

Votation populaire du 4 décembre 1994

Explications du Conseil fédéral

Quels sont les enjeux du scrutin?

Assurance-maladie (loi)

Par la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, le Conseil fédéral et l'Assemblée fédérale veulent mettre en œuvre des mesures efficaces pour lutter contre la hausse des coûts de la santé et rétablir la solidarité dans l'assurance-maladie. Le référendum a été demandé contre cette loi.

Explications: pages 2 à 8

Texte soumis au vote: pages 21 à 57

Assurance-maladie (initiative)

L'initiative «pour une saine assurance-maladie» vise les mêmes buts que la loi. Elle exige pour cela une réforme trop radicale du système de caisses-maladie et un mode de financement contestable. C'est pourquoi le Conseil fédéral et les Chambres la rejettent.

Explications: pages 2, 9 à 13

Texte soumis au vote: page 10

Mesures de contrainte en matière de droit des étrangers

Si nous voulons maintenir notre politique humanitaire et libérale dans les domaines de l'asile et des étrangers, nous devons lutter plus efficacement contre les abus. La loi fédérale sur les mesures de contrainte en matière de droit des étrangers prévoit diverses mesures à cet effet. Le référendum a été demandé contre cette loi.

Explications: pages 14 à 20

Texte soumis au vote: pages 58 à 63



Premier et deuxième objets:

Loi fédérale sur l'assurance-maladie et initiative populaire «pour une saine assurance-maladie»

Deux projets – un sujet

Le 4 décembre 1994, nous serons appelés à voter sur deux projets très importants pour l'avenir de l'assurance-maladie en Suisse: la nouvelle loi sur

l'assurance-maladie (LAMal) et l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie».

La première question à laquelle vous devrez répondre est la suivante:

Acceptez-vous la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie?

Cette loi a été approuvée par 124 voix contre 38 au Conseil national et 35 contre 1 au Conseil des Etats.

La seconde question a la teneur suivante:

Acceptez-vous l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie»?

Cette initiative a été rejetée au Conseil national par 104 voix contre 42 et au Conseil des Etats par 41 voix contre 2.

Quatre scénarios pour une votation

La loi et l'initiative font l'objet de deux votes distincts. Selon l'issue du scrutin, quatre scénarios sont possibles:

Oui à la loi et non à l'initiative: c'est la solution que préconisent le Gouvernement et le Parlement; la nouvelle loi peut entrer en vigueur, vraisemblablement le 1^{er} janvier 1996.

Oui à la loi et oui à l'initiative: la loi entre également en vigueur en 1996 mais l'article constitutionnel proposé par l'initiative implique une révision ultérieure de cette loi.

Non à la loi et oui à l'initiative: le Conseil fédéral et le Parlement doivent préparer une nouvelle loi, elle-même soumise au référendum facultatif; jusqu'à l'entrée en vigueur de cette nouvelle loi, l'ancienne, quoique peu satisfaisante, reste applicable.

Non à la loi et non à l'initiative: l'ancienne loi reste en vigueur et la nécessité de la réviser reste entière.

Premier objet:

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) L'essentiel en bref

Pourquoi une nouvelle loi?

Les dépenses de santé continuent à grimper. Pour beaucoup, les cotisations deviennent difficiles à supporter. La solidarité entre jeunes et vieux comme entre malades et bien portants s'affaiblit. La loi actuelle ne permet pas de résoudre ces problèmes.

Mesures urgentes

Pour améliorer rapidement cette situation, le Gouvernement et le Parlement ont pris des mesures d'urgence, largement approuvées par le peuple en 1993. Ces mesures ont eu des résultats positifs, mais elles n'ont qu'une durée limitée. Il faut donc les remplacer par une nouvelle loi sur l'assurance-maladie tournée vers l'avenir.

Soins de qualité à un coût supportable

La nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) veut garantir des soins médicaux de qualité à un coût supportable pour tous grâce aux conditions suivantes:

- Possibilité de changer de caisse-maladie sans inconvénient: suppression des réserves d'assurance et des cotisations plus élevées pour les assurés âgés.
- Les lacunes de l'assurance de base seront comblées: les caisses-maladie couvriront par exemple les soins à

domicile (Spitex) ou dans un établissement médico-social.

- La hausse des coûts de la santé sera freinée: des mesures spécifiques, et l'institution d'une véritable concurrence entre les caisses, les médecins et les hôpitaux, contribueront à freiner la hausse des coûts.
- La solidarité sera rétablie: au lieu de subventionner les caisses, la Confédération et les cantons réduiront les cotisations des assurés pour lesquels cela est nécessaire.

Pourquoi un référendum?

Quatre comités ont demandé un référendum contre le projet. Ils prétendent que la nouvelle loi augmentera le coût de l'assurance-maladie, entraînera une étatisation, provoquera une baisse de la qualité des soins médicaux, et qu'elle établira une discrimination à l'égard de la médecine complémentaire.

Considérations du Conseil fédéral et du Parlement

Pour le Conseil fédéral et l'Assemblée fédérale, la nouvelle loi est la seule solution rapidement réalisable pour remplacer la loi actuelle, qui date de 1911. Elle offre un bon équilibre entre les intérêts des divers intervenants et remédie efficacement aux défauts actuels. Elle fournit à l'assurance-maladie une base plus juste et plus saine.

Qu'apporte la nouvelle loi?

La nouvelle loi apporte en particulier les innovations suivantes:

Libre choix de la caisse-maladie

Chacun pourra, s'il le souhaite, changer de caisse-maladie, sans être pénalisé.

Assurance de base complète

La loi supprime les lacunes de l'assurance de base, qui doivent actuellement être comblées par des assurances complémentaires payées par les assurés eux-mêmes ou par l'aide sociale.

Nouvelles prestations:

- l'assurance-maladie couvrira plus complètement les soins à domicile (Spitex);
- elle prendra en charge les frais hospitaliers sans limite de durée;
- elle financera certaines mesures de prévention;
- elle s'étendra aux formes de médecine complémentaire (comme l'acupuncture et l'homéopathie) dont l'efficacité est démontrée;
- les personnes sans activité lucrative (les rentiers, les ménagères, les enfants) seront également assurées contre les accidents.

Frein à la hausse des coûts par la concurrence

La nouvelle loi institue une vraie concurrence entre les caisses-maladie et entre les fournisseurs de prestations (médecins et hôpitaux), ce qui les incitera à comprimer les dépenses.

Assurance obligatoire

L'assurance de base sera obligatoire pour tous. C'est là une condition indispensable pour introduire de nombreuses améliorations, comme le libre choix de la caisse-maladie.

Mêmes conditions pour tous

Dans une même caisse, chaque adulte paiera la même cotisation, indépendamment de son âge et de son état de santé.

Egalité pour les femmes

Les femmes ne seront plus discriminées: elles ne devront plus verser des cotisations plus élevées que celles des hommes pour l'assurance de base. Les prestations en cas de maternité seront améliorées.

Abaissement ciblé des cotisations

Grâce à des subsides fédéraux et cantonaux plus élevés, les cotisations des personnes et des familles qui en ont besoin pourront être réduites. L'actuel système de «l'arrosoir», dont profitent tous les assurés, quel que soit leur revenu, sera aboli.

Arguments des comités référendaires

Plusieurs comités ont demandé le référendum contre la nouvelle loi sur l'assurance-maladie. Ils appuient leur demande par les arguments suivants :

«Non à l'explosion des primes et une médecine d'Etat

*Des primes qui se mettent à grimper immédiatement pour la majorité de la population, des assurances complémentaires trop chères, des impôts qui flambent pour financer les subventions promises: voilà les conséquences négatives réelles que créera la nouvelle loi sur l'assurance maladie. Il est évident que cette nouvelle **LAMal ne résoudra pas le problème des coûts** de la santé en Suisse, **mais au contraire l'aggravera**. C'est tout de même très significatif, quand les experts eux-mêmes n'arrivent pas à s'entendre sur les coûts supplémentaires auxquels il faut s'attendre.*

*Qui donc paiera ces quelque 3 milliards de francs que coûtera la réduction des primes pour un tiers de la population, vivant, selon les supporters, à un niveau économique très modeste? Nous ne pouvons nous permettre de grever les finances de l'Etat de telles mesures, alors qu'elles sont déjà lourdement déficitaires. **La LAMal veut fixer par dictat un ordre étatique inflexible pour des décennies**. Elle empêche les solutions progressistes, manque de mesures structurelles aptes à freiner réellement les coûts. Font défaut aussi les incitations aux économies – pourtant indispensables – ciblées sur les médecins, les hôpitaux, les consommateurs et les caisses-maladies.*

*L'exercice actuel très libre de la médecine sera sensiblement limité. **Cela aura pour conséquence négative une baisse de la qualité des soins fournis** et des retards dans les traitements. L'élargissement extensif des prestations de l'assurance de base selon le choix défini par l'Etat, la réduction partielle du choix du médecin et du secret médical ainsi que l'obligation superflue d'assurance ne font que gonfler la bureaucratie. De plus, la suppression de la concurrence entre caisses-maladies empêche l'orientation régulatrice du marché.*

*Par les dispositions de l'assurance de base, la LAMal révisée enlève aux médecins et aux patients le pouvoir de décision quant à la fiabilité des méthodes de traitement et le transfère à l'Etat. **Les médecines douces sont plus discriminées encore**. Le droit constitutionnel au libre choix de la thérapie disparaît. Bien que 83% de la population favorisent de telles thérapies avantageuses aux effets secondaires bénins, celles-ci seront payées plus cher parce que ancrées dans les assurances supplémentaires. Les arrangements individuels seront interdits.*

***Tous ces éléments négatifs de la LAMal ne font qu'aboutir à une surcharge des coûts additionnels de l'ordre de milliards. Nous ne pouvons nous le permettre et c'est aussi irresponsable. Un NON à la loi ouvre la voie à de meilleures solutions.**»*

Avis du Conseil fédéral

La loi sur l'assurance-maladie en vigueur date de 1911 et ne répond plus aux besoins actuels. Elle aboutit à des cotisations insupportables pour un nombre croissant d'habitants de notre pays. Le Conseil fédéral et le Parlement proposent une révision totale de la loi. Le Conseil fédéral approuve la nouvelle loi, en particulier pour les motifs suivants :

L'aggravation des problèmes nécessite une révision totale

L'ancienne loi a certes permis d'offrir des soins médicaux de qualité à l'ensemble de la population. Elle est cependant dépassée et nécessite d'urgence une révision. Deux projets ont échoué devant le peuple, en 1974 et 1987. Face à l'aggravation des problèmes, le Conseil fédéral et les Chambres ont édicté des mesures urgentes. Ces mesures ont été approuvées par le peuple en 1993 à une nette majorité. Elles doivent être remplacées par une nouvelle loi qui réponde aux exigences de notre époque.

Mêmes conditions pour tous

En vertu de la nouvelle loi, tous les assurés adultes d'une même caisse paieront la même cotisation pour l'assurance de base, indépendamment de l'âge et du sexe. Ainsi prendront fin les injustices actuelles. L'ancienne loi a abouti à un système qui favorise les jeunes et les bien portants, au détriment des personnes âgées et malades. Cette désolidarisation est indigne de notre

pays. Elle ne peut plus être tolérée, quoi qu'en pensent les comités référendaires. Les jeunes assurés dépendront eux aussi de la solidarité lorsqu'ils seront vieux et qu'ils tomberont éventuellement malades.

Libre choix de la caisse

Grâce à l'institution de l'assurance obligatoire, tous les assurés pourront choisir librement leur caisse dans toute la Suisse, indépendamment de leur âge ou de leur sexe. Sept cantons ont déjà l'obligation d'assurance : Bâle-Ville, Fribourg, Genève, Grisons, Neuchâtel, Tessin et Vaud. Aucune caisse ne pourra se limiter aux « bons risques ». La fixation d'un âge maximum d'entrée, les cotisations dépendant de l'âge d'entrée dans la caisse et les réserves d'assurance seront abolies. Afin de rééquilibrer la structure des assurés au sein des caisses-maladie, la loi prévoit une compensation des risques pendant une période transitoire de dix ans. Une authentique concurrence est ainsi instituée entre les caisses. Le libre-passage

intégral incitera les caisses à comprimer leurs coûts, ce qui constitue pour elles le seul moyen d'être plus compétitives.

Réduction ciblée des cotisations

Les pouvoirs publics continueront à contribuer au financement de l'assurance-maladie. La nouvelle loi prévoit que la Confédération et les cantons devraient augmenter progressivement leurs subsides en fonction des besoins des cantons et des assurés. Quelque 500 millions de francs par an sont déjà disponibles grâce à l'acceptation par le peuple et les cantons de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA). Cette aide ne sera plus versée selon le système de «l'arrosoir», mais de manière ciblée, afin de réduire les cotisations des personnes et des familles à revenu modeste. Les cantons seront chargés de procéder à ces réductions.

Frein à la hausse des coûts

Plusieurs mesures prévues par la nouvelle loi auront un effet modérateur sur la hausse des coûts, à commencer par l'instauration d'une véritable concurrence entre les caisses, les médecins et les hôpitaux, qui sera notamment favorisée par l'interdiction expresse des ententes cartellaires. Les assurés pour-

ront eux-mêmes abaisser leurs cotisations pour l'assurance de base en prenant plus de responsabilités et en participant davantage aux dépenses. Ils peuvent aussi recourir à d'autres modèles d'assurance, tels que les caisses de santé de type HMO (health maintenance organisation), pour lesquelles les cotisations sont plus basses du fait que les assurés acceptent de restreindre le libre choix du médecin. Ce droit reste bien entendu garanti pour les autres.

La nouvelle loi n'accroît nullement l'explosion des coûts de la santé, comme le prétendent les comités référendaires, bien au contraire.

