

Zeitschrift: Revue Militaire Suisse
Herausgeber: Association de la Revue Militaire Suisse
Band: 78 (1933)
Heft: 8

Artikel: Assurance militaire : l'origine du dommage assuré
Autor: Schatz, B.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-348304>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Assurance militaire. L'origine du dommage assuré.

L'assurance militaire est un thème dont on parle passablement, mais sur lequel toutefois fort peu de militaires possèdent des connaissances étendues ou précises. Ils ont d'ailleurs de sérieuses excuses. Mais il n'en subsiste pas moins que la collaboration entre la troupe et les organes de l'assurance, si nécessaire à la bonne marche de cette institution, en souffre considérablement.

D'autre part, la nécessité d'une révision législative de cette matière est depuis longtemps reconnue. M. le juge cantonal Stauffer, à Berne, a été chargé d'élaborer un projet de loi et l'on sait que la Commission des économies a également touché cette question dans l'un de ses nombreux rapports. On est ainsi en droit d'espérer que cette révision aura lieu dans un avenir plus ou moins rapproché et il n'est certes pas sans intérêt de faire le point dès à présent.

Nous avons demandé à l'un de nos collaborateurs juridiques, M. B. Schatz, docteur en droit, de nous donner une étude sur ce sujet qu'il est à même, en sa double qualité de secrétaire du Tribunal fédéral des assurances et d'officier, de connaître particulièrement bien.

(Réd.)

INTRODUCTION

La loi¹ énonce exactement les conditions qui doivent être réalisées pour qu'une obligation de la Confédération puisse être reconnue en matière d'assurance militaire. Cette dernière est, en effet, tout d'abord restreinte à certaines

¹ Le lecteur qui désirerait s'orienter dans le dédale des dispositions régissant l'assurance militaire pourra consulter l'excellente publication qu'en a faite M. Piccard, actuellement président du Tribunal fédéral des assurances (Militärversicherung, Kranken- und Unfallversicherung... Gesetzestexte... Berne 1930); il trouvera également l'indication du droit en vigueur dans notre travail: « Contribution à l'étude de l'assurance militaire fédérale, le cercle des personnes assurées et la durée de leur assurance », Berne 1931, p. 9.

catégories de *personnes* qui n'en bénéficient que pendant une *durée* déterminée¹. En outre, elle est aussi limitée quant aux *risques* qu'elle couvre : ceux-ci sont exclusivement, — sous réserve d'un seul cas de peu d'importance que nous verrons plus loin —, la *survenance d'une maladie ou d'un accident* et *l'aggravation d'une affection* qui existait déjà au moment où l'assurance a pris cours. Mais, lorsqu'un de ces événements a atteint un assuré, il doit encore, pour faire naître un droit à des prestations, présenter une certaine *relation avec la durée de l'assurance* : être survenu pendant celle-ci ou provenir d'influences délétères ayant agi pendant cette période².

L'exposé détaillé des *exigences relatives à cette corrélation ainsi que des conditions annexes* forme dans la loi un groupe de dispositions assez compliquées sous leur apparente simplicité ; quiconque n'en a pas la pratique journalière risque aisément de s'y fourvoyer. En outre, la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, — auquel incombe en dernière instance l'application de ces normes —, est venue compléter la loi en précisant nombre de points. Comme la connaissance exacte de cette matière est d'une importance toute spéciale pour les militaires, nous avons pensé qu'il ne serait point malvenu de l'exposer brièvement et surtout d'en tirer quelques remarques à l'intention des lecteurs de la *Revue militaire suisse*³. Il va de soi que, dans la mesure où il n'est pas étayé sur des documents officiels, cet article exprime uniquement les opinions personnelles de son auteur.

¹ Les mêmes exigences ne sont pas posées en matière de prétendues conséquences tardives (rechutes, etc.) d'une affection assurée : dans ce cas, il ne s'agit plus tant de savoir si une affection donnée engage la responsabilité de la Confédération, mais bien plutôt si des manifestations pathologiques déterminées doivent être rattachées à une certaine affection, à l'égard de laquelle la responsabilité de l'assurance n'est pas discutée. Dans ces cas, un rapport de causalité probable entre l'affection assurée et les manifestations pathologiques litigieuses suffit en principe à faire reconnaître une obligation de la Confédération à l'égard de ces dernières.

