée.

En cas de retard inexcusable, les primes afférentes au temps antérieur à l'avis peuvent être portées jusqu'au quintuple ; la Confédération ne contribue pas au montant dont les primes ont été majorées, et l'employeur n'est pas autorisé à s'en récupérer sur l'assuré. L'employeur peut en outre être tenu de rembourser à l'établissement le coût des prestations fournies ou encore à fournir pour un accident survenu antérieurement à l'avis.

Art. 43.

En cas de retard inexcusable d'un avis de sortie, les primes courent jusqu'au jour de l'avis ; la Confédération ne contribue pas aux primes courues depuis la cessation de l'assurance, et l'employeur n'est pas autorisé à s'en récupérer sur l'ancien assuré.

Retard d'avis de sortie.

Art. 44.

Etat du
personnel.

Tout chef d'une entreprise mentionnée à l'article 38 doit tenir un état exact des employés et ouvriers occupés dans cette entreprise et renseigner l'établissement sur tout ce qui intéresse l'assurance.

Art. 45.

Prévention
des accidents.

Dans toutes les entreprises mentionnées à l'article 38, l'employeur doit prendre, pour protéger la santé de son personnel et pour prévenir les accidents, toutes les mesures dont l'expérience a montré l'opportunité et que les progrès de la science et les circonstances permettent d'appliquer. La direction de l'établissement suisse d'assurance contre les accidents peut édicter à ce sujet des prescriptions ou défenses, sous réserve d'un recours au Conseil fédéral.

II. Objet de l'assurance.

Art. 46.

Accidents.

L'établissement assure contre les accidents qui entraînent une incapacité passagère de travail (maladie), une infirmité permanente (invalidité) ou le décès.

III. Constatation des accidents.

Art. 47.

Avis d'accident.

Tout assuré atteint d'un accident qui entraîne ou entraînera probablement une invalidité ou une maladie

doit en aviser dans les deux jours son employeur ou le représentant de celui-ci. Si un accident entraîne le décès, la même obligation incombe solidairement aux survivants (art. 61), dans les deux jours à partir de la date où ils apprennent le décès.

L'employeur, ou son représentant, apprenant qu'un accident a entraîné ou entraînera probablement le décès, une invalidité ou une maladie pour un assuré qu'il occupe, doit en aviser dans les deux jours l'établissement.

Un retard inexcusable dans l'avis d'accident a pour conséquence, au cas de l'alinéa 1^{er}, la privation totale ou partielle des prestations en argent pour le temps antérieur à l'avis et, au cas de l'alinéa 2, l'obligation pour l'employeur de rembourser à l'établissement le montant de ces prestations; en outre, les contrevenants peuvent être rendus solidairement responsables, à l'égard de l'établissement, du dommage causé par le retard.

L'établissement peut refuser toute prestation si, par un retard inexcusable de l'assuré ou de ses survivants, l'accident ou le décès n'ont pas été annoncés à l'établissement dans les trois mois.

La disposition de l'article 64, demeure réservée.

Art. 48.

Sitôt informé d'un accident, l'établissement en fait constater la réalité, les circonstances et les causes.

Il prend constamment les mesures nécessaires au traitement approprié de l'assuré, ainsi qu'à la fixation de la nature et de la gravité de la lésion; toute contrevention inexcusable à ces mesures peut motiver pour l'avenir une privation totale ou partielle des prestations de l'assurance.

Enquêtes et
traitement.

IV. Prestations de l'établissement.

Art. 49.

Prestations.

L'établissement fournit

- a. les soins médicaux et une indemnité de chômage,
- b. une rente d'invalidité,
- c. une indemnité funéraire et des rentes de survivants.

a) *Soins médicaux et indemnité de chômage.*

Art. 50.

Soins médicaux.

Dès la date de l'accident et pour la durée de la maladie qui en résulte, l'assuré a droit aux soins médicaux, médicaments et autres appareils et moyens de traitement, ainsi qu'au remboursement des frais nécessaires de voyage.

Si l'assuré manque des soins de garde indispensables, l'établissement peut les lui procurer.

Au lieu du traitement médical et des soins de garde à domicile, mais dans la règle seulement avec l'assentiment de l'assuré et des membres de sa famille, l'établissement peut ordonner le transfert dans une infirmerie.

Art. 51.

Choix du médecin.

L'assuré peut choisir pour son traitement un médecin parmi ceux qui pratiquent ordinairement dans son lieu de séjour ou dans les environs.

