

À quelles conditions l'employer est-il libéré de l'obligation de payer le salaire en cas de maladie? : À propos d'une décision de principe du Conseil fédéral

Autor(en): **Hänggi, E.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse**

Band (Jahr): **48 (1956)**

Heft 1

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-384938>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

A quelles conditions l'employeur est-il libéré de l'obligation de payer le salaire en cas de maladie ?

A propos d'une décision de principe du Conseil fédéral

Par E. Hänggi

I

L'article 335 C. O. stipule: « Dans les contrats de travail conclus à long terme, l'employé ne perd pas son droit au salaire pour un temps relativement court lorsqu'il est empêché de travailler, sans sa faute, pour cause de maladie, de service militaire obligatoire à teneur de la législation fédérale, ou pour telle autre cause analogue. » Quant à la loi fédérale sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA), elle prévoit que, si l'employé est membre d'une caisse d'assurance-maladie reconnue et si l'employeur supporte au moins la moitié des contributions, l'indemnité due par la caisse de maladie peut, en cas de maladie, être déduite du salaire dû à teneur de l'article 335 C. O. La loi ne précise cependant pas si certaines contributions de l'employeur peuvent avoir pour effet de le libérer entièrement de l'obligation de payer le salaire. En nombre croissant toutefois, les contrats collectifs stipulent que certaines contributions patronales à l'assurance d'une indemnité journalière ont pour effet de libérer entièrement l'employeur des obligations découlant de l'article 335 C. O.

Le 4 avril 1955, le Conseil fédéral a pris une décision en ce qui concerne la *déclaration de force obligatoire générale des dispositions des contrats collectifs de travail concernant l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie*. Cette décision doit déterminer la jurisprudence future:

1. *Le choix de l'assureur est une affaire d'entente individuelle entre l'employeur et le travailleur*. Ce principe doit être énoncé dans les clauses destinées à recevoir force obligatoire. Les clauses imposant un assureur ne recevront pas force obligatoire. La déclaration de force obligatoire est un instrument qui ne doit pas servir à obliger les dissidents de passer contrat avec tel ou tel assureur, obligation que le contrat collectif peut cependant prévoir pour les membres des associations contractantes.
2. Pour que l'indemnité journalière stipulée dans les clauses destinées à recevoir force obligatoire représente tout de même une prestation équivalente à celle que garantit l'article 335 C. O., ces clauses devront prévoir:
 - a) une indemnité journalière atteignant en règle générale à peu près la moitié ou du moins un quart du salaire journalier. Cette indemnité peut consister en un montant fixe (éventuellement gradué selon les catégories des ayants droit) ou bien en un pourcentage du salaire (le

salaire déterminant étant celui qui est pris en considération en matière d'assurance-vieillesse) ;

b) que le droit à l'indemnité journalière s'étendra sur 360 jours au cours d'une période de 540 jours consécutifs et, en cas de tuberculose, sur 1800 jours au cours d'une période de sept années consécutives ;

c) que le *délai de carence* est de *trois mois au plus* et le *délai d'attente* de *deux jours au plus*.

3. Lesdites clauses devront spécifier en outre que l'employeur est tenu de payer les cotisations d'une assurance qui garantisse les prestations indiquées sous chiffre 2. Elles diront aussi que l'employeur qui s'est acquitté de ces cotisations est libéré des charges que l'article 335 C. O. lui imposerait en cas de maladie du travailleur. Enfin, elles rappelleront que l'article 335 C. O. continue à déployer ses effets quant aux maladies que le contrat d'assurance ne couvre pas.

Jusqu'à maintenant, cette décision du Conseil fédéral a été peu commentée. Sa portée sociale exige cependant qu'on s'y arrête.