² Nous nous permettons de renvoyer le lecteur, pour plus de détails sur ces deux points, à notre brochure citée à la note précédente.

³ Cet article ne prétend pas être complet au point de vue juridique, au contraire ; mais nous espérons publier prochainement une étude juridique détaillée de ce domaine.

PREMIÈRE PARTIE

1. LA RESPONSABILITÉ DE LA CONFÉDÉRATION A RAISON
DE LA SURVENANCE D'UNE MALADIE.

Elle peut être engagée à des conditions diverses, qu'il faut soigneusement différencier, selon que l'affection est survenue *pendant le cours de l'assurance* ou seulement *après expiration de celui-ci*.

Dans le premier de ces cas (art. 6 al. 1 litt. a et b LAM), l'obligation de la Confédération résulte, comme dans l'assurance des caisses-maladie, du seul *fait que l'affection a atteint l'assuré pendant la durée de son assurance*. Lorsque cette condition est réalisée, la loi — contrairement aux règles concernant la responsabilité civile —, n'en pose aucune autre relative à l'origine du dommage : il n'est pas nécessaire que l'affection soit due à des influences délétères ayant aussi agi pendant l'assurance. Etant donnée la difficulté que présente pour les médecins la détermination de l'époque exacte à laquelle une maladie a frappé un assuré, une certitude absolue ne peut être exigée et la jurisprudence se contente d'une *probabilité*, mais non pas d'une simple possibilité.

La *survenance* ne coïncide pas toujours avec le moment où la maladie a été contractée, où les influences délétères ont agi : elle peut être postérieure à cette date. Elle n'est, d'autre part, pas non plus identique à la première constatation de la maladie, car celle-ci, surtout s'il s'agit d'une affection chronique à début insidieux (tuberculose, sclérose en plaques, hernie, etc.), peut fort bien avoir déjà existé antérieurement à l'insu du patient. La survenance est, en principe, le début, la naissance de la maladie proprement dite.

La loi n'exige pas que l'affection ait été diagnostiquée ni annoncée pendant l'assurance ; il faut seulement, d'après la jurisprudence, qu'elle ait alors déjà provoqué quelques symptômes qui, s'ils n'ont pas été exactement appréciés

à ce moment, ont cependant été au moins remarqués. Lorsque toutes les manifestations d'une maladie sont postérieures à l'expiration de l'assurance, mais qu'il est possible d'établir après coup, même avec une certitude absolue, que cette affection est en réalité déjà survenue pendant l'assurance, ce seul fait ne suffit point à engendrer une obligation de la Confédération : ce sont les conditions relatives aux maladies survenues après expiration de l'assurance qui devraient être alors remplies.

Enfin, conformément aux règles générales de la procédure, c'est en principe à l'assuré qu'il incombe de prouver la réalisation de toutes les conditions auxquelles est subordonnée une obligation de la Confédération, dans le présent cas que sa maladie l'a bien atteint pendant l'assurance. S'il échoue, un droit aux prestations ne saurait être reconnu à son profit. De même, c'est l'assurance qui a la charge d'établir les faits de nature à exclure ou à diminuer sa responsabilité.

Les conditions relatives aux *maladies survenues seulement après expiration de l'assurance* se caractérisent, à l'inverse des précédentes, par la présence d'une exigence relative aux causes de ces affections ; elles sont donc plus sévères. Quant à leur détail, il faut distinguer deux éventualités.

Dans la première (art. 6 al. 1 litt. C LAM), la maladie a été *constatée par un médecin « patenté » dans le délai de trois semaines dès l'expiration de l'assurance*. Ce laps de temps équivaut à la plus longue durée d'incubation des maladies courantes. Il faut qu'un médecin ait réellement procédé à l'examen du patient pendant ce délai ; en revanche, la loi ne prescrit pas que la maladie doive être annoncée à l'assurance dans les trois semaines. Si cette condition est réalisée il faut encore, pour que la maladie soit assurée, qu'elle soit *probablement le résultat d'influences délétères* (refroidissement, humidité, infection, etc.), *subies pendant l'assurance*.