D'office ou sur la demande du médecin traitant, de l'assuré ou de sa famille, l'établissement peut ordonner ou autoriser la consultation d'un second médecin.

Les médecins porteurs du diplôme fédéral sont seuls réputés médecins au sens de la présente loi.

Art. 52.

L'établissement n'est pas tenu de supporter des frais de traitement injustifiés, ni de payer davantage que ne prévoit le tarif.

Tarif médical.

Le tarif médical est fixé par le Conseil fédéral, sur préavis de la commission médicale suisse, en tenant compte des circonstances locales. Les noms des médecins qui acceptent le tarif, et qui par conséquent ne demandent pas aux assurés eux-mêmes un complément d'honoraires, doivent être publiés.

Art. 53.

L'assuré peut à son choix se procurer les médicaments auprès d'une pharmacie publique existant dans son lieu de séjour ou dans les environs.

Choix de la pharmacie.

Les pharmacies tenues par une personne au bénéfice du diplôme fédéral, ou par un médecin porteur d'une autorisation cantonale de tenir une pharmacie, sont seules réputées pharmacies au sens de la présente loi.

Art. 54.

L'établissement n'est pas tenu de supporter les frais de médicaments non prescrits par un médecin compétent (art. 51), ni de payer davantage que ne prévoit le tarif.

Tarif des médicaments.

Le tarif des médicaments est fixé par le Conseil fédéral, sur préavis de la société suisse de pharmacie. Les noms des pharmaciens qui acceptent le tarif, et qui par conséquent ne demandent pas aux assurés un complément d'honoraires, doivent être publiés.

Art. 55.

Le Conseil fédéral, sur la proposition de la direc-

Médecins et pharmaciens exclus.

tion de l'établissement, peut retirer pour un temps déterminé, à tout médecin ou pharmacien qui a commis des abus à l'égard de l'établissement, le droit de traiter des assurés ou de leur fournir des médicaments pour compte de l'assurance.

Art. 56.

Indemnité de
chômage.

Dès et y compris le troisième jour qui suit le jour de l'accident et pour la durée de la maladie qui en résulte, l'assuré a droit à une indemnité journalière de chômage comportant, en cas d'incapacité totale de travail, 60 % du gain journalier fixé conformément à l'article 74.

Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité de chômage subit une réduction proportionnelle.

Art. 57.

Affectation
spéciale
de l'indemnité
de chômage.

L'établissement peut prendre des mesures pour que tout ou partie de l'indemnité de chômage soit employé à l'entretien de l'assuré ou des personnes dont il est chargé.

Toute autorité d'assistance qui justifie en temps utile avoir fourni, durant la maladie, des secours en argent pour l'entretien du malade ou des personnes dont il était chargé peut se faire désintéresser par l'établissement sur le montant de l'indemnité de chômage afférente au temps de cette assistance.

Pour couvrir les frais que lui causent la garde à domicile ou le transfert dans une infirmerie (art. 50, alinéa 2 et 3), l'établissement peut retenir tout ou partie de l'indemnité de chômage ; toutefois, si l'assuré est chargé de membres de sa famille et que leur entretien l'exige, cette retenue ne peut être de plus d'une moitié.

b) *Rente d'invalidité.*

Art. 58.

S'il y a lieu d'admettre que l'accident entraînera une infirmité permanente (invalidité), les prestations antérieures sont remplacées pour l'avenir par une rente viagère d'invalidité.

Montant

Cette rente comporte, en cas d'incapacité totale de travail, 60 % du gain annuel (art. 65) de l'assuré.

Si l'incapacité de travail n'est que partielle, la rente subit une réduction proportionnelle.

Art. 59.

Si l'incapacité de travail devient notablement autre que celle admise jusqu'alors, la rente est pour l'avenir augmentée, réduite ou supprimée.

Révision.

Les dispositions de l'article 69 demeurent réservées.

c) *Indemnité funéraire et rentes de survivants.*

Art. 60.

Si l'assuré succombe à l'accident, les prestations antérieures cessent et l'établissement paie les frais d'obsèques convenables, à concurrence de quarante francs.

Indemnité funéraire.

Art. 61.

En outre, les parents survivants ont droit pour l'avenir à des rentes proportionnées au gain annuel (art. 65) de l'assuré, savoir :

Rentes de survivants.