Elimination des lacunes

La nouvelle loi comble des lacunes connues et critiquées depuis longtemps dans l'assurance de base. Le système actuel oblige à souscrire de coûteuses assurances complémentaires privées pour couvrir un grand nombre de prestations. La nouvelle loi apporte une amélioration fondamentale: elle garantit à tous l'accès à un ensemble complet de soins de qualité à un coût supportable. Une offre de soins uniforme dans l'assurance de base permettra une comparaison entre les cotisations. Les assurés pourront ainsi opter pour la caisse de leur choix.

Qu'en est-il de l'acupuncture et de l'homéopathie ?

La nouvelle loi n'exclut pas les méthodes de la médecine complémentaire, telles l'acupuncture et l'homéopathie, des prestations obligatoires de l'assurance-maladie. Contrairement aux affirmations des comités référendaires, elle les traite exactement comme les presta-

tions de la médecine classique et leur permet ainsi de faire leurs preuves. A la différence du droit actuel, il ne sera plus exigé qu'une méthode de traitement soit reconnue comme scientifique au sens de la médecine classique. Une preuve suffira : celle de l'efficacité. Ainsi, l'obligation de rembourser les prestations pourra être étendue par exemple à l'acupuncture et à l'homéopathie.

Pour tous ces motifs, le Conseil fédéral et les Chambres vous recommandent d'accepter la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Deuxième objet:

Initiative populaire « pour une saine assurance-maladie »

L'essentiel en bref

Initiative lancée par le PS et l'USS

Outre la loi sur l'assurance-maladie, vous aurez à voter le 4 décembre 1994 sur l'initiative populaire « pour une saine assurance-maladie », du Parti socialiste suisse et de l'Union syndicale suisse. Cette initiative a été déposée en 1986 avec 103575 signatures valables, alors que les travaux en vue de la nouvelle loi n'avaient pas encore commencé.

Que veut l'initiative ?

L'initiative propose un changement radical de notre système d'assurance-maladie dans le but de renforcer la solidarité. Pour ce faire, elle va beaucoup plus loin que la nouvelle loi. Elle exige que l'assurance obligatoire s'étende non seulement aux soins médico-pharmaceutiques, mais encore à l'indemnité journalière. Les cotisations ne seraient plus fixées de manière individuelle, mais selon la capacité économique des assurés. En pratique, ceci aboutirait à un système de financement analogue à celui de l'AVS. La cotisation (entre 3,6%

et 4% du salaire déterminant) serait pour une moitié à la charge de l'employeur et pour l'autre moitié à la charge des salariés. La Confédération et les cantons devraient supporter au moins 25 pour cent des coûts de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques (4,5 milliards de francs pour 1996, selon les estimations).

Considérations du Conseil fédéral et du Parlement

Le Conseil fédéral et les Chambres rejettent cette initiative car elle bouleverserait fondamentalement notre système en limitant fortement les compétences des cantons et la liberté de choix des assurés. Le mode de financement prévu représenterait une charge supplémentaire pour l'économie suisse. Le Conseil fédéral et le Parlement considèrent que la nouvelle loi offre une meilleure solution. Elle peut entrer rapidement en vigueur et correspond mieux à la structure fédéraliste de notre système d'assurances sociales.

Texte soumis au vote

Arrêté fédéral sur l'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie»

du 18 décembre 1992

Article premier

L'initiative populaire «pour une saine assurance-maladie» du 17 mars 1986 est déclarée valable et soumise au vote du peuple et des cantons.

² La teneur de l'initiative est la suivante:

La constitution est complétée comme il suit:

Art. 34^{bis}

¹ La Confédération institue, par voie législative, l'assurance en cas de maladie et d'accident. Elle en confie la mise en œuvre à des institutions qui pratiquent l'assurance selon le principe de la mutualité.

1. L'assurance-accidents est obligatoire pour tous les travailleurs. La Confédération peut la déclarer obligatoire pour d'autres catégories de la population.
2. L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est obligatoire pour toute la population. Elle couvre sans limite de durée les frais de traitement en cas de maladie et, dans la mesure où ils ne sont pas déjà couverts en vertu de la loi, en cas d'accident: les soins à domicile et des mesures de prévention sont également couverts par l'assurance.

L'assurance est financée par:

- a. Les cotisations des assurés fixées selon leur capacité économique; pour les personnes qui exercent une activité lucrative, les cotisations sont fixées compte tenu du revenu intégral de cette activité; la moitié au moins des cotisations des travailleurs est à la charge des employeurs. Les enfants ne paient pas de cotisation;
- b. Une contribution de la Confédération qui s'élève à un quart au moins des dépenses. La loi règle la participation des cantons à cette contribution.

La loi peut prévoir que les assurés participent à la couverture des frais qu'ils occasionnent, à raison d'un cinquième au plus du montant annuel de leurs cotisations: aucune participation ne pourra être exigée pour les mesures de prévention.

3. L'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie est obligatoire pour tous les travailleurs. Elle verse, pour la perte de gain résultant de la maladie, une indemnité d'au moins 80 pour cent du salaire assuré.

L'assurance est financée par des cotisations en pour-cent du salaire assuré, dont la moitié au moins est à la charge des employeurs.

La Confédération veille à ce que les personnes qui ne sont pas assurées de par la loi puissent adhérer à l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie ou d'accident.

² La liberté thérapeutique est garantie dans les limites d'un traitement économique. La Confédération et les cantons veillent à l'utilisation rationnelle des ressources de l'assurance. A cette fin, ils édictent des prescriptions en matière de tarifs et de décomptes et établissent des planifications hospitalières contraignantes.

Art. 2

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative.

Arguments du comité d'initiative

Le comité d'initiative avance les arguments suivants:

«Au cours des dernières années, les primes des caisses-maladie ont massivement augmenté. Quelque 80 pour cent des Suissesses et des Suisses les trouvent trop élevées. Cette situation inadmissible découle de deux facteurs:

1. Un système de primes inéquitable: la Suisse est le seul pays européen dans lequel un millionnaire ne paie pas un centime de plus pour son assurance-maladie de base qu'une vendeuse ou un retraité. La règle actuelle en Suisse est aussi simple qu'injuste: plus le revenu est bas, plus la prime est élevée par rapport à ce revenu. Le porte-monnaie d'un employé de commerce est ainsi 10 fois plus mis à mal que celui d'un directeur de banque.

2. L'augmentation des frais dans le secteur de la santé. L'initiative «pour une saine assurance-maladie» et la révision de la loi sur l'assurance-maladie permettront un meilleur contrôle des dépenses, de manière à freiner efficacement l'augmentation des coûts.

Mieux répartir la charge des primes – aussi équitable et simple que pour l'AVS!

Par rapport au revenu, la charge financière pour l'AVS est à peu près la même pour tout le monde. Ce système a fait ses preuves. L'initiative «pour une saine assurance-maladie» demande par conséquent qu'il soit également appliqué au domaine de la santé: chaque assuré paierait désormais des primes correspondant à sa situation économique. C'est la seule manière de corriger l'injustice de l'actuel système.

L'exemple d'une famille suisse moyenne démontre que le système en vigueur pour l'AVS permettrait d'abaisser les primes de caisse-maladie pour la plus grande partie des assurés:

Une famille avec un revenu mensuel de près de 5000 francs paie actuellement une prime de quelque 500 francs par mois; ce chiffre peut varier considérablement d'un canton à l'autre. L'acceptation de l'initiative populaire abaisserait les primes mensuelles de cette famille à un montant moyen de 150 francs.

L'initiative apporte aux petits et moyens revenus – donc à la grande majorité de la population – un notable allègement des primes des caisses-maladie.

L'initiative prévoit que les employeurs, comme dans l'AVS, contribuent à cet abaissement.

Revenu garanti en cas de maladie

La vieille revendication du paiement du salaire en cas de maladie n'est toujours pas satisfaite: l'assurance pour perte de gain en cas de maladie est toujours facultative. Ainsi, de nombreux travailleurs n'ont aucune garantie en cas de maladie et se trouvent complètement démunis lorsque cesse le droit au salaire versé par l'employeur. L'initiative prévoit une assurance obligatoire qui garantit 80 pour cent du salaire à tous les travailleurs malades. Le financement est assuré par le travailleur et l'employeur, à parts égales.

La santé doit à nouveau être abordable: 2 × OUI.»

Avis du Conseil fédéral

L'initiative populaire « pour une saine assurance-maladie » vise les mêmes buts que la nouvelle loi sur l'assurance-maladie proposée par le Conseil fédéral et l'Assemblée fédérale. Elle entraînerait cependant des changements radicaux dans la structure fédéraliste de notre système de caisses-maladie et introduirait un mode de financement problématique.

Le Conseil fédéral rejette l'initiative en particulier pour les motifs suivants:

Abandon du système actuel

L'initiative exige l'introduction de cotisations dépendant du revenu des assurés, comme pour l'AVS. Cette mesure renforcerait certes la solidarité mais elle modifierait radicalement l'actuelle structure décentralisée et fédéraliste de l'assurance-maladie et de la santé publique. La nouvelle loi permet d'atteindre les mêmes objectifs sans bouleverser les structures en place.

Centralisation indésirable

En instituant un taux de cotisation uniforme sur le modèle de l'AVS, l'initiative abolirait l'indépendance financière des caisses-maladie, qui deviendraient de simples organes d'exécution. Elles perdraient leur autonomie et ne seraient plus incitées par la concurrence à maîtriser les coûts. Le système suisse de santé publique se transformerait en un régime centralisé. L'autonomie des cantons serait elle aussi fortement limitée. Le Conseil fédéral et le Parlement jugent cette évolution indésirable sur le plan politique.

Maîtrise des coûts incertaine

L'initiative exige que la Confédération et les cantons contribuent beaucoup plus largement au financement de l'assurance-maladie (au moins 25 pour cent des dépenses). Cet automatisme assurerait sans doute un afflux régulier de moyens et atténuerait quelque peu la pression des coûts, mais les caisses-maladie, les cantons et les assurés n'auraient plus aucune raison de chercher à freiner les dépenses. Les cantons n'auraient plus de compétence financière et n'auraient plus guère intérêt à maintenir les coûts le plus bas possible. Les assurés, ayant moins de liberté de choix, perdraient le sens de leur responsabilité, puisqu'il n'y aurait plus de rapport direct entre cotisations et prestations.

Nouvelle charge pour l'économie suisse

Le financement prévu par l'initiative instituerait des cotisations fixées en fonction du salaire. L'économie en serait lourdement grevée, à une époque où elle rencontre déjà des difficultés. La

place économique suisse deviendrait plus onéreuse et la compétitivité de notre pays en serait affaiblie. C'est aussi pour ce motif que le Conseil fédéral souhaite maintenir la répartition actuelle entre une AVS financée par des pourcentages sur les salaires et une assurance-maladie fondée sur un autre mode de financement.

Manque de souplesse

L'initiative veut régler de nombreux

détails au niveau constitutionnel. Une réglementation aussi rigide ne peut qu'entraver de futures adaptations. L'actuel article constitutionnel offre toute la marge de manœuvre nécessaire pour l'institution d'un modèle d'assurance-maladie, y compris celui préconisé par l'initiative. La nouvelle loi fournit sur le plan législatif une solution rapidement réalisable. Si l'initiative était acceptée, il faudrait alors élaborer une nouvelle loi qui devrait encore obtenir l'accord des différents partenaires.

Pour tous ces motifs, le Conseil fédéral et les Chambres vous recommandent de refuser l'initiative «pour une saine assurance-maladie».

Troisième objet:

Mesures de contrainte en matière de droit des étrangers

La question qui vous est posée est la suivante:

Acceptez-vous la loi fédérale du 18 mars 1994 sur les mesures de contrainte en matière de droit des étrangers?

Le Conseil national a approuvé cette loi par 111 voix contre 51, le Conseil des Etats par 37 voix contre 2.

L'essentiel en bref

Maintenir notre tradition humanitaire

La générosité à l'égard des personnes qui ont besoin d'aide s'inscrit dans la tradition humanitaire de notre pays. Notre législation sur l'asile et sur les étrangers en témoigne. Ainsi, rien que l'année dernière, 18 000 personnes ont obtenu l'asile, une admission provisoire ou une prolongation de leur autorisation de séjour. Mais l'Etat ne peut tolérer qu'on abuse de notre hospitalité. Une fois qu'il a rejeté une demande d'asile ou d'autorisation de séjour, la personne concernée doit accepter cette décision. C'est à cette seule condition que nous pourrions maintenir notre politique humanitaire.

Lutter efficacement contre les abus

Le fait est que certains étrangers tentent de se soustraire à une décision de renvoi ou d'expulsion en entrant dans la clandestinité ou en dissimulant leur identité. D'autres profitent de leur séjour dans notre pays pour y commettre des infractions. Ce faisant, ils jettent le discrédit sur la grande majorité des étrangers qui respectent nos lois.

Des mesures qui s'imposent

Les mesures de contrainte à l'égard des étrangers arrêtées par le Conseil fédéral et le Parlement permettront de lutter contre de tels abus. Les étrangers non autorisés à rester en Suisse (requérants d'asile déboutés ou personnes en si-

tuation illégale) doivent quitter notre pays. A cette fin, les cantons pourront, à certaines conditions, mettre ces personnes en détention en phase préparatoire ou en détention en vue du refoulement. Toute mesure de cette nature devra toutefois être examinée par une autorité judiciaire. Les cantons seront en outre habilités à interdire à tout étranger ne possédant pas d'autorisation de séjour de quitter une certaine région ou de pénétrer dans une zone déterminée (par exemple une scène ouverte de la drogue).

Pourquoi le référendum ?

Un comité a demandé le référendum contre ce projet. Il est d'avis que les mesures proposées représentent une atteinte disproportionnée aux droits les plus fondamentaux et qu'elles sont anticonstitutionnelles. Selon lui, elles font passer les étrangers pour des criminels et elles n'apportent aucune solution dans la lutte contre le trafic de drogue.

Considérations du Conseil fédéral et du Parlement

Le Conseil fédéral et le Parlement estiment que ces mesures s'imposent d'urgence pour lutter contre les abus en rapport avec la législation sur l'asile et sur les étrangers et qu'elles sont parfaitement conformes à la constitution et à nos obligations de droit international, en particulier aux exigences de la Convention européenne des droits de l'homme.