Dans la seconde éventualité (art. 7 LAM), lorsqu'une maladie n'a pas été constatée dans les trois semaines par un médecin « patenté », elle ne peut donner droit à des prestations que si elle résulte *certainement ou tout au moins*

très probablement d'influences nocives subies pendant l'assurance. Il s'agit donc d'une corrélation de même nature que ci-dessus, mais plus sévère, traduisant la méfiance du législateur à l'égard de ces affections. Elle est appréciée chaque fois, dans les deux éventualités, sur la base des faits de la cause, ainsi que des connaissances que l'on possède sur l'origine et l'évolution de l'affection ; la durée d'incubation joue un rôle important, car elle permet de trouver, en partant de l'apparition de certains symptômes, l'époque approximative à laquelle la maladie a été contractée. Une corrélation éventuelle peut être déterminée avec d'autant plus de sûreté que le médecin a été plus rapidement appelé et a pu faire plus tôt des constatations précises. D'ailleurs, si l'assuré attend trop longtemps avant de consulter un homme de l'art, la preuve d'un rapport de causalité, qui lui incombe, peut même devenir impossible, et c'est naturellement à lui d'en supporter les conséquences.

Enfin, pour empêcher que le cas ne traîne plus longtemps, la maladie doit encore être *annoncée à l'Assurance au plus tard dans l'espace d'une année* dès le moment où l'influence délétère s'est produite. Comme cette annonce a pour condition nécessaire la connaissance de l'affection ainsi que de son origine, la jurisprudence a toutefois admis que ce délai ne pouvait partir, en cas de maladie à début insidieux, que du moment où l'assuré — ou son médecin traitant — ont reconnu ou bien auraient dû reconnaître l'existence d'une véritable maladie et sa corrélation avec des influences délétères subies pendant l'assurance.

2. LA RESPONSABILITÉ DE LA CONFÉDÉRATION A RAISON DE LA SURVENANCE D'UN ACCIDENT.

La réglementation de cette matière présente une certaine analogie avec celle relative aux maladies. La différence essentielle est que la *survenance de l'accident pendant l'assurance* est toujours une condition sine qua non de la responsabilité de la Confédération. Si les conséquences de cet événement se manifestent immédiatement, ou du moins

avant la fin de l'assurance, ces faits suffisent à faire naître un droit aux prestations.

Il peut toutefois arriver qu'un accident survenu pendant l'assurance soit considéré sur le moment comme sans importance, mais que l'assuré réclame ultérieurement des prestations à raison de manifestations pathologiques apparues seulement après expiration de l'assurance, qui constituent, à son avis, des suites tardives de cet accident : un soldat, par exemple, fit pendant un pas de course, au service militaire, une chute à laquelle il n'attacha pas d'importance alors : il interrompit bien l'exercice, mais ne s'annonça pas à l'infirmerie ; quelque cinq semaines après, il ressentit des douleurs violentes dans le genou et l'on diagnostiqua une lésion du ménisque qui, d'après toutes les circonstances de la cause, fut imputée avec une grande probabilité à l'accident survenu au service. Dans de semblables cas, il faut évidemment, pour que la responsabilité de la Confédération puisse être engagée, que la réalité de l'accident invoqué soit tout d'abord établie ; mais il est en outre nécessaire que les conditions relatives aux maladies survenant après expiration de l'assurance soient aussi réalisées. L'exigence d'une corrélation probable seulement avec l'accident n'a pas grande importance, car elle doit être accomplie de toute façon, — même si ce dernier a eu des suites immédiates —, pour qu'on puisse reconnaître une obligation de l'assurance à l'endroit de conséquences tardives. Il n'en est pas de même, en revanche, pour les exigences relatives à la constatation par un médecin « patenté » dans les trois semaines, ou à la corrélation très probable et au délai d'un an pour l'annonce à l'Assurance.