1. la veuve, durant sa viduité, 30 % ;
2. le veuf déjà infirme ou qu'une incapacité permanente de travail atteint dans les cinq ans dès le décès de l'assurée, durant sa viduité, 20 % ;

3. chaque enfant légitime, même posthume, 15 % ; si l'enfant perd par ce décès ou plus tard le second de ses père et mère, la rente est portée à 25 % ; elle court jusqu'à l'âge de 16 ans révolus ou, si à cet âge l'enfant est atteint d'une incapacité permanente de travail, jusqu'à ce que 70 ans se soient écoulés depuis la naissance de l'assuré ;
4. les ascendants en ligne directe, leur vie durant, et les frères et sœurs jusqu'à l'âge de 16 ans révolus, 20 % , à répartir également entre eux tous.

Le conjoint survivant n'a droit à une rente que si la publication de son mariage est antérieure à l'accident ; si au moment de l'accident le conjoint était divorcé ou séparé de corps d'avec l'assuré en vertu d'un jugement exécutoire, il n'a droit à une rente que dans la mesure où l'assuré était tenu vis-à-vis de lui à des aliments.

Les enfants qui déjà au moment de l'accident étaient légalement adoptés ou légitimés sont assimilés aux enfants légitimes.

Il en est de même de tout enfant naturel, quant aux droits qui dérivent du décès de sa mère.

Est également assimilé à un enfant légitime, quant aux droits qui dérivent du décès de son père, tout enfant naturel dont la filiation a été établie par un prononcé exécutoire ou par une reconnaissance écrite et digne de foi de l'assuré.

Art. 62.

Les rentes de survivants ne peuvent au total excéder 50 % du gain annuel (art. 65) de l'assuré.

Le total des rentes du conjoint et des enfants est, le cas échéant, ramené au 50 % par une réduction proportionnelle.

Totalité des
rentes.

L'extinction de la rente d'un de ces parents profite d'abord aux autres, proportionnellement et dans la limite de leurs droits.

Les parents visés sous chiffre 4 de l'article 61 n'exercent leurs droits que sur la différence entre le 50 % précité et le total des rentes du conjoint et des enfants.

L'extinction de la rente d'un parent visé sous chiffre 4 de l'article 61 profite en parts égales aux autres parents visés sous le même chiffre; toutefois, aucun de ces parents ne peut dans le même temps bénéficier d'une rente supérieure à celle du conjoint ou d'un enfant.

Art. 63.

En cas de nouveau mariage et sans préjudice de ses droits jusqu'à ce jour, la veuve reçoit en liquidation de sa rente le triple du montant annuel de cette dernière. Durant trois ans à partir de la liquidation et au sens des articles 61 et 62, la rente est, en faveur de l'établissement, réputée maintenue et au bénéfice de l'extinction d'autres rentes.

Nouveau mariage
de la veuve.

Art. 64.

L'établissement peut publier un avis invitant, sous peine de forclusion des droits résultant pour eux de l'accident, les survivants (art. 61) à s'annoncer dans un délai de six mois au moins.

Appel aux
survivants.

d) *Dispositions communes.*

Art. 65.

Le gain annuel est réputé égal à trois cents fois le gain journalier fixé conformément à l'article 74.

Fixation du gain
annuel.

Si au jour de l'accident l'assuré ne gagnait pas encore le salaire normal d'un adulte de la même profession, les rentes se calculent d'après ce salaire dès l'époque où il l'aurait probablement atteint à défaut d'accident.

Art. 66.

Échéance
des prestations.

Sauf accord spécial, l'indemnité de chômage est payable à la fin de chaque semaine; en cas d'indigence, des acomptes sont fournis en cours de semaine.

Les rentes d'invalidité ou de survivants sont payables le premier jour de chaque mois, d'avance. Si une rente prend cours après le premier du mois, la part d'arrérage afférente aux jours du mois qui restent à courir échoit le premier jour du mois suivant.

Si une rente s'éteint ou subit une modification au cours d'un mois, il n'y a pas lieu à remboursement ou à complément pour les jours du mois qui restent à courir.

Art. 67.

Prescription.

L'établissement peut déclarer prescrit tout arrérage mensuel (art. 66, alinéa 2) non réclamé, par l'ayant droit ou en son nom, dans les trois mois à partir de l'échéance.

Le droit à une rente déjà allouée se trouve prescrit et doit être radié par l'établissement, si depuis deux ans aucun arrérage échu n'a été réclamé par l'ayant droit ou en son nom.

Art. 68.