Aperçu de la nouvelle loi

La loi fédérale sur les mesures de contrainte en matière de droit des étrangers prévoit avant tout les mesures suivantes:

Détention en phase préparatoire: dorénavant, tout étranger pourra, dans des cas bien précis, être mis en détention en phase préparatoire (pour trois mois au maximum), tant que la décision concernant son droit de séjour n'aura pas été prise. Cette mesure pourra être ordonnée, notamment si l'étranger

- refuse, lors de la procédure d'asile ou de renvoi, de décliner son identité
- ne donne pas suite à une convocation des autorités, et cela, à plusieurs reprises et sans raisons valables
- a mis gravement en danger la vie ou l'intégrité corporelle d'autres personnes et que, pour ce motif, il fait l'objet d'une poursuite pénale.

Détention en vue du refoulement: jusqu'alors limitée à 30 jours au maximum, la détention en vue du refoulement sera étendue à trois mois. Sa prolongation à raison de six mois sera possible à certaines conditions si le renvoi ne peut être exécuté dans les délais. Cette forme de détention pourra être ordonnée, par exemple si

- l'étranger est déjà en détention en phase préparatoire
- des indices concrets font craindre qu'il entend se soustraire au renvoi en entrant dans la clandestinité ou en refusant de coopérer à l'établissement de son identité.

Restriction de la liberté de mouvement: les autorités pourront contraindre tout étranger sans autorisation de séjour ou d'établissement qui trouble ou menace la sécurité et l'ordre publics à ne pas quitter une région déterminée ou à ne pas pénétrer dans une zone clairement définie.

Une telle mesure pourra être ordonnée, par exemple si l'étranger

- est soupçonné d'avoir commis une infraction, ou
- enfreint grossièrement les règles de la vie en société.

Fouille de personnes et de logements: cette mesure pourra être prise pour mettre en sûreté des papiers d'identité ou pour démasquer des étrangers clandestins. Un logement ne pourra toutefois être fouillé que sur ordre du juge.

Voies de recours: la nouvelle loi garantit une procédure conforme aux principes de notre Etat de droit. Une autorité judiciaire devra examiner le bien-fondé de toute détention dans les quatre jours. Elle devra même entendre les intéressés lors d'une procédure orale. Un mois après, les personnes concernées pourront demander leur mise en liberté. Un mois plus tard encore (pour la détention en phase préparatoire), et deux mois plus tard (pour la détention en vue du refoulement), elles pourront demander le réexamen de la décision.

Les restrictions de la liberté de mouvement pourront aussi faire l'objet d'un recours auprès d'une autorité judiciaire.

Suppression de l'internement: La possibilité d'interner des étrangers pour une durée maximale de deux ans est supprimée.

Arguments du comité référendaire

Le comité référendaire fait valoir les arguments suivants :

« Nous refusons la loi fédérale sur les mesures de contrainte en matière de droit des étrangers parce qu'elle est **injuste, inconstitutionnelle et clairement contraire aux conventions internationales en matière des droits de l'homme**.

– Elle est **profondément discriminatoire** parce qu'elle s'attaque, avec une dureté excessive, aux seuls étrangers qui n'ont pas de permis. Tous les étrangers sans autorisation régulière sont confondus avec des criminels.

– Elle est **discriminatoire** encore parce qu'elle traite les requérants d'asile comme des personnes sans droits, qui peuvent tous être renvoyés sans autre et qui, pour garantir ce renvoi, peuvent tous être mis en prison.

– Elle est **dangereuse** pour les libertés fondamentales parce qu'elle permet à un fonctionnaire, sur simple soupçon, d'emprisonner un étranger, et même un enfant de quinze ans, qui n'ont peut-être commis aucun délit.

– Elle est **dangereuse** encore parce qu'elle permet à la police de perquisitionner des appartements et même des Eglises pour mettre la main sur les étrangers en situation irrégulière, les emprisonner et les expulser.

– Elle est **injuste** parce qu'elle emploie de gros moyens pour résoudre un problème relativement simple. Sous le prétexte de s'attaquer à quelques centaines de trafiquants de drogue, on met en danger la liberté physique de plusieurs centaines de milliers de personnes.

On ne tire pas avec un canon sur des fourmis!

Notre Constitution garantit les libertés fondamentales à toute personne, quelle que soit sa nationalité, son origine, la couleur de sa peau, son sexe ou sa religion. Cette Constitution s'impose à tous, pas seulement aux citoyens mais aussi aux députés qui n'ont pas le droit de restreindre cette protection constitutionnelle large des libertés. C'est pourtant ce qu'ils ont fait en votant la loi sur les mesures de contrainte.

Le peuple suisse a maintes fois prouvé qu'il adhère pleinement aux valeurs fondamentales de notre Constitution. Il a repoussé avec succès toutes les initiatives xénophobes. Jamais encore il n'a accepté que le statut des étrangers soit abaissé au-dessous du strict minimum que la Constitution et les Conventions internationales exigent.

NON à la loi la plus discriminatoire et la plus dangereuse pour les libertés jamais adoptée en Suisse.»

Avis du Conseil fédéral

Nous ne pourrons maintenir notre politique, fondée sur la tradition humanitaire, et protéger des personnes défavorisées ou persécutées que si nous arrivons à lutter efficacement contre les abus manifestes en rapport avec la législation sur l'asile et sur les étrangers et à exécuter systématiquement les décisions de renvoi. Avec la nouvelle loi, la Suisse disposera d'un instrument efficace contre les personnes qui abusent manifestement de son hospitalité. Le Conseil fédéral est favorable au projet, notamment pour les motifs suivants :

Obligations de part et d'autre

Toute personne qui cherche protection en Suisse a droit à ce que les autorités examinent soigneusement sa situation. Ce droit est garanti par notre législation sur l'asile et sur les étrangers. Mais cette même personne est aussi tenue de ne pas entraver les procédures prévues par notre système juridique et d'accepter les décisions prises. Le droit de séjourner en Suisse ne s'acquiert pas par la contrainte.

Lutte contre les abus

Il arrive à tout moment que des personnes entrent dans la clandestinité à l'issue d'une procédure ou qu'elles dissimulent leur identité pour se soustraire au renvoi. Des étrangers mettent également à profit leur séjour en Suisse pour s'adonner au trafic de drogue. La loi proposée a pour but de mettre fin à de tels abus manifestes, notamment dans l'intérêt de tous les étrangers qui respectent nos lois. Les mesures de

contrainte ne s'appliqueront qu'aux personnes non autorisées à séjourner en Suisse qui auront commis des abus. Elles ne s'appliqueront donc pas aux saisonniers, ni aux titulaires d'une autorisation de séjour ou d'établissement.

Détention en phase préparatoire : une nécessité

A certaines conditions, les étrangers pourront être mis en détention pour une durée de trois mois, tant que la décision concernant leur droit de séjour n'aura pas été prise. Mais cette mesure, qui répond à une nécessité, ne concernera que les personnes ayant commis des abus. Elle sanctionnera des actes destinés à entraver le bon déroulement de la procédure de renvoi, par exemple le refus de collaborer comme l'exige la loi, le refus de déclarer son identité ou le fait d'enfreindre l'obligation de ne pas quitter une certaine région ou de ne pas y pénétrer.

Prolongation de la détention en vue du refoulement

Actuellement, quiconque s'oppose au renvoi ou à l'expulsion peut déjà être mis en détention pour 30 jours au maximum. Dans bien des cas, ce délai est toutefois trop court, notamment lorsque quelqu'un refuse de collaborer au cours de la procédure. C'est pourquoi il sera étendu à trois mois. Dans ce laps de temps, il s'agira de déterminer avec certitude l'identité de la personne, d'organiser son départ et de se procurer les papiers nécessaires, avec l'aide du pays d'origine. Dans des cas particulièrement ardu, la durée de la détention pourra être prolongée de six mois.

Mise en sûreté des documents de voyage et des pièces d'identité

La loi permettra en outre de fouiller les étrangers et leurs biens durant une procédure de renvoi ou d'expulsion. Cette mesure vise à mettre en sûreté des documents de voyage et des pièces d'identité, indispensables à l'exécution du renvoi. En cas de rejet d'une demande d'autorisation de séjour, les autorités pourront aussi fouiller des locaux si on présume qu'une personne devant être renvoyée s'y cache. Cette mesure a elle aussi pour but d'assurer le bon déroulement des procédures inhérentes à notre Etat de droit.

Contribution à la lutte contre la criminalité

Il est certainement faux de croire que la criminalité en Suisse, notamment en rapport avec la drogue, est due aux seuls étrangers. La grande majorité d'entre eux n'y sont pour rien et se comportent correctement. Mais il arrive à tout moment que des personnes prétendent être victimes de persécutions politiques alors qu'en réalité elles trempent par exemple dans des affaires de drogue, sous le couvert de la procédure d'asile. On pourra dorénavant, à certaines conditions, interdire à ces personnes ou à d'autres qui ne possèdent pas d'autorisation de séjour de quitter une région ou d'y pénétrer. Certes, les mesures de contrainte ne permettront pas de résoudre le problème de la drogue, mais elles constitueront un premier pas important dans la lutte contre le trafic de drogue.

Des mesures conformes aux principes de notre Etat de droit

Toutes ces mesures sont parfaitement conformes à la constitution et au droit international. Les critiques du comité référendaire sont donc sans fondement. La constitution autorise un traitement différencié des étrangers sans autorisation de séjour. La Convention européenne des droits de l'homme, elle

aussi, est pleinement respectée. A cet égard, la nouvelle loi va même plus loin que la convention en exigeant que le bien-fondé d'une détention soit examiné au cours d'une procédure orale. Possible jusqu'alors, l'internement sera supprimé, car cette mesure est juridiquement discutable.

Un bon système de recours

Les mesures prévues sont assorties d'un bon système de recours. Ainsi, le bien-fondé de toute détention sera examiné par un juge. On a donc la garantie que les mesures seront appliquées avec pondération et circonspection, et non arbitrairement. Si un renvoi est impossible pour des raisons juridiques parce que la personne concernée serait menacée en cas de retour dans son pays, la détention en phase préparatoire ou en vue du refoulement sera immédiatement levée.

Non aux revendications plus contraignantes !

Le Conseil fédéral a la ferme volonté de poursuivre notre politique d'asile humanitaire destinée à protéger des personnes persécutées. De ce fait, il ne prend que des mesures adéquates respectant pleinement les principes de notre Etat de droit. C'est pourquoi il a toujours rejeté systématiquement des propositions plus contraignantes, qui étaient contraires aux principes reconnus du droit international humanitaire. Certaines personnes avaient notamment demandé l'expulsion immédiate, sans procédure, des demandeurs d'asile entrés illégalement en Suisse. D'autres encore avaient exigé l'internement sur simple soupçon, un système de quotas, mais aussi la possibilité d'exclure de la procédure les demandeurs d'asile délinquants. Le Conseil fédéral continuera à s'opposer à de telles mesures qui sont indignes d'un Etat de droit.

Pour tous ces motifs, le Conseil fédéral et le Parlement vous recommandent d'accepter la nouvelle loi fédérale sur les mesures de contrainte en matière de droit des étrangers.

Texte soumis au vote

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

du 18 mars 1994

Titre premier: Dispositions générales

Article premier Champ d'application

¹ La présente loi régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières.

² L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas:

- a. de maladie;
- b. d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge;
- c. de maternité.

Art. 2 Définitions

¹ Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

² Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale.

³ La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère.

Titre 2: Assurance obligatoire des soins

Chapitre premier: Obligation de s'assurer

Section 1: Dispositions générales

Art. 3 Personnes tenues de s'assurer

¹ Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.

² Le Conseil fédéral peut excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes, notamment les employés d'organisations internationales et d'Etats étrangers.

³ Il peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui:

- a. exercent une activité en Suisse ou y séjournent de façon prolongée;
- b. sont occupées à l'étranger par une entreprise ayant un siège en Suisse.

Art. 4 Choix de l'assureur

¹ Les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs désignés à l'article 11.

² Les assureurs doivent, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, accepter toute personne tenue de s'assurer.

Art. 5 Début et fin de la couverture d'assurance

¹ Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus à l'article 3, 1^{er} alinéa, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse. Le Conseil fédéral fixe le début de la couverture d'assurance pour les personnes désignées à l'article 3, 3^e alinéa.

² En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable. Le Conseil fédéral fixe, à cette fin, des taux indicatifs en tenant compte du niveau des primes au lieu de résidence de l'assuré et de la durée du retard. Si le paiement du supplément de prime met l'assuré dans la gêne, l'assureur réduit ce montant en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard.

³ La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer.

Art. 6 Contrôle et affiliation d'office

¹ Les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer.

² L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile.

Art. 7 Changement d'assureur

¹ L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile.

² En cas d'augmentation de la prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois dès la communication de l'augmentation. Les assureurs doivent annoncer les augmentations de primes au moins deux mois à l'avance et signaler le droit de changer d'assureur.

³ Si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur.

⁴ L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'article 13, lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

⁵ L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus.

Section 2: Suspension de la couverture des accidents**Art. 8** Principe

¹ La couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). L'assureur procède à la suspension lorsque l'assuré lui en fait la demande et apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA. Il réduit la prime en conséquence.

² Les accidents sont couverts en vertu de la présente loi dès que la couverture au sens de la LAA cesse totalement ou en partie.

³ L'assurance-maladie sociale prend en charge les coûts des suites d'accidents qu'elle assurait avant la suspension de la couverture.

Art. 9 Information de l'assuré

Lors de l'affiliation à l'assurance-maladie sociale, l'assureur doit, par écrit, attirer l'attention de l'assuré sur la possibilité de présenter une demande au sens de l'article 8.

Art. 10 Fin de la suspension; procédure

¹ L'employeur informe par écrit la personne qui quitte son emploi ou cesse d'être assurée contre les accidents non professionnels au sens de la LAA qu'elle doit le signaler à son assureur au sens de la présente loi. La même obligation incombe à l'assurance-chômage lorsque le droit aux prestations de cette institution expire sans que l'intéressé prenne un nouvel emploi.