3. LA RESPONSABILITÉ DE LA CONFÉDÉRATION EN MATIÈRE D'AFFECTIONS QUI EXISTAIENT DÉJÀ AU DÉBUT DE L'ASSURANCE.

En principe, la Confédération ne fournit aucune prestation pour ces affections, maladies ou suites d'accident (art. 8 al. 1 LAM). Cette disposition ne s'applique évidemment pas

à celles qui seraient survenues ou auraient été contractées pendant une période d'assurance antérieure et seraient assurées conformément aux prescriptions que nous venons de voir dans les paragraphes 1 et 2. La préexistence d'une affection, qui est opposée à la prétention de l'assuré, doit être établie avec probabilité au moins par l'Assurance militaire.

Une obligation de la Confédération peut toutefois être *exceptionnellement* reconnue à l'égard d'une affection préexistante dans deux éventualités : ou bien lorsque celle-ci existait au début de l'assurance à l'insu de son porteur (art. 8 al. 2 LAM), ou bien, si tel n'était pas le cas, lorsque l'assuré l'a bien annoncée en entrant au service au plus tard, mais n'a cependant pas été licencié (art. 9 al. 1 LAM).

La condition relative à *l'ignorance de l'affection par le patient* a été interprétée par la jurisprudence, conformément au but social de la loi, dans un esprit large en tenant compte des circonstances de chaque espèce, notamment du degré d'instruction de l'assuré. Elle doit être considérée comme réalisée tant que le patient ne se sait pas atteint d'une véritable maladie, à moins que cette ignorance ne soit inexcusable. On ne peut prétendre que l'assuré se savait déjà malade lorsqu'il avait seulement ressenti de vagues douleurs ou quelques malaises auxquels il n'avait pas prêté une attention particulière et qui, à eux seuls, ne pouvaient le déterminer à admettre l'existence d'une affection de quelque gravité. A fortiori doit-on envisager qu'il ignorait la persistance d'une affection dont il avait antérieurement souffert, lorsqu'il pouvait de bonne foi s'en croire rétabli.

Lorsque l'affection préexistante ne peut plus être considérée comme ayant été inconnue du patient, ce qui doit être établi par l'Assurance militaire, elle ne peut donner droit à des prestations que si le « militaire » l'a *annoncée à son entrée au service au plus tard, soit à la visite sanitaire d'entrée, mais n'a cependant pas été licencié*. Cette obligation ne concerne de nouveau que les affections alors existantes et non pas aussi, à moins d'une question expresse qui n'est

généralement pas posée lors de la visite sanitaire d'entrée ordinaire (IAS 168 ss.), celles dont les assurés ont souffert antérieurement, mais peuvent de bonne foi se croire guéris. Si l'affection, — qui avait donc été considérée comme bénigne ou dont l'existence avait peut-être même été mise en doute puisque l'assuré avait été gardé sous les armes, — vient à se révéler et à présenter une certaine importance, le patient a droit sans autre aux prestations dites pour infirmité temporaire, soit notamment au traitement gratuit et à l'indemnité de chômage (art. 9 al. 1 LAM).

Une rente, en revanche, de même que n'importe quelle prestation dans tous les cas où l'affection existait à l'insu du patient, n'est due que si cette dernière a probablement été *aggravée par des influences délétères ayant agi pendant l'assurance* (art. 8 al. 2, et 9 al. 2 LAM). Ce rapport de causalité n'est pas présumé lorsque l'aggravation se manifeste déjà pendant le cours de l'assurance : si cette aggravation ne présente pas la corrélation exigée, si elle rentre par exemple dans l'évolution normale de l'affection en dehors de toute nouvelle influence délétère, elle n'engage en rien la responsabilité de la Confédération. A l'égard des personnes que la loi déclare assurées contre les accidents seulement, une obligation de la Confédération ne peut naturellement être reconnue que si l'aggravation est due à un événement présentant les caractères d'un accident.