Déchéance.

Si l'assuré s'est attiré un accident intentionnellement ou par un fait délictueux ou dolosif, lui-même ou ses survivants peuvent être déclarés déchus, pour cet accident, de tous droits aux prestations de l'assurance autres que l'indemnité funéraire.

Il en est de même, en ce qui touche une rente, du survivant qui a causé l'accident intentionnellement, par un fait délictueux ou dolosif, ou par un faute grave.

Si l'assuré a lui-même causé l'accident par une faute

grave, l'indemnité de chômage et les rentes d'invalidité ou de survivants peuvent être réduites à concurrence de moitié.

Il n'y a toutefois pas lieu à déchéance ou à réduction si l'auteur de l'accident se trouvait, sans sa faute en état d'irresponsabilité.

Art. 69.

Si l'on constate que le décès, l'invalidité ou la maladie n'est en rien ou seulement en partie l'effet d'un accident assuré, ou que l'invalidité ou la maladie n'existe pas ou seulement dans une mesure notablement moindre que celle admise jusqu'alors, les prestations de l'assurance sont pour l'avenir supprimées ou réduites, et l'établissement peut exiger la restitution du montant des prestations en argent indûment fournies.

Domage non
assuré;
simulation.

L'assuré ou ses survivants, s'ils ont intentionnellement induit en erreur l'établissement, peuvent être déferés par la direction au juge pénal cantonal, sous prévention d'escroquerie ou de tentative d'escroquerie.

Art. 70.

L'établissement peut racheter en tout temps, sur la base du tableau de couverture des rentes et même contre la volonté du titulaire, toute rente d'invalidité ou de survivant dont le montant annuel n'atteint pas cent francs ou dont le titulaire est depuis au moins un an domicilié à l'étranger.

Rachat.

En tout autre cas, le rachat ne peut avoir lieu qu'avec le consentement du titulaire.

Toute rente rachetée avec le consentement de son titulaire est définitivement liquidée. En revanche, l'inva-

lide dont la rente a été rachetée contre sa volonté peut, si son incapacité de travail devient notablement plus grave que celle admise au moment du rachat, exiger pour l'avenir, au sens des articles 58 et 59, l'allocation d'une rente complémentaire, à laquelle s'appliquent les dispositions du présent article.

Au sens des articles 61 et 62, une rente rachetée de survivant est, en faveur de l'établissement, réputée maintenue et au bénéfice de l'extinction d'autres rentes, jusqu'au moment où, d'après la probabilité prise comme base du rachat, elle se serait éteinte à défaut de rachat.

Art. 71.

Pluralité d'acci-
dents.

Si le titulaire d'une rente d'invalidité est atteint d'un nouvel accident couvert par l'assurance et n'entraînant qu'une maladie, la rente antérieure demeure sans changement et sans influence sur l'indemnité de chômage payable en raison du nouvel accident; cette indemnité se base sur le gain journalier de l'assuré au temps du nouvel accident.

Dans tous les autres cas où un nouvel accident couvert par l'assurance atteint le bénéficiaire d'une indemnité de chômage ou d'une rente d'invalidité, les droits dérivant des divers accidents sont joints et, pour l'avenir, les prestations de l'assurance se basent sur le gain que l'assuré aurait probablement réalisé au temps du nouvel accident, s'il n'avait pas subi d'accident antérieur; l'article 65, alinéa 2, est applicable par analogie.

Art. 72.

Reassur.

L'établissement est subrogé, pour le montant de ses prestations, aux droits de l'assuré ou des survivants (art. 61) contre tout tiers civilement responsable de l'accident.

L'établissement ne peut toutefois faire valoir ces droits contre un parent ou survivant (art. 61) de l'assuré, contre l'employeur de l'assuré, lorsqu'il supportait au moins trois quarts des primes restantes (art. 81), ou enfin contre un parent, employé ou ouvrier de cet employeur, que s'ils ont causé l'accident intentionnellement, par un fait délictueux ou dolosif, ou par une faute grave.

V. Primes d'assurance.

Art. 73.

Pour chaque assuré, l'établissement perçoit une prime par jour ouvrable d'assurance.

Généralités.

La prime est fixée d'après le montant du gain journalier (art. 74) de l'assuré et d'après les risques d'accidents de l'entreprise qui l'occupe (art. 75 à 78).

Art. 74.

Si le gain varie d'un jour à l'autre, spécialement pour un travail à la tâche ou à l'heure, il est fixé d'après une moyenne.