² Si l'assuré n'a pas rempli son obligation conformément au 1^{er} alinéa, l'assureur peut exiger le paiement de la part de la prime correspondant à la couverture de l'accident, y compris les intérêts moratoires, pour la période allant de la fin de la couverture au sens de la LAA jusqu'au moment où il en a eu connaissance. Lorsque l'employeur ou l'assurance-chômage n'ont pas rempli leur obligation conformément à l'alinéa premier, l'assureur peut faire valoir les mêmes prétentions à leur égard.

Chapitre 2: Organisation

Section 1: Assureurs

Art. 11 Catégories d'assureurs

L'assurance obligatoire des soins est gérée par:

- a. les caisses-maladie au sens de l'article 12;
- b. les institutions d'assurance privées soumises à la loi du 23 juin 1978 sur la surveillance des assurances (LSA) pratiquant l'assurance-maladie et bénéficiant de l'autorisation prévue à l'article 13.

Art. 12 Caisses-maladie

¹ Les caisses-maladie sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et qui sont reconnues par le Département fédéral de l'intérieur (département).

² Les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi, des assurances complémentaires; elles peuvent également pratiquer d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral.

³ Les assurances désignées au 2^e alinéa sont régies par la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

⁴ Les caisses-maladie ayant un nombre minimal d'assurés fixé par le Conseil fédéral peuvent aussi pratiquer la réassurance au sens de l'article 14.

Art. 13 Autorisation de pratiquer

¹ Le département autorise les institutions d'assurance qui satisfont aux exigences de la présente loi (assureurs) à pratiquer l'assurance-maladie sociale. L'Office fédéral des assurances sociales (office) publie la liste des assureurs.

² Les assureurs doivent remplir en particulier les conditions suivantes:

- a. pratiquer l'assurance-maladie sociale selon le principe de la mutualité, garantir l'égalité de traitement des assurés et n'affecter qu'à des buts d'assurance-maladie sociale les ressources provenant de celle-ci;
- b. disposer d'une organisation et pratiquer une gestion qui garantissent le respect des dispositions légales;
- c. être en mesure de remplir leurs obligations financières en tout temps;
- d. pratiquer également l'assurance individuelle d'indemnités journalières conformément à la présente loi;
- e. avoir un siège en Suisse.

³ Le département retire l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale si l'assureur en fait la demande ou s'il ne remplit plus les conditions légales. Ce faisant, il veille à ce que le retrait ne porte effet qu'au moment où tous les assurés auront été repris par d'autres assureurs.

Art. 14 Réassurance

¹ Les assureurs peuvent faire réassurer par contrat les prestations qu'ils allouent en vertu de la présente loi.

² Les réassureurs doivent bénéficier d'une autorisation du département. L'article 13 s'applique par analogie à l'octroi de cette autorisation.

³ Le Conseil fédéral fixe la part minimale des prestations que les assureurs doivent prendre eux-mêmes en charge.

Art. 15 Responsabilité

Les assurés ne répondent pas des obligations des assureurs.

Art. 16 Renseignements et conseils

Les assureurs sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations et de les conseiller.

Art. 17 Exonération d'impôts

¹ Les assureurs sont exonérés des impôts directs de la Confédération, des cantons et des communes, de même que des impôts cantonaux et communaux sur les successions et les donations, dans la mesure où leurs ressources et leur fortune servent exclusivement à l'application de l'assurance-maladie sociale ainsi qu'au versement de prestations ou à la garantie de celles-ci.

² Sont également exonérés des taxes et des émoluments de droit public, les documents concernant l'assurance-maladie sociale, utilisés dans les relations avec les assurés et les tiers ou avec d'autres organisations. La perception des primes de l'assurance-maladie sociale n'est pas soumise au droit fédéral de timbre sur les quittances de primes.

³ Le Tribunal fédéral statue sur les litiges relatifs à l'application de cet article.

Section 2: Institution commune

Art. 18

¹ Les assureurs créent une institution commune sous la forme d'une fondation. L'acte de fondation et les règlements de l'institution sont soumis à l'approbation du département. Le Conseil fédéral crée l'institution commune si les assureurs ne l'ont pas fait. Il édicte les prescriptions nécessaires si les assureurs ne peuvent s'entendre sur la gestion de l'institution.

² L'institution commune prend en charge les coûts afférents aux prestations légales en lieu et place des assureurs insolvables.

³ Le Conseil fédéral peut confier à l'institution d'autres tâches, notamment afin de remplir des engagements internationaux.

⁴ Les assureurs peuvent convenir de lui confier certaines tâches d'intérêt commun, notamment dans les domaines administratif et technique.

⁵ Pour financer les tâches de l'institution conformément aux 2^e et 4^e alinéas, les assureurs doivent lui verser des contributions à la charge de l'assurance-maladie sociale. Le montant de ces contributions est fixé par les règlements de l'institution.

⁶ Le Conseil fédéral règle le financement des tâches confiées à l'institution commune en application du 3^e alinéa.

⁷ L'institution commune tient des comptes distincts pour chacune de ses tâches. Elle bénéficie de la même exonération d'impôts que les assureurs (art. 17).

Section 3: Promotion de la santé

Art. 19 Promotion de la prévention des maladies

¹ Les assureurs encouragent la prévention des maladies.

² Ils gèrent en commun et avec les cantons une institution dont le but est de stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Le Conseil fédéral crée l'institution si les assureurs et les cantons ne l'ont pas fait.

³ L'organe directeur de l'institution est composé de représentants des assureurs, des cantons, de la CNA, de la Confédération, des médecins, des milieux scientifiques ainsi que des organisations spécialisées dans le domaine de la prévention.

Art. 20 Financement, surveillance

¹ Une contribution annuelle pour la prévention générale des maladies est perçue de chaque assuré obligatoire au sens de la présente loi.

² Le Conseil fédéral fixe la contribution sur proposition de l'institution.

³ Le Conseil fédéral surveille l'activité de l'institution. Les budgets, les comptes et le rapport d'activité sont présentés pour approbation à l'office.

Section 4: Surveillance et statistiques

Art. 21 Surveillance

¹ Les assureurs et l'institution commune sont placés sous la surveillance du Conseil fédéral.

² Le Conseil fédéral veille à l'application uniforme de la présente loi et règle notamment la répartition des compétences.

³ La surveillance de la pratique des assurances désignées à l'article 12, 2^e alinéa, est de la compétence de l'Office fédéral des assurances privées conformément à la législation sur les institutions d'assurances privées.

⁴ L'Office fédéral des assurances sociales peut adresser aux assureurs des instructions pour l'application uniforme du droit fédéral, requérir tous les renseignements et les documents nécessaires et procéder à des inspections. Les assureurs doivent lui communiquer leurs rapports et leurs comptes annuels.

⁵ Si un assureur enfreint les prescriptions légales, l'Office fédéral des assurances sociales peut, selon la nature et la gravité des manquements:

- a. prendre, aux frais de l'assureur, les mesures propres à rétablir l'ordre légal;
- b. proposer au département de retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

⁶ Les dispositions spéciales sur la surveillance des institutions d'assurance privées sont réservées.

Art. 22 Contrôle des frais d'administration

¹ Les assureurs doivent limiter les frais d'administration de l'assurance-maladie sociale aux exigences d'une gestion économique.

² Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions pour limiter les frais administratifs. A cette fin, il se réfère, en particulier, à l'évolution générale des prix et des salaires.

Art. 23 Statistiques

¹ Le Conseil fédéral règle l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques que requiert l'application de la présente loi, ainsi que l'accès aux données récoltées. Ce faisant, il veille au respect de la protection de la personnalité.

² Les assureurs, les autorités fédérales et les autorités cantonales participent à l'établissement des statistiques. Le Conseil fédéral peut étendre cette obligation à d'autres personnes ou organisations après les avoir consultées.

Chapitre 3: Prestations

Section 1: Catalogue

Art. 24 Principe

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 25 à 31 en tenant compte des conditions des articles 32 à 34.

Art. 25 Prestations générales en cas de maladie

¹ L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

² Ces prestations comprennent:

- a. les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par:
 1. des médecins,
 2. des chiropraticiens,
 3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical;
- b. les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien;
- c. une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin;
- d. les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;
- e. le séjour en division commune d'un hôpital;
- f. le séjour dans une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers;
- g. une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage.

Art. 26 Mesures de prévention

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés. Ces examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin.

Art. 27 Infirmité congénitale

En cas d'infirmité congénitale non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

Art. 28 Accident

En cas d'accident au sens de l'article premier, 2^e alinéa, lettre b, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

Art. 29 Maternité

¹ L'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité.

² Ces prestations comprennent:

- a. les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse;
- b. l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;
- c. les conseils nécessaires en cas d'allaitement.

Art. 30 Interruption non punissable de la grossesse

En cas d'interruption non punissable de la grossesse au sens de l'article 120 du code pénal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

Art. 31 Soins dentaires

¹ L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires:

- a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou
- b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou
- c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

² Elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'article 1^{er}, 2^e alinéa, lettre b.

Section 2: Conditions et étendue de la prise en charge des coûts**Art. 32** Conditions

¹ Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

² L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement.

Art. 33 Désignation des prestations

¹ Le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions.

² Il désigne en détail les autres prestations prévues à l'article 25, 2^e alinéa, qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien ainsi que les prestations prévues aux articles 26, 29, 2^e alinéa, lettres a et c, et 31, 1^{er} alinéa.

³ Il détermine dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation.

⁴ Il nomme des commissions qui le conseillent afin de désigner les prestations. Il veille à la coordination des travaux des commissions précitées.

⁵ Il peut déléguer au département ou à l'office les compétences énumérées aux 1^{er} à 3^e alinéas.

Art. 34 Etendue

¹ Au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux articles 25 à 33.

² Le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux articles 25, 2^e alinéa, ou 29 fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Il peut désigner les cas où l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'accouchements à l'étranger pour des raisons autres que médicales. Il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger.

Chapitre 4: Fournisseurs de prestations

Section 1: Admission

Art. 35 Principe

¹ Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions des articles 36 à 40.

² Ces fournisseurs de prestations sont:

- a. les médecins;
- b. les pharmaciens;
- c. les chiropraticiens;
- d. les sages-femmes;
- e. les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient;
- f. les laboratoires;
- g. les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques;
- h. les hôpitaux;
- i. les institutions de soins semi-hospitaliers;
- k. les établissements médico-sociaux;
- l. les établissements de cure balnéaire.

Art. 36 Médecins

¹ Sont admis les médecins titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral.

² Le Conseil fédéral règle l'admission des médecins titulaires d'un certificat scientifique équivalent.

³ Les dentistes sont assimilés aux médecins pour les prestations prévues à l'article 31.

Art. 37 Pharmaciens

¹ Sont admis les pharmaciens titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral.

² Le Conseil fédéral règle l'admission des pharmaciens titulaires d'un certificat scientifique équivalent.

³ Les cantons fixent les conditions auxquelles les médecins autorisés à tenir une pharmacie sont assimilés aux pharmaciens. Ils tiennent compte en particulier des possibilités d'accès des patients à une pharmacie.

Art. 38 Autres fournisseurs de prestations

Le Conseil fédéral règle l'admission des fournisseurs de prestations énumérés à l'article 35, 2^e alinéa, lettres c à g. Il consulte au préalable les cantons et les organisations intéressées.

Art. 39 Hôpitaux et autres institutions

¹ Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

² Les conditions fixées au 1^{er} alinéa, lettres a à c, s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers.

³ Les conditions fixées au 1^{er} alinéa s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

Art. 40 Etablissements de cure balnéaire

¹ Les établissements de cure balnéaire sont admis s'ils sont reconnus par le département.

² Le Conseil fédéral fixe les conditions que ces établissements doivent remplir en ce qui concerne la direction médicale, la dotation en personnel soignant qualifié, les traitements et les sources thermales.

Section 2:

Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts

Art. 41

¹ L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré.

² Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies:

- a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
- b. dans le canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier, ou dans un hôpital en dehors de ce canton qui figure sur la liste dressée, par le canton où réside l'assuré, en application de l'article 39, 1^{er} alinéa, lettre e.

³ Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, ce canton prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton. Dans ce cas, l'article 79 est applicable par analogie et confère un droit de recours au canton de résidence de l'assuré. Le Conseil fédéral règle les détails.

⁴ L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, 1^{er} et 3^e al.). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs; le 2^e alinéa est applicable par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.

Section 3: Débiteur de la rémunération; facturation

Art. 42

¹ Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant).

² Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant).

³ Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur. Le Conseil fédéral règle les détails.

⁴ L'assureur peut exiger un diagnostic précis ou des renseignements supplémentaires d'ordre médical.

⁵ Le fournisseur de prestations est fondé lorsque les circonstances l'exigent, ou astreint dans tous les cas, si l'assuré le demande, à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de l'assureur, conformément à l'article 57.

Section 4: Tarifs et prix

Art. 43 Principe

¹ Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix.

² Le tarif est une base de calcul de la rémunération; il peut notamment:

- a. se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré);
- b. attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation);
- c. prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire);
- d. soumettre, à titre exceptionnel, en vue de garantir leur qualité, la rémunération de certaines prestations à des conditions supérieures à celles prévues par les articles 36 à 40, notamment à celles qui prévoient que les fournisseurs disposent de l'infrastructure, de la formation de base, de la formation postgraduée ou de la formation continue nécessaires (exclusion tarifaire).

³ Le tarif forfaitaire peut se rapporter au traitement par patient (forfait par patient) ou aux soins par groupe d'assurés (forfait par groupe d'assurés). Les forfaits par groupe d'assurés peuvent être fixés, de manière prospective, sur la base des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs (budget global prospectif).

⁴ Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion.

⁵ Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe.

⁶ Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

⁷ Le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation. Il veille à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales.