Enfin, la jurisprudence a toujours interprété les dispositions légales en ce sens que, lorsque l'aggravation s'est seulement révélée après l'expiration de l'assurance, les conditions relatives à l'assurance des maladies qui apparaissent pendant cette même période doivent aussi être réalisées pour que l'aggravation puisse donner droit à des prestations : il s'agit ici de la constatation par un médecin « patenté » dans les trois semaines, ou bien de la corrélation au moins très probable avec les influences délétères subies pendant l'assurance et de l'annonce dans le délai d'un an.

4. L'ANNONCE A L'ASSURANCE MILITAIRE.

Nous avons déjà eu l'occasion de la mentionner à plusieurs reprises ; car elle présente de nombreux rapports avec les questions qui viennent d'être traitées et son exécution dans un délai déterminé est même l'une des conditions posées par l'art. 7 LAM à toute obligation de la Confédération. Il est donc temps d'entrer dans quelques détails à son sujet. L'Assurance ne saurait évidemment fournir des prestations pour un cas qui n'aurait pas été porté à sa connaissance ; l'annonce est ainsi une des conditions pratiques de l'allocation des prestations. En outre, d'après l'art. 19 al. 4 LAM et la jurisprudence y relative, les prestations d'assurance ne sont dues, à l'exception des pensions de survivants, qu'à partir du jour où la déclaration de maladie ou d'accident a été adressée à l'Assurance : la naissance même du droit est ainsi subordonnée dans la plupart des cas à l'exécution de l'annonce.

A. L'annonce pendant le service.

L'art. 10 LAM oblige les militaires en service d'annoncer immédiatement toute maladie ou tout accident dont ils seraient atteints. La principale raison de cette mesure réside dans l'intérêt considérable qu'il y a de connaître toutes les affections dont les militaires pourraient souffrir sous les armes, sans égard à la responsabilité de la Confédération pour appliquer au plus tôt le traitement adéquat et conserver, dans la mesure du possible, les effectifs de l'armée. Cet article n'est applicable que pendant la durée du service. L'obligation qu'il statue a pour condition l'existence d'une véritable affection et la connaissance de celle-ci, à moins que son ignorance ne soit inexcusable de la part de l'assuré. En cas de contravention, ce dernier s'expose à perdre tout droit aux prestations qui pourraient lui être dues ; mais, aux termes de la jurisprudence, la présence d'une faute grave est alors nécessaire, sauf en cas de défaut d'annonce à la visite sanitaire de sortie (v. plus loin).

Le militaire doit s'annoncer, dans la règle, en suivant la voie du service, soit se présenter au médecin chargé du service sanitaire de son unité en observant les prescriptions du règlement de service (art. 275, 276, 286, 292, 293 et 295), à la visite médicale du soir ou du matin et par l'entremise du sergent-major ou de son remplaçant. La simple annonce en dehors d'une visite médicale à un soldat sanitaire de garde dans une infirmerie n'est, sauf exception dûment motivée, pas considérée comme l'accomplissement de l'obligation prévue à l'art. 10 LAM, car elle ne respecte pas la voie du service et ne garantit pas l'inscription dans les rapports sanitaires : à la suite d'une annonce, l'assuré doit toujours être mentionné dans le *Carnet pour médecins militaires*, même si aucun symptôme n'a pu être constaté, exception faite du cas visé à l'art. 443 al. 2 RSS II ; s'il est gardé à l'infirmerie, il doit en plus être inscrit dans le *Registre des malades et blessés*.

B. *Transmission des cas à l'Assurance militaire.*

Si la guérison du militaire peut être obtenue assez tôt pour qu'il continue son service, ou bien au plus tard à la fin de celui-ci, l'inscription dans le registre sanitaire correspondant et l'envoi de cette pièce au Service de santé après le licenciement sont pleinement suffisants : les malades n'ont droit à aucune prestation de l'assurance tant qu'ils sont en traitement auprès de la troupe et l'Assurance militaire ne se préoccupe de ces annonces que si, par la suite, dans la vie civile, un assuré réclame des prestations à raison de prétendues conséquences de l'affection soignée sous les armes.