Fixation du gain journalier.

Les allocations supplémentaires régulières sont portées en compte comme gain.

Les assurés non salariés sont réputés gagner le salaire le plus bas des ouvriers adultes travaillant dans la même entreprise ou partie d'entreprise, ou dans les entreprises les plus voisines de même espèce ou d'espèce analogue. Cette disposition s'applique également aux assurés qui gagnent un salaire de commençant inférieur à ce salaire de comparaison.

En cas de traitement annuel ou mensuel, la trois-centième ou vingt-cinquième partie de ce traitement est réputée gain journalier.

Avec l'approbation du Conseil fédéral, le conseil d'administration peut répartir les assurés, d'après leur gain journalier (alinéas 1^{er} à 4), en classes de salaires; un montant unique pour chaque classe est alors réputé gain journalier de tout assuré appartenant à cette classe, en ce qui touche le calcul des primes et des prestations en argent de l'établissement.

Art. 75.

Tarif des primes

Sur la proposition de la direction, le conseil d'administration dresse un tarif des primes.

Ce tarif répartit les divers genres d'entreprises, suivant leurs risques d'accidents, en classes de risques. Une même classe peut comporter divers degrés de risques, tenant compte des mesures préventives d'accidents et d'autres circonstances spéciales qui influent sur les risques.

Pour chaque classe ou degré de risques, le tarif indique le montant de la prime en proportion du gain journalier.

Chaque année, avant le 1^{er} novembre et pour le 1^{er} janvier suivant, le tarif peut être modifié d'après les expériences faites.

Art. 76.

Classement des entreprises.

Chaque entreprise est attribuée par la direction, conformément au tarif, à une classe et, le cas échéant, à un degré de risques.

Le classement d'une entreprise peut avoir lieu en bloc ou par groupes de son personnel.

Art. 77.

Nouveau classement.

D'office ou sur la demande de l'employeur ou d'un assuré intéressé, la direction peut chaque année, avant le

1^{er} décembre et pour le 1^{er} janvier suivant, modifier le classement.

En cas de contravention à l'article 45, la direction peut en tout temps attribuer l'entreprise à un degré de risques plus élevé; le cas échéant, elle fixe la date à partir de laquelle cette attribution nouvelle déploiera un effet rétroactif.

L'employeur est tenu d'aviser, dans les huit jours l'établissement de toute modification, touchant l'entreprise ou le mode d'occupation des assurés, de nature à augmenter les risques d'accidents; la direction modifie alors le classement et, le cas échéant, fixe la date à partir de laquelle le nouveau classement déploiera un effet rétroactif.

Le défaut d'un avis donné en temps utile ne dispense pas de payer les primes suivant le classement nouveau, depuis la date de sa prise d'effet. En cas de retard inexcusable, les primes afférentes au temps du retard peuvent être majorées à concurrence du quintuple, sans que la Confédération contribue au montant de la majoration ni que l'employeur puisse s'en récupérer sur les assurés.

Art. 78.

Les décisions prises par la direction en vertu des articles 76 et 77, alinéas 1^{er} à 3, sont communiquées par écrit à l'employeur pour lui et les assurés intéressés.

Communications
l'employeur.

Dans les vingt jours à partir de cette communication, l'employeur ou tout assuré intéressé peut recourir contre la décision au conseil d'administration; ce recours est sans effet suspensif.

Art. 79.

La Confédération contribue aux primes par un subside qui égale 30 % pour une prime journalière de un centime et qui, diminuant de 1 % pour chaque augmen-

Subside fédéral.

tation de un centime dans le montant de la prime journalière, égale 16 % pour une prime journalière de quinze centimes ; il n'est pas payé de subside au montant dont une prime journalière dépasse quinze centimes.

Le Conseil fédéral tranche sans appel toute contestation portant sur les subsides fédéraux.

Art. 80.

Perception des
subsides fédéraux

Le montant des subsides fédéraux est provisoirement estimé par la direction et perçu par l'établissement, pour une année d'avance.

A la fin de l'année, les subsides fédéraux sont définitivement calculés d'après le total effectif des primes de l'année ; l'insuffisance ou l'excès du montant perçu d'avance fait l'objet d'une perception complémentaire ou d'une compensation.

Art. 81.

Perception des
primes restantes.