Art. 44 Protection tarifaire

¹ Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire). La disposition sur la rémunération des moyens et des appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 52, 1^{er} al., let. a, ch. 3) est réservée.

² Le fournisseur de prestations qui refuse de fournir des prestations conformément à la présente loi (récusation) doit l'annoncer à l'organisme désigné par le gouvernement cantonal. Il n'a aucun droit à la rémunération au sens de la présente loi. Si un assuré s'adresse à un tel fournisseur de prestations, celui-ci doit d'abord l'en informer.

Art. 45 Garantie du traitement

Si, du fait de la récusation de fournisseurs de prestations, le traitement des assurés n'est pas garanti conformément à la présente loi, le gouvernement cantonal veille à ce qu'il le soit. Une protection tarifaire est aussi applicable dans ce cas. Le Conseil fédéral peut édicter les dispositions nécessaires.

Art. 46 Convention tarifaire

¹ Les parties à une convention tarifaire sont un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part.

² Si la partie à une convention est une fédération, la convention ne lie les membres de ladite fédération que s'ils ont adhéré à la convention. Les non-membres qui exercent leur activité dans le rayon conventionnel peuvent également adhérer à la convention. Celle-ci peut prévoir qu'ils doivent verser une contribution équitable aux frais causés par sa conclusion et son exécution. Elle règle les modalités des déclarations d'adhésion ou de retrait, et leur publication.

³ Ne sont pas admises et donc nulles en particulier les mesures suivantes, qu'elles soient contenues dans une convention tarifaire, dans un contrat séparé ou dans un accord, lorsqu'elles prévoient:

- a. l'interdiction faite aux membres de groupements de conclure des contrats séparés;
- b. l'obligation faite aux membres de groupements d'adhérer aux accords existants;
- c. l'interdiction de concurrence entre les membres;
- d. des clauses d'exclusivité et celles qui interdisent tout traitement de faveur.

⁴ La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie.

⁵ Le délai de dénonciation ou de retrait d'une convention tarifaire selon le 2^e alinéa est d'au moins six mois.

Art. 47 Absence de convention tarifaire

¹ Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, le gouvernement cantonal fixe le tarif, après avoir consulté les intéressés.

² S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré hors de son lieu de résidence, de son lieu de travail ou des environs, ou encore pour le traitement hospitalier ou semi-hospitalier d'un assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent fixe le tarif.

³ Lorsque les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur le renouvellement d'une convention tarifaire, le gouvernement cantonal peut la prolonger d'une année. Si aucune convention n'est conclue dans ce délai, il fixe le tarif après avoir consulté les intéressés.

Art. 48 Conventions tarifaires avec les associations de médecins

¹ Lors de l'approbation d'une convention tarifaire avec une ou plusieurs associations de médecins, l'autorité d'approbation (art. 46, 4^e al.) fixe, après avoir consulté les parties à la convention, un tarif-cadre dont les taxes minimales sont inférieures et les taxes maximales supérieures à celles du tarif conventionnel approuvé.

² Le tarif-cadre entre en vigueur à l'expiration de la convention tarifaire. Une année après l'expiration de la convention, l'autorité d'approbation peut fixer un nouveau tarif-cadre sans tenir compte du tarif conventionnel antérieur.

³ Lorsque d'emblée aucune convention tarifaire ne peut être conclue avec une association de médecins, l'autorité d'approbation peut, à la demande des parties, fixer un tarif-cadre.

⁴ Le tarif-cadre est abrogé pour les parties qui ont conclu une nouvelle convention tarifaire dès l'approbation de celle-ci.

Art. 49 Conventions tarifaires avec les hôpitaux

¹ Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39, 1^{er} al.), les parties à une convention conviennent de forfaits. Pour les habitants du canton, ces forfaits couvrent au maximum, par patient ou par groupe d'assurés, 50 pour cent des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Les coûts imputables sont établis lors de la conclusion de la convention. La part des frais d'exploitation résultant d'une surcapacité, les frais d'investissement et les frais de formation et de recherche ne sont pas pris en compte.

² Les parties à une convention peuvent prévoir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne soient pas comprises dans le forfait, mais facturées séparément. Pour ces prestations, elles peuvent prendre en compte, pour les habitants du canton, les coûts imputables à raison d'au maximum 50 pour cent, s'agissant d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.

³ En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital en vertu des 1^{er} et 2^e alinéas, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'article 50 est applicable.

⁴ La rémunération au sens des 1^{er} à 3^e alinéas épuise toutes les prétentions de l'hôpital pour la division commune.

⁵ Les partenaires tarifaires conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire et du séjour semi-hospitalier à l'hôpital.

⁶ Les hôpitaux calculent leurs coûts et classent leurs prestations selon une méthode uniforme; ils tiennent, à cet effet, une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution à cet effet.

⁷ Les gouvernements cantonaux et, au besoin, le Conseil fédéral font procéder à la comparaison des frais d'exploitation entre hôpitaux. Les cantons et les hôpitaux doivent fournir les pièces nécessaires à cet effet. Si la comparaison montre que les coûts d'un hôpital se situent nettement au-dessus des coûts d'hôpitaux com-

parables ou si les pièces présentées par un hôpital sont insuffisantes, les assureurs peuvent dénoncer la convention prévue au 5^e alinéa de l'article 46 et demander à l'autorité qui approuve (art. 46, 4^e al.) de réduire les tarifs dans une juste mesure.

Art. 50 Conventions tarifaires avec les établissements médico-sociaux

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, 3^e al.), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile. Il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire. Les 6^e et 7^e alinéas de l'article 49 sont applicables par analogie.

Art. 51 Budget global des hôpitaux et établissements médico-sociaux

¹ Le canton peut, en tant qu'instrument de gestion des finances, fixer un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux. La répartition des coûts selon l'article 49, 1^{er} alinéa, est réservée.

² Le canton consulte au préalable les fournisseurs de prestations et les assureurs.

Art. 52 Analyses et médicaments; moyens et appareils

¹ Après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des articles 32, 1^{er} alinéa, et 43, 6^e alinéa:

- a. le département édicte:
 1. une liste des analyses avec tarif;
 2. une liste avec tarif des produits et des substances actives et auxiliaires employés pour la prescription magistrale; le tarif comprend aussi les prestations du pharmacien;
 3. des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques;
- b. l'office établit une liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités). Celle-ci doit également comprendre les génériques meilleur marché qui sont interchangeables avec les préparations originales.

² En matière d'infirmités congénitales, les mesures thérapeutiques du catalogue des prestations de l'assurance invalidité sont reprises dans les dispositions et listes établies en vertu de l'alinéa premier.

³ Les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques peuvent être facturés au plus d'après les tarifs, prix et taux de rémunération au sens du 1^{er} alinéa. Le Conseil fédéral désigne les analyses effectuées au cabinet du médecin pour lesquelles le tarif peut être fixé d'après les articles 46 et 48.

Art. 53 Recours au Conseil fédéral

¹ Les décisions des gouvernements cantonaux au sens des articles 39, 45, 46, 4^e alinéa, 47, 48, 1^{er} à 3^e alinéas, 49, 7^e alinéa, 51, 54 et 55 peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral.

² La procédure de recours est régie par la loi fédérale sur la procédure administrative.

³ Le Conseil fédéral statue sur les recours dans un délai de quatre mois au plus. Ce délai peut être dépassé, pour des motifs impératifs, de quatre mois au plus.

Section 5: Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts

Art. 54 Etablissement d'un budget global par les autorités d'approbation

¹ Les assureurs peuvent demander au canton, en tant que mesure extraordinaire et temporaire pour limiter une augmentation des coûts au-dessus de la moyenne, de fixer un montant global (budget global) pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux.

² Le canton doit se prononcer sur l'entrée en matière dans un délai de trois mois à partir du dépôt de la requête. Il consulte au préalable les institutions et les assureurs.

Art. 55 Etablissement des tarifs par les autorités d'approbation

¹ Lorsque, pour les traitements ambulatoires ou hospitaliers, les frais moyens par assuré et par année dans l'assurance de soins obligatoire augmentent au moins deux fois plus que la moyenne de l'évolution générale des prix et des salaires, l'autorité compétente peut ordonner que les tarifs ou les prix de l'ensemble ou d'une partie des prestations ne doivent plus être augmentés, aussi longtemps que la différence relative du taux annuel de croissance est de plus de 50 pour cent comparée à l'évolution générale des prix et des salaires.

² Ces autorités sont:

- a. le Conseil fédéral s'agissant de conventions tarifaires approuvées par lui en vertu de l'article 46, 4^e alinéa;
- b. le département s'agissant de tarifs ou de prix d'après l'article 52, 1^{er} alinéa, lettre a, chiffres 1 et 2, ainsi que lettre b;
- c. le gouvernement cantonal s'agissant de conventions tarifaires approuvées par lui en vertu de l'article 46, 4^e alinéa.

Section 6:

Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations

Art. 56 Caractère économique des prestations

¹ Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement.

² La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi. Ont qualité pour demander la restitution:

- a. l'assuré ou, conformément à l'article 89, 3^e alinéa, l'assureur dans le système du tiers garant (art. 42, 1^{er} al.);
- b. l'assureur dans le système du tiers payant (art. 42, 2^e al.).

³ Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit:

- a. d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat;
- b. de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

⁴ Si le fournisseur de prestations ne répercute pas cet avantage, l'assuré ou l'assureur peut en exiger la restitution.

⁵ Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations.

Art. 57 Médecins-conseils

¹ Après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les assureurs ou leurs fédérations désignent des médecins-conseils. Ceux-ci doivent satisfaire aux conditions d'admission prévues à l'article 36 et avoir pratiqué dans un cabinet médical ou exercé une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins.

² Les médecins-conseils appelés à exercer dans toute la Suisse doivent être désignés avec l'accord de la société médicale du canton dans lequel l'assureur a son siège principal ou dans lequel la fédération d'assureurs a son siège.

³ Une société médicale cantonale peut récuser un médecin-conseil pour de justes motifs; dans ce cas, le tribunal arbitral au sens de l'article 89 statue.

⁴ Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies.

⁵ Le médecin-conseil évalue les cas en toute indépendance. Ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives.

⁶ Les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches selon le 4^e alinéa. S'il n'est pas possible d'obtenir ces informations par un autre moyen, le médecin-conseil peut examiner lui-même l'assuré; il doit en informer préalablement le médecin traitant et lui communiquer le résultat de l'examen. Si les circonstances le justifient, l'assuré peut toutefois exiger que l'examen soit effectué par un médecin autre que le médecin-conseil. Lorsque l'assuré et l'assureur ne peuvent s'entendre, le tribunal arbitral au sens de l'article 89 tranche.

⁷ Les médecins-conseils ne transmettent aux organes compétents des assureurs que les indications dont ceux-ci ont besoin pour décider de la prise en charge d'une prestation, pour fixer la rémunération ou motiver une décision. Ce faisant, ils respectent les droits de la personnalité des assurés.

⁸ Les associations faîtières suisses de médecins et d'assureurs règlent la transmission des indications au sens du 7^e alinéa, la formation continue et le statut des médecins-conseils. Si elles ne peuvent s'entendre, le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires.

Art. 58 Garantie de la qualité

¹ Après avoir consulté les organisations intéressées, le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge.

² Il peut en confier l'exécution aux associations professionnelles ou à d'autres institutions.

³ Il détermine les mesures servant à garantir ou à rétablir la qualité ou l'adéquation des prestations. Il peut en particulier prévoir que:

- a. l'accord du médecin-conseil est nécessaire avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques, notamment celles qui sont particulièrement coûteuses;
- b. des mesures diagnostiques ou thérapeutiques particulièrement coûteuses ou difficiles ne seront prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que lorsqu'elles sont pratiquées par des fournisseurs de prestations qualifiés en la matière. Il peut désigner ces fournisseurs de prestations.

Art. 59 Exclusion de fournisseurs de prestations

Si, pour des raisons graves, notamment en cas de manquements aux exigences des articles 56 et 58, un assureur refuse à un fournisseur de prestations d'exercer ou de poursuivre son activité conformément à la présente loi, le tribunal arbitral au sens de l'article 89 doit en décider.

Chapitre 5: Financement

Section 1: Système financier et présentation des comptes

Art. 60

¹ L'assurance obligatoire des soins est financée d'après le système de la répartition des dépenses. Les assureurs constituent des réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme.

² Le financement doit être autonome. Les assureurs présentent séparément au bilan les provisions et les réserves destinées à l'assurance obligatoire des soins.

³ Les assureurs tiennent un compte d'exploitation distinct pour l'assurance obligatoire des soins. L'exercice comptable correspond à l'année civile. Les montants des primes et des prestations relatives aux cas de maladie et d'accidents sont indiqués séparément.

⁴ Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires, notamment sur la tenue de la comptabilité, la présentation et le contrôle des comptes, la constitution des réserves et les placements des capitaux.

Section 2: Primes des assurés

Art. 61 Principes

¹ L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés.

² L'assureur peut échelonner les montants des primes s'il est prouvé que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant. Il ne peut y avoir plus de trois échelonnements par canton.

³ Pour les assurés de moins de 18 ans révolus (enfants), l'assureur doit fixer une prime plus basse que celle des assurés plus âgés (adultes). Il est autorisé à le faire pour les assurés de moins de 25 ans révolus et qui fréquentent une école ou poursuivent des études ou un apprentissage.

⁴ Les tarifs des primes de l'assurance de soins obligatoire doivent être approuvés par le Conseil fédéral.

Art. 62 Formes particulières d'assurance

¹ L'assureur peut réduire les primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations d'après l'article 41, 4^e alinéa.

² Le Conseil fédéral peut autoriser la pratique d'autres formes d'assurance, notamment celles dans lesquelles:

- a. l'assuré qui consent à une participation aux coûts plus élevée que celle qui est prévue à l'article 64 bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime;
- b. le montant de la prime de l'assuré dépend de la question de savoir si, pendant une certaine période, il a bénéficié ou non de prestations.