Mais il arrive aussi que des cas ne puissent être ainsi liquidés par le médecin de troupe. Cela se produit tout d'abord lorsque le rétablissement ne peut être amené assez rapidement : le militaire est alors généralement évacué sur un établissement hospitalier civil ; s'il refuse de s'y rendre, il doit signer une déclaration qui équivaut pratiquement à une renonciation aux prestations de l'assurance et

le cas est ainsi provisoirement liquidé (RSS II 447 et JAS 195). Lorsque son hospitalisation n'est pas nécessaire, l'assuré peut aussi, exceptionnellement et sur sa demande, être licencié dans ses foyers moyennant l'autorisation de l'Assurance. Enfin, un militaire peut décéder sous les armes ou bien au contraire tomber malade ou être victime d'un accident pendant un congé et ne pouvoir rejoindre son unité.

Comme l'Assurance militaire est seule compétente pour se prononcer sur l'allocation de ses prestations, il faut qu'elle soit informée de ces cas. Cette communication, qui doit se faire, aux termes de l'art. 18 litt. a LAM, au moyen des rapports sanitaires, incombe donc aux médecins militaires, qui seuls établissent ces rapports. Elle n'est pas réglée dans ses détails d'une façon générale et uniforme, malgré l'art. 405 RSS II. Lors d'une évacuation dans un établissement hospitalier, le médecin militaire doit, — toujours pendant les écoles de recrues, seulement autant que possible pendant les autres écoles et les cours, — envoyer au plus vite au Service de santé un rapport spécial (RSS II 469-74) en outre, l'administration de l'établissement est tenue d'adresser immédiatement à l'Assurance un avis d'admission sur formulaire *ad hoc*. Lors d'un licenciement à domicile, l'Assurance en est toujours prévenue puisque son autorisation préalable est requise ; néanmoins le médecin militaire doit, — toujours pendant le service d'instruction, autant que possible seulement pendant le service actif, — envoyer un rapport spécial au Service de santé. D'après le ch. 189 al. 2 IAS, lorsqu'un médecin militaire estime qu'une affection annoncée sous les armes préexistait au début du service au su de l'assuré, il doit licencier ce dernier et signaler le cas, immédiatement et directement, à l'Assurance militaire¹. En cas de maladie ou d'accident survenu pendant un

¹ D'après le ch. 190 al. IAS, avant de renvoyer dans ses foyers un militaire qui s'est annoncé sous les armes mais dont l'affection paraît avoir existé à son insu au début du service déjà, le médecin militaire doit auparavant inculquer au patient que, s'il croit avoir droit à des prestations quelconques de l'assurance militaire, il lui faut se faire annoncer le plus

congé, le médecin militaire, qui doit en être informé sans retard, en avise sur-le-champ l'Assurance (IAS 201), comme dans le cas précédent probablement au moyen d'un rapport spécial ; en pratique, du reste, celle-ci aura été le plus souvent déjà prévenue par l'avis du médecin traitant civil. En cas de décès sous les armes, le médecin de troupe est tenu d'envoyer un rapport spécial au Service de santé dans les mêmes conditions que lors d'un licenciement à domicile.

C. *Annonce prévue à l'art. 18 litt. b LAM.*

Lorsque l'assuré n'est pas au service militaire, il n'est pas tenu de déclarer son affection : il est libre de renoncer aux prestations qui pourraient lui revenir. Si telle n'est pas son intention, il n'est pas non plus obligé, aux termes de la jurisprudence, de s'annoncer immédiatement.

Bien que, d'après la loi, l'avis « incombe au médecin traitant », la qualité de son auteur n'est nullement une condition de sa validité : il peut aussi bien être effectué par l'assuré lui-même ou par un tiers quelconque, tel que sa logeuse, ses parents ou son patron. La portée de l'obligation incomptant au médecin traitant est expliquée par la suite de la disposition : celui-ci est responsable envers l'assuré des suites qu'entraînerait un retard ou une omission dont on pourrait lui imputer la faute.