Le montant des parts de primes non couvertes par les subsides fédéraux (primes restantes) est, pour tous les assurés d'une même entreprise, provisoirement calculé par la direction et payé par l'employeur, pour une année d'avance ; ce calcul se base sur le total des gains journaliers de l'année précédente dans la même entreprise ou, pour une entreprise nouvellement fondée, sur le total probable des gains journaliers jusqu'à la fin de l'année.

A la fin de l'année, les primes restantes sont définitivement calculées d'après le total effectif des gains journaliers de l'année ; l'insuffisance ou l'excès du montant payé d'avance fait l'objet d'une perception complémentaire ou d'une compensation, lors du paiement provisoire des primes restantes de l'année nouvelle.

Le résultat de ces calculs est communiqué par écrit à l'employeur, qui doit dans les trente jours payer

à l'établissement, sans frais pour ce dernier, la somme indiquée ; un recours sans effet suspensif au tribunal des assurances demeure réservé (art. 88, lettre c).

En cas de retard inexcusable dans le paiement, les primes afférentes au temps du retard peuvent être majorées à concurrence du quintuple, sans que la Confédération contribue au montant de la majoration ni que l'employeur puisse s'en récupérer sur les assurés.

Art. 82.

Si en cours d'année il paraît probable que les primes restantes calculées à la fin de l'année atteindront un montant notablement supérieur à celui que l'employeur a payé d'avance, la direction peut exiger de ce dernier un paiement intermédiaire.

Paiement
intermédiaire.

Les dispositions de l'article 81, alinéas 3 et 4, sont applicables par analogie.

Art. 83.

L'employeur peut retenir, sur le salaire de ses employés et ouvriers, au maximum un quart de leurs primes restantes ; cette retenue ne peut toutefois être exercée, pour les primes restantes afférentes à une période de paie, que sur le montant des salaires de cette période ou de celle qui suit immédiatement ; toute autre mise à contribution de l'assuré est interdite.

Retenue sur le
salaire.

Les dispositions des articles 42, alinéa 2, 43, 77, alinéa 4, 81, alinéa 4, et 82, alinéa 2, demeurent réservées.

D. Assurance volontaire.

Art. 84.

Peuvent s'assurer à l'établissement, s'ils ont leur domicile en Suisse :

Assurés,

a. les employés et ouvriers de l'agriculture, des arts

et métiers ou de la petite industrie, les personnes qui travaillent dans l'industrie à domicile, ainsi que les domestiques et journaliers;

- b. les employeurs d'assurés obligés ;
- c. les employeurs de l'agriculture, des arts et métiers ou de la petite industrie, si tous leurs employés et ouvriers sont assurés à l'établissement.

L'Assemblée fédérale peut étendre le service de l'établissement à d'autres domaines de l'assurance volontaire contre les accidents.

Art. 85.

Subside fédéral.

Les assurés désignés sous lettre *a* de l'article 84 ont droit au même subside fédéral que les assurés obligés (art. 79.)

L'Assemblée fédérale peut accorder aux personnes assurées en vertu des lettres *b* ou *c* de l'article 84, ou ensuite d'une extension (art. 84, alinéa 2), un subside fédéral qui ne dépassera pas celui prévu par l'article 79

Art. 86.

Dispositions
d'exécution.

Le Conseil fédéral détermine l'objet, les prestations et le mode des assurances volontaires prévues à l'article 84.

E. Tribunal des assurances.

Art. 87.

Composition.

Le tribunal des assurances comprend trois juges et cinq suppléants.

Les membres en sont nommés pour six ans par l'Assemblée fédérale.

Le tribunal a son siège à Berne; il peut aussi tenir audience dans un autre lieu.

Art. 88.

Le tribunal des assurances connaît, en première et dernière instance, des contestations portant :

Compétence.

- a. entre un assuré ou une autre personne et l'établissement suisse d'assurance contre les accidents, sur les prestations imposées à l'établissement par la présente loi, sur leur déchéance totale ou partielle, leur affectation à un but spécial (art. 57, alinéas 1^{er} à 3), leur rachat, leur compensation, leur restitution ou leur prescription ;
- b. sur les prétentions élevées par un tiers contre l'établissement, en vertu des articles 51, 52, 53, 54 ou 57, alinéa 2 ;
- c. sur les prétentions élevées par l'établissement en vertu de la présente loi, y compris les actions en dédommagement ou en restitution fondées sur les articles 42, alinéa 2, 47, alinéa 3, ou 69 ;
- d. entre l'établissement et une caisse reconnue d'assurance contre les maladies, sur des prétentions élevées par l'une des parties en vertu de la présente loi.