³ Le Conseil fédéral règle en détail les formes particulières d'assurance. Il fixe, notamment en se fondant sur les besoins de l'assurance, les limites maximales des réductions de primes et les limites minimales des suppléments de primes. La compensation des risques selon l'article 105 reste dans tous les cas réservée.

Art. 63 Indemnisation de tiers

¹ Si un employeur, une association d'employeurs, une association de travailleurs ou une autorité d'assistance se charge de tâches d'exécution de l'assurance-maladie, l'assureur les indemnise de façon appropriée.

² Le Conseil fédéral fixe les limites maximales des indemnités.

Section 3: Participation aux coûts

Art. 64

¹ Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient.

² Leur participation comprend:

- a. un montant fixe par année (franchise) et
- b. 10 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

³ Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part.

⁴ Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié. Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, payent ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte.

⁵ En cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille. Le Conseil fédéral fixe le montant de cette contribution.

⁶ Le Conseil fédéral peut:

- a. prévoir une participation aux coûts plus élevée pour certaines prestations;
- b. réduire ou supprimer la participation aux coûts des traitements de longue durée et du traitement de maladies graves;
- c. supprimer la participation aux coûts pour une assurance impliquant un choix limité d'après l'article 41, 4^e alinéa, lorsque cette participation se révèle inappropriée.

⁷ L'assureur ne peut exiger aucune participation s'il s'agit de prestations en cas de maternité.

Section 4: Réduction des primes par les subsides des pouvoirs publics

Art. 65 Réduction des primes par les cantons

¹ Les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste.

² Les réductions sont fixées de telle manière que les subsides annuels de la Confédération et des cantons au sens de l'article 66 soient en principe versés intégralement.

³ Les cantons ne peuvent contraindre les assureurs à une collaboration qui s'étende au-delà de la disposition prévue à l'article 82, 3^e alinéa.

Art. 66 Subsidies de la Confédération et des cantons

¹ La Confédération accorde aux cantons des subsides annuels destinés à réduire les primes au sens de l'article 65.

² Ces subsides sont fixés par arrêté fédéral simple valable quatre ans, compte tenu de l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins et de la situation financière de la Confédération.

³ Le Conseil fédéral fixe la part qui revient à chaque canton d'après sa population résidente et sa capacité financière. Il peut aussi prendre en considération la prime moyenne pour l'assurance obligatoire des soins de chaque canton.

⁴ Le Conseil fédéral fixe, selon leur capacité financière, le complément minimum que les cantons doivent apporter. L'apport global des cantons correspond, au minimum, à la moitié des subsides fédéraux.

⁵ Un canton peut diminuer de 50 pour cent au maximum la contribution à laquelle il est tenu selon le 4^e alinéa, lorsque la réduction des primes des assurés de condition économique modeste est garantie. Le subside fédéral alloué à ce canton est alors réduit dans la même mesure. Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions à ce sujet.

Titre 3: Assurance facultative d'indemnités journalières**Art. 67 Adhésion**

¹ Toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l'article 68.

² Elle peut, à cet effet, choisir un autre assureur que celui de l'assurance obligatoire des soins.

³ L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective. Les assurances collectives peuvent être conclues par des:

- a. employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes;
- b. organisations d'employeurs ou des associations professionnelles, pour leurs membres et les travailleurs de leurs membres;
- c. organisations de travailleurs, pour leurs membres.

Art. 68 Assureurs

¹ Les assureurs au sens de l'article 11 doivent admettre, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, toute personne en droit de s'assurer.

² Le département reconnaît aussi les caisses-maladie qui limitent leur activité à l'assurance d'indemnités journalières en faveur des membres d'une entreprise ou d'une association professionnelle, pour autant qu'elles remplissent les conditions des articles 12 et 13 qui les concernent.

³ Les articles 11 à 17 sont applicables par analogie.

Art. 69 Réserve d'assurance

¹ Les assureurs peuvent exclure de l'assurance, par une clause de réserve, les maladies existant au moment de l'admission. Il en va de même pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible.

² Les réserves sont caduques au plus tard après cinq ans. Avant l'échéance de ce délai, l'assuré peut fournir la preuve que la réserve n'est plus justifiée.

³ La réserve n'est valable que si elle est communiquée par écrit à l'assuré et qu'elle précise le début et la fin de sa validité ainsi que le type de maladie qu'elle concerne.

⁴ Les 1^{er} à 3^e alinéas sont applicables par analogie en cas d'augmentation du montant des indemnités journalières et de réduction du délai d'attente.

Art. 70 Changement d'assureur

¹ Le nouvel assureur n'a pas le droit d'instituer de nouvelles réserves si l'assuré a changé d'assureur parce que :

- a. ses rapports de travail ou la fin de ceux-ci l'exigent ou
- b. qu'il sort du rayon d'activité de son assureur antérieur ou
- c. que son assureur ne pratique plus l'assurance-maladie sociale.

² Le nouvel assureur peut maintenir en vigueur, jusqu'à l'échéance du délai initial, des réserves instaurées par l'ancien assureur.

³ L'ancien assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de libre passage. S'il omet de le faire, la couverture d'assurance auprès de lui subsiste. L'assuré doit faire valoir son droit au libre passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

⁴ Le nouvel assureur doit, sur demande de l'assuré, continuer d'assurer les indemnités journalières pour le même montant que précédemment. Il peut, à cet effet, imputer les indemnités journalières touchées auprès de l'ancien assureur sur la durée du droit aux prestations au sens de l'article 72.

Art. 71 Sortie de l'assurance collective

¹ Lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. Si, dans l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent être instituées; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu.

² L'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

Art. 72 Prestations

¹ L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées. Ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité.

² Le droit à l'indemnité journalière prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. A défaut d'accord contraire, le droit prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Le versement des prestations peut être différé moyennant une réduction correspondante du montant de la prime. Lorsque la naissance du droit à l'indemnité journalière est subordonnée à un délai d'attente convenu entre les parties, durant lequel l'employeur est tenu de verser le salaire, ce délai peut être déduit de la durée minimale du versement de l'indemnité journalière.

³ Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours.

⁴ En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant la durée prévue au troisième alinéa. La couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle.

⁵ Lorsque l'indemnité journalière est réduite par suite d'une surindemnisation selon l'article 78, 2^e alinéa, la personne atteinte d'une incapacité de travail a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes. Les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières sont prolongés en fonction de la réduction.

Art. 73 Coordination avec l'assurance-chômage

¹ Les chômeurs atteints d'une incapacité de travail supérieure à 50 pour cent reçoivent des indemnités journalières entières et ceux qui sont atteints d'une incapacité de travail de plus de 25 pour cent, mais de 50 pour cent au maximum, des demi-indemnités journalières lorsqu'en vertu de leurs conditions d'assurance ou d'arrangements contractuels les assureurs versent, en principe, des prestations pour un même degré d'incapacité de travail.

² Les chômeurs assurés peuvent prétendre, moyennant une adaptation équitable des primes, à la transformation de leur ancienne assurance en une assurance dont les prestations sont versées dès le 31^e jour, sous garantie du montant des anciennes indemnités journalières et sans prendre en considération l'état de santé au moment de la transformation.

Art. 74 Indemnités journalières en cas de maternité

¹ En cas de grossesse et d'accouchement, les assureurs doivent verser les indemnités journalières assurées si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois.

² Les indemnités journalières doivent être versées pendant 16 semaines, dont au moins 8 après l'accouchement. Elles ne peuvent être imputées sur la durée prévue à l'article 72, 3^e alinéa, et doivent être allouées même si cette durée est expirée.

Art. 75 Système financier et présentation des comptes

¹ L'assurance d'indemnités journalières est financée d'après le système de la répartition des dépenses. Les assureurs constituent des réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme. Au surplus, les 2^e à 4^e alinéas de l'article 60 sont applicables par analogie.

² Si l'assureur applique dans l'assurance collective un tarif des primes qui diffère de celui de l'assurance individuelle, il doit tenir des comptes distincts pour l'assurance individuelle et l'assurance collective.

Art. 76 Primes des assurés

¹ L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Il perçoit des primes égales s'il s'agit de prestations assurées égales.

² Si un délai d'attente est applicable au versement de l'indemnité journalière, l'assureur doit réduire les primes de manière correspondante.

³ L'assureur peut échelonner les primes d'après l'âge d'entrée et selon les régions.

⁴ L'article 61, 2^e et 4^e alinéas, est applicable par analogie.

⁵ Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions plus détaillées sur la réduction des primes au sens du 2^e alinéa et leur échelonnement au sens du 3^e alinéa.

Art. 77 Primes de l'assurance collective

Dans l'assurance collective, les assureurs peuvent prévoir des primes qui diffèrent de celles de l'assurance individuelle. Leurs montants doivent être fixés de manière à ce que l'assurance collective soit au moins autonome.

Titre 4: Règles de coordination

Chapitre premier: Coordination des prestations

Art. 78

¹ Le Conseil fédéral règle les relations de l'assurance-maladie sociale avec les autres assurances sociales, en ce qui concerne en particulier:

- a. l'obligation d'avancer les prestations et la prise en charge subséquente des prestations avancées;
- b. l'obligation réciproque de donner des indications sur la fixation et la modification des prestations;
- c. la détermination des obligations de chaque assurance en cas de maladie et d'accident concomitants;
- d. le droit des assureurs d'attaquer des décisions touchant à l'obligation d'une autre assurance sociale de fournir des prestations.

² Il veille à ce que les prestations de l'assurance-maladie sociale ou leur concours avec celles d'autres assurances sociales ne conduisent pas à la surindemnisation des assurés ou des fournisseurs de prestations, notamment en cas d'hospitalisation.

Chapitre 2: Subrogation

Art. 79

¹ Dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable.

² L'assureur n'a un droit de recours contre le conjoint de l'assuré, ses parents en ligne ascendante ou descendante ou les personnes qui font ménage commun avec lui uniquement s'ils ont provoqué le cas assuré intentionnellement ou par négligence grave.

³ Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur l'exercice du droit de subrogation.

Titre 5: Procédure, voies de droit, dispositions pénales

Chapitre premier: Procédure

Art. 80 Décision

¹ Lorsque l'assuré n'accepte pas une décision de l'assureur, celui-ci doit la confirmer par écrit, dans les 30 jours à compter de la demande expresse de l'assuré.

² L'assureur doit motiver la décision et indiquer les voies de recours; la notification irrégulière d'une décision ne peut entraîner aucun préjudice pour l'assuré.

³ Il ne peut subordonner la communication de sa décision à l'obligation d'épuiser la voie interne de recours qu'il a prévue.

Art. 81 Consultation du dossier

Les intéressés ont le droit de consulter le dossier. Les intérêts privés de l'assuré et de ses proches, lorsqu'ils sont dignes d'être protégés, ainsi que les intérêts publics prépondérants, doivent être sauvegardés. Le Conseil fédéral définit le cercle des intéressés et règle la procédure.

Art. 82 Entraide et assistance administrative

¹ Les autorités administratives et judiciaires de la Confédération, des cantons, des districts, des arrondissements et des communes fournissent gratuitement aux

organes compétents de l'assurance-maladie sociale, à leur demande, les renseignements et documents nécessaires, pour fixer, modifier ou restituer des prestations ainsi que pour prévenir des versements indus, fixer et percevoir les primes ou exercer une action récursoire contre le tiers responsable.

² Les assureurs au sens de l'article 11 et les autres assureurs sociaux se prêtent mutuellement assistance dans les cas particuliers prévus au 1^{er} alinéa.

³ Les assureurs fournissent gratuitement à la demande des autorités cantonales compétentes les renseignements et les documents nécessaires à:

- a. l'exercice de l'action récursoire prévue à l'article 41, 3^e alinéa;
- b. la fixation de la réduction des primes prévue à l'article 65.

Art. 83 Obligation de garder le secret

Les personnes chargées de gérer, de contrôler ou de surveiller la pratique de l'assurance-maladie sociale doivent garder le secret à l'égard des tiers sur leurs constatations et observations. Lorsque aucun intérêt privé digne d'être protégé ne s'y oppose, le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions à l'obligation de garder le secret.

Art. 84 Protection des données

La protection des données est régie par la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données, à l'exception des articles 12 à 15.

Chapitre 2: Voies de droit

Art. 85 Opposition

¹ Toute décision peut être attaquée, dans les trente jours, par voie d'opposition auprès de l'assureur qui l'a notifiée.

² Les décisions rendues sur opposition doivent être motivées et indiquer les voies de recours.

³ La procédure d'opposition est gratuite; il ne peut être alloué de dépens.

⁴ L'assureur ne peut subordonner la communication de sa décision sur opposition à l'obligation d'épuiser la voie interne de recours qu'il a prévue.

Art. 86 Tribunal cantonal des assurances

¹ Les décisions rendues sur opposition peuvent être attaquées par la voie du recours de droit administratif. Le recours doit être déposé dans les trente jours à partir de la notification de la décision rendue sur opposition devant le tribunal des assurances désigné par chaque canton pour connaître des litiges opposant un assureur à un autre assureur, à un assuré ou à un tiers.

² Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur n'a pas rendu de décision ni de décision sur opposition, en dépit de la demande de l'assuré.

³ Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou du tiers au moment du dépôt du recours, ou du canton du siège de l'assureur intimé. Si l'assuré ou le tiers est domicilié à l'étranger, est compétent le tribunal des assurances du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances du canton du siège de l'assureur est compétent. En cas de litige entre les assureurs, le tribunal des assurances du canton du siège de l'assureur défendeur est compétent.

⁴ L'assureur ne peut subordonner le droit de l'assuré de s'adresser au tribunal cantonal des assurances à l'obligation d'épuiser la voie interne de recours qu'il a prévue.