De même, l'emploi de la forme écrite, qui est la plus fréquente, n'est pas indispensable. A fortiori, l'usage des

vite possible à cette dernière par un médecin civil. Il est sans doute très heureux que, dans ces cas, les médecins militaires recommandent d'aller consulter un homme de l'art sitôt après le licenciement ; mais l'avis que celui-ci enverra à l'assurance sera seulement une communication du nom et de l'adresse du médecin auprès duquel l'assuré se fait soigner ; ce ne sera pas une « annonce du cas » à l'Assurance et celle-ci ne serait par exemple pas légitimée, à notre sens, de n'allouer ses prestations qu'à partir de la date de cet avis en se fondant sur l'art. 19, al. 4 LAM : l'assuré s'était déjà régulièrement porté malade sous les armes, il avait donc accompli tout ce qui lui incombaît d'après la loi. Une seconde annonce, n'étant pas prévue dans cette dernière, ne saurait être exigée de lui par une autorité administrative ou militaire sur la base d'un règlement quelconque ou de sa pratique. L'IAS aurait bien mieux fait de prévoir pour ce cas aussi la notification immédiate et directe du cas à l'Assurance militaire comme au ch. 189.

formulaires d'« Avis à l'Assurance.... » mis à la disposition des médecins n'est pas non plus obligatoire. Il est néanmoins recommandable que les assurés aient d'emblée recours à un médecin pour se faire annoncer et que ce dernier utilise et remplisse avec soin les formulaires *ad hoc*.

L'avis doit être envoyé au médecin délégué de l'Assurance dans les régions pour lesquelles il en existe un, partout ailleurs directement à l'Assurance elle-même. Des déclarations expédiées par erreur à la Commission fédérale des pensions, au Service de santé, etc., qui contenaient une demande de prestations et avaient été transmises à l'Assurance, ont cependant été reconnues valables. Est seul décisif le fait que cette dernière ait effectivement reçu une communication l'informant qu'un assuré était atteint d'une affection entraînant d'après lui une obligation de la Confédération, soit un avis contenant une demande implicite de prestations et mettant l'Assurance en mesure d'éclaircir le cas pour prendre une décision à son sujet. On ne saurait, en revanche, voir une annonce valable dans des demandes qui tendent uniquement à une dispense temporaire ou à l'exemption définitive du service militaire, à l'exonération de la taxe militaire, etc.

D. *La répétition de l'annonce.*

L'avis à l'Assurance doit être effectué non seulement lorsqu'un assuré requiert des prestations pour la première fois, mais pour chaque maladie ou accident nouveau, même pour chaque rechute, lorsque le cas avait été bouclé auparavant.

Ainsi, un militaire qui s'est annoncé à la visite sanitaire d'entrée ou en cours de service, chez lequel on n'a toutefois pas pu constater de symptômes pathologiques, ou bien qui a été soigné sous les armes ou dans un hôpital civil aux frais de l'assurance et licencié guéri, doit de nouveau se porter malade avant la fin du service ou s'annoncer dans la vie civile sitôt après le licenciement, s'il entend contester sa guérison et réclamer des prestations. Lorsque le traitement médical d'une affection généralement sans gravité et passa-

gère est terminé et que le patient a été déclaré guéri, il faut admettre, sous réserve de circonstances spéciales, que le cas est liquidé.

Un assuré a-t-il en revanche été licencié *non guéri* du service ou d'un hôpital avec l'ordre de se faire traiter par un médecin civil, il devra alors communiquer — ou faire communiquer — au plus vite à l'Assurance le nom et l'adresse du médecin qu'il aura choisi, mais cet avis n'est pas une annonce du cas : celle-ci avait déjà eu lieu auparavant, sous les armes ou dans la vie civile, et le cas n'avait pas été clos depuis lors. Il en est de même lorsque l'Assurance n'a pas informé un patient qu'elle le considérait comme guéri ni son cas comme liquidé, et qu'aucune notification d'une portée analogue n'a été faite à l'assuré, par son médecin à la fin du traitement ou lors de son licenciement d'un établissement hospitalier : la communication faite à l'Assurance — lorsque le patient retourne consulter son médecin peu de temps après pour des conséquences de l'affection assurée — ne sera pas une nouvelle annonce du cas, ce dernier n'ayant pas été terminé auparavant.

(*A suivre.*)

1^{er} lieut. B. SCHATZ.