Dans les contestations portant sur les primes, le tribunal est lié par les décisions prises en application des articles 76 à 78.

La fixation du gain journalier (art. 74), par la direction, ne lie pas le tribunal dans les contestations portant sur les primes ou sur les prestations de l'assurance.

Le recours exercé par l'établissement contre un tiers, en vertu de l'article 72, relève des tribunaux ordinaires.

Il en est de même des contestations entre un employeur et son employé ou ouvrier, touchant une retenue de salaire en raison des primes (art. 83).

Procédure.

Art. 89.

Le tribunal siège aussi souvent qu'une expédition rapide des affaires l'exige.

Les débats et la délibération du tribunal sont publics.

La Confédération supporte les frais; toutefois, des frais spéciaux du tribunal peuvent être mis à la charge des parties ou de la partie succombante. Celle-ci peut être condamnée à des dépens en faveur de sa partie adverse.

Quant au reste, l'Assemblée fédérale fixe souverainement la procédure et l'organisation du tribunal, ainsi que les traitements de son personnel.

TITRE TROISIÈME

Dispositions pénales, finales et transitoires.

Art. 90.

Assurances-maladies actuelles.

Au sens des articles 6, lettre *a*, et 11, l'affiliation à une caisse suisse quelconque d'assurance contre les maladies, antérieurement à l'expiration d'un an à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi, est considérée comme affiliation à une caisse reconnue.

Art. 91.

Etrangers ou habitants de l'étranger.

Le Conseil fédéral peut supprimer les subsides fédéraux (art. 19, 79 et 85) en ce qui touche les ressortissants d'un Etat étranger dont la législation, en matière de prévoyance contre les maladies, les accidents, la vieillesse, l'invalidité ou la mort, traiterait les citoyens

suisses ou les personnes habitant la Suisse moins favorablement que les ressortissants ou habitants de cet Etat.

La même faculté appartient au Conseil fédéral en ce qui touche les assurés domiciliés hors de Suisse.

Si, en une des matières énumérées à l'alinéa 1^{er}, la législation d'un Etat étranger attache un désavantage au fait qu'une personne est citoyen suisse ou habite la Suisse, au lieu d'être ressortissant ou habitant de cet Etat, le Conseil fédéral peut, quant aux prestations de l'établissement suisse d'assurance contre les accidents, statuer le même désavantage pour les ressortissants ou habitants de cet Etat.

Art. 92.

Seront déférés par le Conseil fédéral aux tribunaux pénaux des cantons, les représentants d'une caisse reconnue d'assurance contre les maladies qui, dans les comptes ou autres informations destinées à l'autorité fédérale, exposeraient intentionnellement d'une manière inexacte la situation de cette caisse. Les contrevenants seront passibles d'une amende de mille francs au maximum ou d'un emprisonnement n'excédant pas trois mois; ces peines pourront être cumulées.

Dispositions
pénales.

Sur plainte de la direction de l'établissement suisse d'assurance contre les accidents, toute contravention intentionnelle aux articles 41, alinéa 2, 44, 45, 77, alinéa 3, ou 83 sera punie, par les tribunaux pénaux des cantons, d'une amende de cinq à cinq cents francs; en cas de récidive, l'amende pourra être doublée ou accompagnée d'un emprisonnement n'excédant pas trois mois.

L'amende est prononcée contre l'employeur pour les fautes de son représentant.

La conversion des amendes irrécouvrables et la

prescription sont régies par les articles 8, 34 et 35 du code pénal fédéral, du 4 février 1853.

Les articles 146, 147, 149, 150, 151, 154, 155, 157 et 160 à 173 de la loi sur l'organisation judiciaire fédérale, du 22 mars 1893, règlent la procédure.

Art. 93.

Supputation des
délais.

Les délais fixés par la présente loi s'entendent de jours pleins.

Si le dernier jour tombe sur un dimanche ou sur un jour légalement férié, le délai expire le premier jour ouvrable qui suit.

Les écrits doivent être parvenus à leur destination, ou avoir été remis à la poste suisse, au plus tard le dernier jour du délai.

Art. 94.

Accidents
militaires.

La présente loi n'est pas applicable aux accidents qui donnent lieu à prestations en vertu de la loi fédérale du 28 juin 1901, sur l'assurance des militaires contre les maladies et les accidents.

Art. 95.