Art. 87 Règles de procédure

Les cantons règlent la procédure qui doit satisfaire aux exigences suivantes:

- a. elle doit être simple, rapide et gratuite pour les parties. Des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit avec témérité ou légèreté;
- b. l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable à son auteur pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera déclaré irrecevable;
- c. le tribunal établit, avec la collaboration des parties, les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement;
- d. le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties. Il peut réformer au détriment du recourant la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer;
- e. si les circonstances le justifient, les parties sont convoquées aux débats;
- f. le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti. Lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite sera accordée au recourant;
- g. le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal. Le montant est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige;
- h. les jugements contiennent les motifs retenus, l'indication des voies de recours et les noms des membres du tribunal; ils sont communiqués par écrit;
- i. les jugements doivent être révisés si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

Art. 88 Exécution

¹ Les décisions et les décisions sur opposition rendues en vertu de la présente loi sont exécutoires lorsque:

- a. elles ne peuvent plus être attaquées par une voie de recours;
- b. la voie de recours n'a pas d'effet suspensif;
- c. l'effet suspensif attribué a été retiré.

² Les décisions et décisions sur opposition exécutoires qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires au sens de l'article 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite.

Art. 89 Tribunal arbitral cantonal

¹ Les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral.

² Le tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent.

³ Le tribunal arbitral est aussi compétent, si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant, art. 42, 1^{er} al.); en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès.

⁴ Les cantons désignent le tribunal arbitral. Il se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des assureurs d'une part, et des fournisseurs de prestations concernés, d'autre part. Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances complété, dans ce cas, par un représentant de chacune des parties.

⁵ Les cantons fixent la procédure qui doit être simple et rapide. Le tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

⁶ Les jugements contiennent les motifs retenus, l'indication des voies de recours et les noms des membres du tribunal; ils sont communiqués par écrit.

Art. 90 Commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités

¹ Les décisions concernant l'admission sur la liste des spécialités (art. 52, 1^{er} al., let. b) peuvent faire l'objet d'un recours devant la commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités.

² La procédure de recours est régie par la loi fédérale d'organisation judiciaire.

Art. 91 Tribunal fédéral des assurances

Les jugements rendus par un tribunal cantonal des assurances ou par un tribunal arbitral ou par la commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités peuvent être attaqués devant le Tribunal fédéral des assurances, conformément à la loi fédérale d'organisation judiciaire.

Chapitre 3: Dispositions pénales

Art. 92 Délits

Sera puni de l'emprisonnement pour six mois au plus ou d'une amende, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit passible d'une peine plus lourde prévue par le code pénal, quiconque:

- a. se sera dérobé, partiellement ou totalement, à l'obligation de s'assurer, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière;
- b. aura obtenu pour lui-même ou pour autrui, sur la base de la présente loi, une prestation qui ne lui revient pas, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière;
- c. aura, en sa qualité d'organe d'exécution au sens de la présente loi, violé ses obligations, notamment celle de garder le secret, ou aura abusé de sa fonction au détriment d'un tiers, pour se procurer un avantage ou pour procurer à un tiers un avantage illicite.

Art. 93 Contraventions

Sera puni des arrêts ou de l'amende, intentionnellement:

- a. aura fourni, en violation de son obligation de renseigner, des renseignements inexacts ou refusé de fournir des renseignements;
- b. se sera soustrait au devoir d'entraide et d'assistance administrative au sens de l'article 82;
- c. se sera opposé à un contrôle ordonné par l'autorité de surveillance ou l'aura rendu impossible de toute autre manière.

Art. 94 Infractions commises dans la gestion d'une entreprise

Les articles 6 et 7 de la loi fédérale sur le droit pénal administratif sont applicables.

Art. 95 Poursuite pénale

La poursuite pénale incombe aux cantons.

Titre 6: Dispositions finales

Chapitre premier: Exécution

Art. 96

Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution de la présente loi. Il édicte des dispositions à cet effet.

Chapitre 2: Dispositions transitoires

Art. 97 Dispositions cantonales

¹ Les cantons édictent les dispositions d'exécution de l'article 65 avant l'entrée en vigueur de la présente loi. Le Conseil fédéral fixe la date à laquelle ils doivent avoir édicté les autres dispositions d'exécution.

² Lorsqu'il ne peut édicter à temps les dispositions définitives, pour l'article 65, le gouvernement cantonal peut arrêter une réglementation provisoire.

Art. 98 Poursuite de la pratique de l'assurance par les caisses-maladie reconnues

¹ Les caisses-maladie reconnues selon la loi fédérale du 13 juin 1911 et qui veulent continuer de pratiquer l'assurance-maladie conformément à la présente loi doivent le communiquer à l'office au plus tard six mois avant l'entrée en vigueur de la loi. Elles doivent simultanément lui soumettre les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières pour approbation, conformément aux articles 61, 4^e alinéa, et 76, 4^e alinéa, de la loi.

² Les caisses dont le domaine d'activité se limitait d'après l'ancien droit à une entreprise ou à une association professionnelle peuvent continuer de pratiquer l'assurance d'indemnités journalières dans le cadre restreint précité. Elles doivent l'indiquer dans leur communication au sens du 1^{er} alinéa.

³ Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur la répartition de la fortune existante des caisses-maladie entre les branches d'assurance qu'elles continuent à pratiquer sur la base du nouveau droit.

Art. 99 Renonciation à la pratique de l'assurance-maladie sociale

¹ Les caisses-maladie qui renoncent à pratiquer l'assurance-maladie conformément à la présente loi cessent d'être reconnues dès son entrée en vigueur. Elles doivent en informer par écrit leurs membres et l'office au plus tard six mois avant l'entrée en vigueur de la présente loi.

² Lesdites caisses doivent se dissoudre si elles n'ont pas obtenu, lors de l'entrée en vigueur de la présente loi, l'agrément de pratiquer des assurances au sens de la loi du 23 juin 1978 sur la surveillance des assurances (LSA). La pratique de l'assurance d'indemnités journalières limitée à une entreprise ou à une association professionnelle est réservée. Après avoir consulté l'Office fédéral des assurances privées, l'office décide de la part de la fortune de ces caisses à utiliser conformément au 3^e alinéa.

³ Si la fortune d'une caisse dissoute n'est pas transférée, lors d'une fusion, à un autre assureur au sens de l'article 11, un excédent de fortune éventuel constaté dans les caisses organisées selon le droit privé revient au fonds couvrant les cas d'insolvabilité de l'institution commune (art. 18).

Art. 100 Autres assureurs

Les assureurs au sens de l'article 11, lettre b, qui veulent pratiquer l'assurance-maladie sociale lors de l'entrée en vigueur de la loi, doivent envoyer leur demande d'autorisation, accompagnée des pièces nécessaires, à l'office au plus tard six mois avant l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 101 Fournisseurs de prestations et médecins-conseils

¹ Les médecins, pharmaciens, chiropraticiens, sages-femmes, le personnel paramédical et les laboratoires qui, d'après l'ancien droit, étaient autorisés à exercer leur activité à la charge de l'assurance-maladie sont également admis comme fournisseurs de prestations selon le nouveau droit.

² Les établissements ou leurs divisions qui étaient réputés établissements hospitaliers d'après l'ancien droit sont également admis comme fournisseurs de prestations conformément au nouveau droit, tant que le canton n'a pas élaboré la liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux prévue à l'article 39, 1^{er} alinéa, lettre e. L'obligation des assureurs d'allouer des prestations et le montant de la rémunération découlent, jusqu'à une date que le Conseil fédéral fixera, des conventions ou tarifs en vigueur jusqu'alors.

³ Les médecins-conseils qui, sous l'ancien droit, exerçaient pour un assureur (art. 11 à 13) peuvent, sous le nouveau droit, être chargés par les assureurs ou leurs fédérations des tâches définies à l'article 57. Les 3^e à 8^e alinéas de l'article 57 sont aussi applicables dans ces cas.

Art. 102 Rapports d'assurance existants

¹ Si des caisses reconnues continuent de pratiquer, d'après le nouveau droit, des assurances de soins et d'indemnités journalières qu'elles avaient pratiqué selon l'ancien droit, le nouveau droit s'applique à ces assurances dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

² Les dispositions des caisses relatives aux prestations pour soins excédant le catalogue selon l'article 34, 1^{er} alinéa, (prestations statutaires, assurances complémentaires) doivent être adaptées au nouveau droit dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de la loi. Les droits et les obligations des assurés sont régis par l'ancien droit tant que l'adaptation n'est pas effectuée. La caisse doit offrir à ses assurés des contrats qui prévoient une couverture d'assurance ayant au moins la même étendue que celle dont ils bénéficiaient jusqu'alors. Les périodes d'assurance accomplies sous l'ancien droit sont prises en compte lors de la fixation des primes.

³ Les rapports d'assurance existant, selon l'ancien droit, avec des caisses qui perdent leur reconnaissance et qui continuent de pratiquer l'assurance en tant qu'institution d'assurance au sens de la loi du 23 juin 1978 sur la surveillance des assurances (art. 99), sont caducs dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

L'assuré peut toutefois demander le maintien de ses rapports d'assurance pour autant que l'institution d'assurance offre une assurance correspondante.

⁴ Les contrats existant, selon l'ancien droit, avec d'autres assureurs que les caisses-maladie reconnues pour des risques couverts par l'assurance obligatoire des soins selon la présente loi sont caducs dès l'entrée en vigueur de celle-ci. Les primes payées pour la période postérieure à l'entrée en vigueur de la loi seront restituées. Les prestations d'assurance dues pour des accidents survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont allouées d'après les anciens contrats.

⁵ Les contrats existant, selon l'ancien droit, avec d'autres assureurs que les caisses reconnues pour des risques couverts par l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la présente loi peuvent, dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de celle-ci, être adaptés au nouveau droit si le preneur d'assurance le demande et si l'assureur pratique l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la présente loi.

Art. 103 Prestations d'assurance

¹ Les prestations d'assurance pour les traitements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente loi sont allouées d'après l'ancien droit.

² Les indemnités journalières dont le versement est en cours lors de l'entrée en vigueur de la présente loi et qui résultent de l'assurance d'indemnités journalières auprès de caisses reconnues devront encore être allouées pendant deux ans au plus, conformément aux dispositions de l'ancien droit sur la durée des prestations.

Art. 104 Conventions tarifaires

¹ L'entrée en vigueur de la présente loi ne rend pas caduques les conventions tarifaires existantes. Le Conseil fédéral fixe la date jusqu'à laquelle celles-ci doivent être adaptées au nouveau droit.

² Les assureurs qui commencent de pratiquer l'assurance-maladie sociale sous le nouveau droit ont le droit d'adhérer aux conventions tarifaires passées sous l'ancien droit par des fédérations de caisses (art. 46, 2^e al.).

³ Le Conseil fédéral fixe la date à partir de laquelle les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent satisfaire à l'article 49, 6^e et 7^e alinéas.

Art. 105 Compensation des risques

¹ Les assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées sont inférieurs à la moyenne de l'ensemble des assureurs doivent verser une contribution à l'institution commune (art. 18) en faveur des assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées dépassent cette moyenne; cette contribution est destinée à compenser entièrement les différences moyennes des frais entre les groupes de risques déterminants.

² La comparaison s'effectue, par canton et pour chaque assureur, sur la base de l'effectif des assurés.

³ L'institution commune procède à la compensation des risques entre assureurs pour chaque canton.

⁴ La compensation des risques est limitée à une durée de dix ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi. Le Conseil fédéral édicte les dispositions relatives à la compensation des risques de telle sorte que les assureurs soient incités à gérer l'assurance de façon économique.

Art. 106 Subsidés fédéraux

¹ Pour les quatre premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, mais tout au plus jusqu'en 1999, les subsides fédéraux selon l'article 66 s'élèvent à:

- | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|
| a. | pour la première année: | 1830 millions de francs |
| b. | pour la deuxième année: | 1940 millions de francs |
| c. | pour la troisième année: | 2050 millions de francs |
| d. | pour la quatrième année: | 2180 millions de francs. |

² Pour les quatre premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, mais au plus tard jusqu'en 1999, le montant global que les cantons devront ajouter à leur part du subside fédéral représentera:

- | | | |
|----|--------------------------|---------------|
| a. | pour la première année: | 35 pour cent |
| b. | pour la deuxième année: | 40 pour cent |
| c. | pour la troisième année: | 45 pour cent |
| d. | pour la quatrième année: | 50 pour cent. |

Chapitre 3: Référendum et entrée en vigueur

Art. 107

¹ La présente loi est sujette au référendum facultatif.

² Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur. Il peut raccourcir les délais prévus aux articles 98, 1^{er} al., 99, 1^{er} al., et 100.

Abrogation et modification de lois fédérales

1. La loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie est abrogée.
2. La loi fédérale du 23 juin 1978 sur la surveillance des institutions d'assurance privées est modifiée comme suit:

Art. 4, 1^{er} al., let. f et g

¹ Sont exceptées de la surveillance:

- f. Les caisses-maladie au sens de l'article 12 de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal);
- g. Les réassureurs assimilés à des caisses-maladie en application de l'article 14, 2^e alinéa, LAMal.

Art. 5

Abrogé

Art. 47, 2^e à 4^e al.

² Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, les cantons prévoient une procédure simple et rapide et dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves.

³ Dans les contestations au sens de l'article 2, les parties ne supportent aucun frais de procédure; toutefois, le juge peut mettre à la charge de la partie téméraire tout ou partie de ces frais.

⁴ (actuel 2^e alinéa)

3. La loi fédérale sur le contrat d'assurance est modifiée comme suit:

Art. 100, 2^e al.

² Pour les preneurs d'assurance et les assurés qui, en vertu de l'article 10 de la loi du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage, sont réputés chômeurs, les articles 71, 1^{er} alinéa, et 73 de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie sont en outre applicables par analogie.

Art. 101, 1^{er} al., ch. 2

¹ La présente loi n'est pas applicable:

2. Aux rapports de droit privé entre les institutions d'assurance qui sont exceptées de la surveillance en vertu de l'article 4, lettres a à e et g, de la loi du 23 juin 1978 sur la surveillance des assurances (LSA), ou qui sont soumises à la surveillance simplifiée (art. 53, 3^e al., LSA), et leurs assurés.