II

Dans le préambule à ces instructions, l'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail constate que « des controverses se sont élevées quant à l'opportunité de reconnaître à l'employeur plutôt qu'au travailleur le droit de choisir l'assureur. Les travailleurs estiment que ce droit leur revient et ils demandent que l'on impose de conclure l'assurance auprès des caisses reconnues et subventionnées par la Confédération. En revanche, des milieux artisanaux, et surtout les compagnies d'assurance, qui s'intéressent de plus en plus activement aux assurances collectives prévoyant une indemnité journalière, prétendent que le choix de l'assureur appartient à l'employeur et qu'il est inadmissible de favoriser ouvertement les caisses reconnues en excluant d'emblée les compagnies d'assurance. »

A notre avis, le choix de l'assureur doit être commandé par les prestations; il convient, à primes égales, de donner la préférence à celui qui accorde les prestations les plus élevées. Malheureusement, dans le domaine de l'assurance, le mécanisme fondamental de la concurrence: le produit le meilleur et le plus avantageux élimine le produit inférieur, ne joue que de manière limitée. Très souvent, les preneurs d'assurance ne disposent pas des informations et de l'expérience qui seraient nécessaires pour apprécier à leur juste valeur les services offerts, et cela d'autant moins que le domaine des assurances est extrêmement complexe. La clientèle doit donc se fier aux conseils des spécialistes ou des représentants des compagnies d'assurance ou faire crédit à la publicité. Il arrive donc souvent que les assureurs qui consacrent à la publicité les sommes les plus élevées — en détournant l'argent des assurés de son but — l'emportent sur les assureurs qui réduisent au minimum les dé-

penses de propagande aux fins de réserver aux prestations la part la plus élevée possible des recettes.

Il convient de relever ici que les caisses de maladie reconnues ont pratiqué avec succès l'assurance collective bien avant que les compagnies privées s'intéressent à ce secteur de l'assurance. *Les compagnies privées ne seraient habilitées à participer à l'assurance-maladie de caractère social que si elles étaient à même de remplir les fonctions d'assureurs à des conditions plus favorables que les caisses reconnues, et mieux qu'elles.* Comme nous allons le démontrer, ce n'est pas le cas.

a) *Le sociétariat*

Lorsqu'un assuré cesse d'être au bénéfice d'une assurance collective, parce que ses rapports de service prennent fin ou pour d'autres raisons, les caisses de maladie reconnues lui reconnaissent le droit de passer dans l'assurance individuelle et d'y être couvert pratiquement aux mêmes conditions. L'assuré jouit dès lors de tous les droits statutaires aussi longtemps qu'il remplit ses obligations et que son droit aux prestations n'est pas épuisé.

Aux termes de la loi sur le contrat d'assurance, la police d'assurance-maladie conclue auprès d'une compagnie privée n'a qu'une durée limitée. A l'expiration du contrat, l'assureur est libre de renouveler la police aux mêmes conditions, de s'en abstenir, ou de faire dépendre le renouvellement du paiement de primes plus élevées. Cette faculté est contraire à un des principes respectés par l'assurance dite sociale, parce que les risques augmentent avec l'âge.

Non seulement l'assurance privée ne connaît pas le droit de libre passage, mais encore l'article 42 de la loi sur le contrat d'assurance, qui autorise l'assureur à résilier le contrat lorsque l'événement assuré intervient, a pour effet de réduire la protection dont bénéficient les assurés des compagnies privées.

b) *La notion de la maladie*

Pratiquement, les caisses reconnues *n'apportent aucun tempérament à la notion de maladie*; elles exigent simplement que la nécessité d'un traitement ait été reconnue par le médecin. La notion de maladie s'étend même aux accidents dans la mesure où ces derniers ne sont pas expressément exclus par les statuts.

L'assurance privée, en revanche, prévoit toutes sortes d'exceptions qui *limitent fortement* la notion de maladie et la protection accordée à l'assuré. En règle générale, les accidents sont entièrement exclus: les infirmités et les maladies résultant d'une invalidité le sont généralement, comme aussi les affections nerveuses et mentales et celles qui suivent une modification constitutionnelle.

c) Délais d'attente

De manière générale, les prestations assurées par les caisses reconnues sont versées immédiatement. Font exception, les maladies qui ne durent pas plus de deux jours et pour lesquelles aucune prestation n'est accordée. L'assurance privée, en revanche, exige un délai d'attente de deux jours au moins (certains contrats connaissent même des délais d'attente de cinq à sept jours).

d) Assurance-maternité

Les caisses reconnues versent pendant 42 jours l'indemnité journalière assurée, de même qu'une prime d'allaitement de 20 fr. Dans l'assurance privée, en revanche, le chômage consécutif à la grossesse ne donne généralement pas droit à des prestations, ou du moins qu'après un certain délai.