Clause
abrogatoire.

Sont abrogées, toutes dispositions de lois ou d'ordonnances fédérales ou cantonales qui seraient contraires à la présente loi, notamment :

l'article 4 de la loi fédérale sur le travail dans les fabriques, du 23 mars 1877 ;

la loi fédérale sur la responsabilité civile des fabricants, du 25 juin 1881, la loi fédérale sur l'extension de la responsabilité civile, du 26 avril 1887, en ce qui touche les accidents ;

l'article 40 de la loi fédérale sur les installations électriques à faible et à fort courant, du 24 juin 1902;

la loi fédérale sur la responsabilité civile des entreprises de chemins de fer et de bateaux à vapeur et des postes, du 28 mars 1905, de même que l'article 18 de la loi fédérale sur la régle des postes, du 5 avril 1894, en ce qui touche les accidents subis par les employés ou ouvriers de ces entreprises.

Art. 96.

En tant que les dispositions mentionnées à l'article 95 cessent d'être applicables, elles sont remplacées par celles du code fédéral des obligations, du 14 juin 1881.

Application
du
droit commun-

Toutefois, en cas d'accident subi par un assuré de l'établissement suisse, l'assuré ou ses survivants (art. 61) ne peuvent, pour la part du dommage non couverte par l'assurance, faire valoir un droit à dédommagement contre l'employeur de l'assuré, lorsqu'il supportait au moins trois quarts des primes restantes, ou contre un parent, employé ou ouvrier de cet employeur, que si ces tiers ont causé l'accident intentionnellement, par un fait délictueux ou dolosif, ou par une faute grave.

Art. 97.

L'article 341 du code fédéral des obligations, du 14 juin 1881, est modifié dans ce sens que, si celui qui a engagé ses services est membre d'une caisse reconnue d'assurance contre les maladies et si le maître supportait au moins la moitié des contributions, ce dernier,

Art. 341.
C. O.

a. au cas prévu à l'alinéa 1^{er}, ne doit durant une maladie que l'excédent de la rémunération sur l'indemnité de chômage fournie par la caisse pour le même temps;

b. au cas prévu à l'alinéa 2, n'est tenu de procurer les soins et les secours médicaux que s'ils ne sont pas fournis par la caisse.

Les dispositions du même article demeurent sans application, si celui qui a engagé ses services est assuré auprès de l'établissement suisse, le maître supportant au moins trois quarts des primes restantes, et qu'en suite d'accident l'assuré subisse une maladie pour laquelle l'établissement fournit des prestations.

Art. 98.

Première élection
du conseil
d'administration.

En dérogation à l'article 26, alinéas 2 et 3, le conseil d'administration de l'établissement suisse d'assurance contre les accidents sera, pour une première période de trois ans, nommé par le Conseil fédéral et composé de trente membres.

Art. 99.

Exécution.

Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution de la présente loi; il rend à cet effet les ordonnances nécessaires.

Art. 100.

Publication et
mise en vigueur.

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 fixer la date de son entrée en vigueur.



Table des matières du projet de loi
sur
les assurances contre les maladies et les accidents.

TITRE PREMIER.

Assurance contre les maladies.

	Articles.
A. Dispositions générales	1—3
B. Caisses reconnues d'assurance contre les maladies	4—18
C. Subsidés fédéraux	19—20

TITRE DEUXIÈME.

Assurance contre les accidents.

A. Etablissement suisse d'assurance contre les accidents	21—32
B. Concours des caisses reconnues d'assurance contre les maladies	33—37
C. Assurance obligatoire	38—83
I. Personnes tenues à l'assurance	38—45
II. Objet de l'assurance	46
III. Constatation des accidents	47—48
IV. Prestations de l'établissement	49—72
a) Soins médicaux et indemnité de chômage	50—57
b) Rente d'invalidité	58—59
c) Indemnité funéraire et rentes de survivants	60—64
d) Dispositions communes	65—72
V. Primes d'assurance	73—83
D. Assurance volontaire	84—86
E. Tribunal des assurances	87—89

TITRE TROISIÈME.

Dispositions pénales, finales et transitoires	90—100
---	--------

Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant les assurances contre les maladies et les accidents. (Du 10 décembre 1906.)

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1906
Année	
Anno	
Band	6
Volume	
Volume	
Heft	51
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	---
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	19.12.1906
Date	
Data	
Seite	213-401
Page	
Pagina	
Ref. No	10 077 107

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.