4. La loi fédérale sur l'assurance-accidents est modifiée comme suit:

Art. 68, 1^{er} al., let. c

¹ Les personnes que la CNA n'a pas la compétence d'assurer doivent, conformément à la présente loi, être assurées contre les accidents par une des entreprises désignées ci-après:

c. Caisses-maladie au sens de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie;

5. La loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité est modifiée comme suit:

Art. 3, 4^e al., let. d, et al. 4^{bis}

⁴ Sont déduites du revenu:

d. Les primes d'assurance sur la vie, contre les accidents et l'invalidité jusqu'à concurrence d'un montant annuel de 300 francs pour les personnes seules et de 500 francs pour les couples et les personnes qui ont des enfants ayant ou donnant droit à une rente, ainsi que les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exclusion de l'assurance-maladie.

^{4bis} Le Conseil fédéral précise quels sont les frais de home, de médecin, de dentiste, de pharmacie, de soins et de moyens auxiliaires ainsi que les frais supplémentaires résultant de l'invalidité qui peuvent être déduits.

Disposition transitoire

¹ En compensation de la suppression des déductions pour primes d'assurance-maladie, les limites de revenu fixées à l'article 2, 1^{er} alinéa, pour les personnes seules et les couples subissent une augmentation unique, dont le montant est déterminé par le Conseil fédéral. Les cantons doivent augmenter dans la même mesure le montant laissé à la disposition des pensionnaires pour leurs dépenses personnelles conformément à l'article 2, alinéa 1^{bis}.

² Cette augmentation prend effet au début de l'année.

6. La loi fédérale du 24 juin 1977 sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin (LAS) est modifiée comme suit:

Art. 3, 2^e al., let. b

² Ne sont pas considérées comme des prestations d'assistance:

a. ...

b. Les cotisations minimales d'assurances obligatoires qu'une collectivité assume en lieu et place des assurés;

Texte soumis au vote

Loi fédérale sur les mesures de contrainte en matière de droit des étrangers

du 18 mars 1994

I

La loi fédérale du 26 mars 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers est modifiée comme suit:

Art. 13a

Afin d'assurer le déroulement d'une procédure de renvoi, l'autorité cantonale peut ordonner la détention d'un étranger qui ne possède pas d'autorisation régulière de séjour ou d'établissement pour une durée de trois mois au plus, pendant la préparation de la décision sur son droit de séjour si cette personne:

- a. Refuse, lors de la procédure d'asile ou de renvoi, de déclarer son identité, qu'elle dépose plusieurs demandes d'asile sous des identités différentes ou qu'à répétées reprises, elle ne donne pas, sans raisons valables, suite à une convocation;
- b. Quitte une région qui lui est assignée ou pénètre dans une zone qui lui est interdite en vertu de l'article 13e;
- c. Enfreint une interdiction d'entrée et ne peut être renvoyée immédiatement;
- d. Dépose une demande d'asile après une décision d'expulsion administrative entrée en force en vertu de l'article 10, 1^{er} alinéa, lettre a ou b, ou d'une expulsion judiciaire inconditionnelle;
- e. Menace sérieusement d'autres personnes ou met gravement en danger leur vie ou leur intégrité corporelle et que, pour ce motif, elle fait l'objet d'une poursuite pénale ou a été condamnée.

Art. 13b

¹ Si une décision de renvoi ou d'expulsion de première instance a été notifiée, l'autorité cantonale compétente peut, aux fins d'en assurer l'exécution, prendre les mesures ci-après:

- a. Maintenir la personne concernée en détention lorsque celle-ci est détenue en vertu de l'article 13a;
- b. La mettre en détention lorsqu'il existe des motifs aux termes de l'article 13a, lettres b, c ou e;
- c. La mettre en détention lorsque des indices concrets font craindre qu'elle entend se soustraire au refoulement, notamment si son comportement jusqu'alors mène à conclure qu'elle se refuse à obtempérer aux instructions des autorités.

² La durée de la détention ne peut excéder trois mois; si des obstacles particuliers s'opposent à l'exécution du renvoi ou de l'expulsion, elle peut, avec l'accord de l'autorité judiciaire cantonale, être prolongée de six mois au maximum.

³ Les démarches nécessaires à l'exécution du renvoi ou de l'expulsion doivent être entreprises sans tarder.

Art. 13c

¹ La détention est ordonnée par l'autorité du canton qui est compétent pour l'exécution du renvoi ou de l'expulsion.

² La légalité et l'adéquation de la détention doivent être examinées dans les 96 heures au plus tard par une autorité judiciaire au terme d'une procédure orale.

³ Lorsqu'elle examine la décision de détention, de maintien ou de levée de celle-ci, l'autorité judiciaire tient compte, outre des motifs de détention, en particulier de la situation familiale de la personne détenue et des conditions d'exécution de la détention. Il est exclu d'ordonner la mise en détention de phase préparatoire ou en vue du refoulement à l'encontre d'enfants et d'adolescents de moins de quinze ans révolus.

⁴ L'étranger en détention peut déposer une demande de levée de détention un mois après que la légalité de cette dernière a été examinée. L'autorité judiciaire se prononce dans un délai de huit jours ouvrables, au terme d'une procédure orale. Une nouvelle demande de levée de détention peut être présentée après un délai d'un mois si la personne est détenue en vertu de l'article 13a et de deux mois lorsqu'elle est détenue en vertu de l'article 13b.

⁵ La détention est levée dans les cas suivants:

- a. Le motif de la détention n'existe plus ou l'exécution du renvoi ou de l'expulsion s'avère impossible pour des raisons juridiques ou matérielles;
- b. La demande de levée de détention est admise;
- c. La personne détenue doit subir une peine ou une mesure privative de liberté.

⁶ L'autorité compétente doit prendre sans retard une décision quant au droit de séjour de l'étranger en détention.

Art. 13d

¹ Les cantons veillent à ce qu'une personne désignée par le détenu et se trouvant en Suisse soit prévenue et que l'intéressé puisse s'entretenir et correspondre avec son mandataire.

² La détention doit avoir lieu dans des locaux adéquats. Il faut éviter de regrouper les personnes à renvoyer avec des personnes en détention préventive ou purgeant une peine. Les personnes arrêtées doivent pouvoir dans la mesure du possible, s'occuper de manière appropriée.

Art. 13e

¹ L'autorité cantonale compétente peut enjoindre à un étranger qui n'est pas titulaire d'une autorisation de séjour ou d'établissement et qui trouble ou menace la sécurité et l'ordre publics, notamment en vue de lutter contre le trafic illégal de stupéfiants, de ne pas quitter le territoire qui lui est assigné ou de ne pas pénétrer dans une région déterminée.

² La compétence d'ordonner ces mesures incombe au canton qui doit exécuter le renvoi ou l'expulsion. L'interdiction de pénétrer dans une région déterminée peut aussi être prononcée par le canton dans lequel est située cette région.

³ Ces mesures peuvent faire l'objet d'un recours auprès d'une autorité judiciaire cantonale. Le recours n'a pas d'effet suspensif.

Art. 14

¹ L'autorité cantonale peut refouler dans un Etat désigné par ses soins un étranger lorsque celui-ci:

- a. A laissé expirer le délai imparti pour son départ;
- b. Peut être renvoyé ou expulsé immédiatement;
- c. Se trouve en détention en vertu de l'article 13b et que la décision de renvoi ou d'expulsion est entrée en force.

² Si la personne a la possibilité de se rendre légalement dans plusieurs Etats, elle sera refoulée dans le pays de son choix.

³ Durant une procédure de renvoi ou d'expulsion, l'autorité cantonale peut soumettre à la fouille un étranger et ses biens pour mettre en sûreté des documents de voyage ou d'identité. La fouille ne peut être effectuée que par une personne du même sexe.

⁴ Si une décision de première instance a été rendue, l'autorité judiciaire peut ordonner la perquisition d'un appartement ou d'autres locaux lorsqu'il est présumé qu'un étranger faisant l'objet d'une décision de renvoi ou d'expulsion s'y trouve caché.

Art. 14a, 1^{er} al.

¹ Si l'exécution du renvoi ou de l'expulsion n'est pas possible, n'est pas licite ou ne peut être raisonnablement exigée, l'Office fédéral des réfugiés décide d'admettre provisoirement l'étranger.

Art. 14b, 1^{er} et 2^e al.

¹ L'admission provisoire peut être proposée par l'Office fédéral des étrangers, le Ministère public de la Confédération ou l'autorité cantonale de police des étrangers.

² L'admission provisoire doit être levée lorsque l'exécution est licite, qu'il est possible à l'étranger de se rendre légalement dans un Etat tiers ou de retourner dans son pays d'origine ou dans le pays de sa dernière résidence et qu'on peut raisonnablement l'exiger de lui. Cette mesure prend fin lorsque l'étranger quitte la Suisse de son plein gré ou obtient une autorisation de séjour.

Art. 14d

Abrogé

Art. 14e

¹ La Confédération peut financer en tout ou en partie la construction et l'installation d'établissements cantonaux de détention affectés exclusivement à l'exécution de la détention de phase préparatoire et de celle en vue du refoulement. Pour la procédure, les dispositions des paragraphes 2 et 5 à 8 de la loi fédérale du 5 octobre 1984 sur les prestations de la Confédération dans le domaine de l'exécution des peines et des mesures s'appliquent par analogie.

² La Confédération participe à raison d'un forfait journalier aux frais d'exploitation des cantons pour l'exécution de la détention de phase préparatoire et de celle en vue du refoulement. Le forfait est alloué pour:

- a. Les requérants d'asile;
- b. Les réfugiés et étrangers dont la détention est en relation avec la levée d'une admission provisoire;
- c. Les personnes dont la détention a été ordonnée en relation avec une décision de renvoi de l'Office fédéral des réfugiés;
- d. Les réfugiés qui sont expulsés en vertu de l'article 44 de la loi sur l'asile du 5 octobre 1979.

Art. 15, 4^e al., première phrase

⁴ L'Office fédéral des réfugiés est compétent pour ordonner des mesures d'admission provisoire, à moins que cette tâche n'incombe aux cantons en vertu de la présente loi. ...

Art. 20, al. 1^{bis}

Abrogé

Art. 23a

Quiconque n'observe pas les mesures ordonnées en vertu de l'article 13e sera puni d'une peine d'emprisonnement d'un an au plus ou de la détention, s'il s'avère que l'exécution du renvoi ou de l'expulsion est impossible pour des raisons juridiques ou matérielles.

Art. 24, 1^{er} al., 1^{re} phrase

¹ La poursuite et le jugement des infractions prévues aux articles 23 et 23a sont du ressort des cantons. . . .

II

La loi sur l'asile du 5 octobre 1979 est modifiée comme suit:

Art. 12b, titre médian, 1^{er} al., let. b, et 5^e al.

Obligation de collaborer et perquisition

¹ Quiconque demande l'asile est tenu de collaborer à la constatation des faits. Le requérant doit en particulier:

b. Remettre ses documents de voyage et ses pièces d'identité dès son arrivée au centre d'enregistrement;

⁵ Si le requérant est hébergé dans un centre d'enregistrement ou dans un logement collectif, l'autorité compétente peut fouiller sa personne et ses biens, afin de mettre en sûreté des documents de voyage, des pièces d'identité ou des objets dangereux. La fouille ne peut être effectuée que par une personne du même sexe.

Art. 17a, 1^{er} al., let. b et d, ainsi que 2^e al.

¹ La décision de renvoi mentionne:

b. La date et l'heure auxquelles le requérant doit avoir quitté le territoire suisse. En cas de décision prévoyant l'admission provisoire, la date est fixée au moment où cette mesure est levée;

d. Le cas échéant, la désignation des Etats dans lesquels le requérant ne doit pas être renvoyé.

² Lorsque des décisions sont prises en vertu de l'article 16, 1^{er} et 2^e alinéas, l'exécution immédiate peut être ordonnée.

Art. 18, 1^{er} à 3^e al.

¹ Si l'exécution du renvoi n'est pas possible, est illicite ou ne peut pas être raisonnablement exigée, l'office fédéral règle les conditions de résidence conformément aux dispositions légales sur l'admission provisoire des étrangers.

³ S'il s'avère que le renvoi ne peut pas être exécuté malgré l'usage de moyens de contrainte, le canton demande à l'office fédéral d'ordonner l'admission provisoire.

Art. 47, titre médian, al. 1, 2 et 2^{bis}

Effet suspensif et exécution immédiate

¹ Si le renvoi peut être exécuté immédiatement, l'étranger peut déposer dans les 24 heures une demande de restitution de l'effet suspensif. Il doit être informé de ses droits.

² L'autorité compétente doit traiter dans les 48 heures les demandes de restitution de l'effet suspensif.

^{2bis} Le recourant peut être arrêté pendant une durée maximale de 72 heures par l'autorité compétente jusqu'à ce qu'une décision soit prise au sujet de sa demande.

III

Dispositions finales

Article premier Exécution

¹ Les cantons édictent les dispositions d'introduction nécessaires à l'exécution de la présente loi.

² Jusqu'à leur promulgation, mais pendant 2 ans au maximum, les gouvernements cantonaux sont compétents pour édicter les dispositions nécessaires.

Art. 2 Dispositions transitoires

Les procédures pendantes au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi sont régies par le nouveau droit. Est toutefois exclue toute décision prévoyant une détention en phase préparatoire, une détention en vue du refoulement ou une fouille sur la base de faits intervenus avant l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 3 Référendum et entrée en vigueur

¹ La présente loi est sujette au référendum facultatif.

² Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

P P

ENVOI POSTAL

Envois en retour au
contrôle des habitants
de la commune

Recommandations aux électeurs et aux électrices

Pour les motifs exposés dans cette brochure, le Conseil fédéral et l'Assemblée fédérale vous recommandent de voter comme suit le 4 décembre 1994 :

- **OUI à la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie**
- **NON à l'initiative populaire « pour une saine assurance-maladie »**
- **OUI à la loi fédérale du 18 mars 1994 sur les mesures de contrainte en matière de droit des étrangers**