e) Assurance d'une indemnité au décès

En règle générale, l'assurance sociale implique le versement d'une indemnité au décès, graduée selon la durée du sociétariat. Ce n'est pas le cas dans l'assurance-privée.

f) Contributions financières aux cures dans des établissements balnéaires ou d'autre nature

En règle générale, à la condition que la cure soit ordonnée par le médecin, l'assurance sociale verse entièrement l'indemnité journalière assurée pendant toute la durée de la cure. Quant aux assurances privées, elles ne versent ces prestations que si la cure a été précédée d'une maladie et pour quelques semaines seulement. Nombre de polices excluent toutes prestations, même si le médecin atteste que la cure est liée à une incapacité de travail.

Les différences que l'on constate — et nous pourrions étendre la liste — entre les prestations des caisses reconnues et celles des compagnies privées qui pratiquent l'assurance-maladie démontrent à n'en pas douter que les premières sont nettement plus avantageuses que les secondes.

III

En règle générale, une assurance est d'autant plus avantageuse que les prestations sont plus élevées par rapport aux primes ou cotisations qu'elle exige. Les caisses de maladie reconnues sont fondées sur le principe de la mutualité; elles disposent d'une organi-

sation rationnelle qui leur permet d'entretenir des rapports très étroits avec les assurés et d'exercer la surveillance qui est nécessaire. *Elles sont ainsi en mesure de ristourner aux assurés 85% des recettes globales sous la forme de prestations.* Ce chiffre, qui est incontestable, est tiré de la dernière statistique de l'Office fédéral des assurances sociales. Inversement, selon le rapport annuel du Bureau fédéral des assurances pour 1953, *les prestations effectuées par les compagnies privées au titre de l'assurance-maladie représentent 42% seulement des primes encaissées.* Cette différence n'est pas due au fait que les caisses reconnues exigent des primes plus basses ou touchent des subventions, mais au fait que leurs dépenses d'administration ne dépassent pas, en moyenne, 9,4% des recettes; pour les compagnies privées, en revanche, ces charges sont de deux à trois fois plus élevées.

Au chiffre 2, les instructions précitées du Conseil fédéral fixent, en prévision de la déclaration de force obligatoire générale d'un contrat collectif, les *prestations minimums* en matière d'indemnités journalières. Les assureurs sont cependant libres d'accorder des prestations supérieures et de démontrer ainsi les avantages qu'ils sont en mesure d'accorder. Si une convention collective stipule que les employeurs et les travailleurs doivent affecter une partie du salaire à l'assurance d'une indemnité journalière, il est évident que les assurés ont intérêt à ce que le contrat soit passé avec l'assurance qui accorde les prestations les plus intéressantes.

Notons encore que diverses compagnies privées, lorsque l'exploitation de l'assurance laisse un excédent de recettes, accordent aux employeurs *des ristournes*; cependant, leur versement est soumis à tant de clauses restrictives que, même dans le cas le plus favorable, elles ne constituent jamais un avantage comparable aux conditions offertes par les caisses reconnues; mais elles n'en constituent pas moins un appât efficace. Il convient aussi de préciser qu'aussi bien la prime due par le travailleur que celle qui est due, aux termes de la convention collective, par l'employeur, représentent une partie intégrante du salaire. Il est donc inadmissible que l'employeur bénéficie unilatéralement de ces ristournes.

IV

On sait qu'une commission d'experts a mis sur pied un *projet de revision de la loi fédérale de 1911 sur l'assurance-maladie et accidents*. Dans ce projet, les conditions auxquelles l'employeur peut être libéré de l'obligation de payer le salaire en cas de maladie stipulée par l'article 335 O. R. doivent faire l'objet de dispositions légales claires et précises. A la suite d'une proposition commune des représentants des travailleurs et des employeurs, la commission

d'experts a prévu un article 102, 2^e alinéa, aux termes duquel l'employeur peut, par un contrat collectif de travail ou par un contrat individuel, être entièrement libéré de l'obligation précitée s'il verse une contribution correspondant à 1% au moins du salaire.

Cette proposition est un compromis. Les parties n'y sont parvenues qu'après de laborieuses négociations. Si les représentants des travailleurs se sont ralliés à ce compromis, c'est en raison des assurances qu'ils avaient reçues en ce qui concerne les conventions collectives.

A ce propos, le *mémoire de l'Union syndicale suisse du 28 mars 1955, relatif à l'avant-projet de loi fédérale sur l'assurance-maladie et l'assurance-maternité*, s'exprime comme suit:

Dans l'intervalle cependant, les associations patronales ont montré qu'elles tiennent absolument à la réglementation minimum de l'article 102 qui les libère de leurs obligations antérieures. Lors des négociations relatives au renouvellement ou à la signature de conventions collectives, elles invoquent tenacement cette réglementation; elles font opposition chaque fois que l'autorité manifeste l'intention de déclarer d'applicabilité générale une disposition contractuelle qui va plus loin que l'article 102.

Nous ne sommes donc plus en mesure de nous rallier à l'article 102 du projet dans sa teneur actuelle.

Tout d'abord, nous devons exiger que les contributions de l'employeur soient versées à une caisse *reconnue*. Cette exigence découle des expériences faites en matière d'assurance collective; il est apparu, en effet, que ni l'assuré, ni l'association syndicale n'ont une influence quelconque en ce qui concerne le choix de l'assureur. Les prestations des sociétés d'assurance qui pratiquent cette branche de l'assurance (laquelle n'est pas assimilée à une caisse reconnue) sont sur toute la ligne inférieures à celles des caisses reconnues; c'est dire que les assurés sont désavantagés.

En outre, nous demandons que la contribution patronale destinée à libérer entièrement l'employeur de l'obligation découlant de l'article 335 O. R., assure le versement de 50 % au moins du salaire.

D'autres associations de salariés ont exprimé des réserves de même nature.

V

Les instructions précitées du Conseil fédéral relatives à l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie du travailleur (en liaison avec la déclaration de force obligatoire générale d'une convention collective) seront applicables jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle loi, à moins qu'une intervention aux Chambres ou l'opinion publique ne le contraigne à les reviser. Comme nous l'avons montré, *elles ne sont pas conformes aux exigences d'une politique sociale progressiste*. Et encore nous sommes-nous limités à commenter le chiffre 1 de ces instructions. Le chiffre 2 relatif aux prestations minimums que doit accorder une assurance d'une

indemnité journalière destinée à libérer l'employeur des obligations découlant de l'article 335 C. O. appellerait encore divers commentaires; l'indemnité journalière minimum d'un quart du salaire journalier est insuffisante.

Que convient-il de faire en l'occurrence? *Les syndicats ont la possibilité de faire en sorte que, dans toutes les entreprises, les accords visant au versement d'indemnités journalières destinées à libérer les employeurs des obligations découlant de l'article 335 O.R. prévoient comme assureurs exclusivement des caisses de maladie reconnues.*

C'est d'autant mieux possible que dans la pratique — ce que confirme d'ailleurs la jurisprudence — on ne peut pas contraindre les travailleurs à adhérer à une assurance-maladie sans leur consentement, et encore moins contre leur volonté.

Ce mode de faire permettrait tout à la fois de respecter la liberté de choix de l'assureur dont le Conseil fédéral fait dépendre l'octroi de la déclaration de force obligatoire générale et de prévenir que les compagnies privées n'étendent, contrairement aux intérêts des travailleurs, leur domaine aux assurances sociales.

Les tendances actuelles dans la réparation des accidents du travail (Suite *)

Par *Alexandre Berenstein*, professeur à l'Université de Genève

II. Analyse des législations nationales

B. Suisse ¹

1. *L'assurance obligatoire contre les accidents*

10. En Suisse, les dispositions légales de 1877 et 1881 sur la responsabilité civile des fabricants, ainsi que les autres dispositions de même nature, ont fait place au système créé par la loi du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents et qui est entré en vigueur dès 1918. Cependant, ce système n'est applicable qu'à certaines catégories d'entreprises.

L'assurance est régie par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, qui est un établissement de droit public doté de la

* Voir N° 12 de décembre 1955 de la *Revue syndicale suisse*.

¹ Notre rapport relatif à la législation suisse a été publié dans le *Recueil de travaux suisses présentés au IV^e Congrès international de droit comparé*, Genève, 1954, p. 175-187.