

Dossier

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales à la veille de son introduction

Santé publique

Elargissement du domaine de compétences de la CNA

International

La LAMal – modèle d’une concurrence réglementée pour l’assurance-maladie allemande?

Sécurité sociale

CHSS 5/2002

Sécurité sociale

BSV / /
OFAS / /
UFAS / /

Sommaire Sécurité sociale CHSS 5/2002

Chronique août/septembre 2002	258
-------------------------------	-----

Mosaïque	260
----------	-----

Dossier

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales à la veille de son introduction	261
--	------------

L'importance de la LPGA pour les assurés et les organes d'exécution (Regina Berger Hadorn, OFAS)	262
--	-----

La longue marche de la LPGA (Regina Berger Hadorn, OFAS)	265
--	-----

La ténacité a porté ses fruits (Josi J. Meier, ancienne conseillère aux Etats, Lucerne)	268
---	-----

Pour un droit des assurances sociales lisible : la LPGA light (Marc Suter, conseiller national)	268
---	-----

Informations pratiques pour l'utilisateur (Regina Berger Hadorn, OFAS)	270
--	-----

Coordination des prestations et recours (Peter Beck, OFAS)	273
--	-----

La LPGA du point de vue de la jurisprudence (Ulrich Meyer-Blaser, TFA)	275
--	-----

La LPGA – quels bénéficiaires ?	
– Heinz Allenspach, ancien conseiller national	279
– Hans-Rudolf Müller, Association Suisse d'Assurances	281

Prévoyance

Abaissement du taux d'intérêt minimal dans la prévoyance professionnelle (rédaction CHSS)	283
---	-----

Indexation des prestations AVS/AI et de la cotisation minimale AVS/AI/APG en 2003 (rédaction CHSS)	286
--	-----

Santé publique

Nouvelles propositions du Conseil fédéral pour réformer l'assurance-maladie à moyen terme (Sandra Schneider, OFAS)	287
--	-----

Assurance-maladie obligatoire : augmentation moyenne des primes 2003 de 9,6 % (rédaction CHSS)	289
--	-----

Elargissement du domaine de compétences de la CNA (Peter Schlegel, OFAS)	292
--	-----

Politique sociale

Nouvelles perspectives pour la politique familiale en Suisse (Jürg Kruppenacher, président COFF)	296
--	-----

International

La LAMal – modèle d'une concurrence réglementée pour l'assurance-maladie allemande ? (Ralf Kocher, OFAS, Stefan Gress et Jürgen Wasem, Université de Greifswald)	299
--	-----

Parlement

Interventions parlementaires	308
------------------------------	-----

Législation : les projets du Conseil fédéral	312
--	-----

Informations pratiques

Calendrier (réunions, congrès, cours)	313
---------------------------------------	-----

Statistique des assurances sociales	314
-------------------------------------	-----

Livres et sites	316
-----------------	-----

Visitez le nouveau site Internet de l'OFAS
www.securite-sociale-ch-ue.ch
 qui traite les questions d'assurances
 dans le cadre des accords bilatéraux.



La LAMal n'est pas le problème



Fritz Britt

Domaine Assurance-maladie
et accidents, OFAS
fritz.britt@bsv.admin.ch

Chaque année au début du mois d'octobre, l'OFAS publie les primes des assureurs-maladie pour l'année suivante, ce qui déclenche invariablement des débats passionnés sur l'assurance-maladie et la santé publique, dans les médias et sur la place publique de tout le pays. Les partis politiques rivalisent d'idées sur la façon de réformer la santé publique.

Cette année, la discussion est placée sous l'enseigne des élections de 2003. Toute idée possible et imaginable concernant la politique de santé est saisie au vol, récupérée dans une initiative ou une intervention parlementaire. Il est de bon ton, pour tenter de gagner en crédibilité, de peindre en noir la situation actuelle, sans trop s'encombrer de la réalité des faits. Sur cette toile de fond, il est d'autant plus intéressant de lire l'article fouillé, publié dans le numéro 19/2002 du «Beobachter» et intitulé «Es krankt nicht an den Kassen» (Le problème est ailleurs que dans les caisses). Il démontre, faits et chiffres à l'appui, que l'image d'un système de santé publique moribond et de caisses-maladie mal en point, véhiculée avant tout par les médias et les milieux politiques, est fondamentalement fautive. Qu'en est-il donc en réalité ?

Depuis 1996, les coûts de l'assurance-maladie augmentent chaque année d'environ 5 %, et les coûts de la santé publique dans son ensemble de près de 4 %. Ni accélération donc, ni ralentissement, ni explosion, mais une hausse constante, due à l'évolution démographique, aux progrès de la médecine et au fait que les coûts de la santé sont, en majeure partie, des coûts de rémunération du personnel.

Comparée au reste de l'Europe, l'évolution des coûts est, en Suisse, nettement inférieure à la moyenne. Depuis 1996, nos voisins connaissent des hausses de 7 à 12 %. La part des coûts de la santé par rapport au PIB est cette année plus importante en Allemagne que chez nous, et la France, l'Autriche ainsi que les autres pays européens

nous rattrapent. Ce n'est bien sûr pas une consolation, mais une indication que les mesures prises dans le cadre de la LAMal ne peuvent pas être si mauvaises.

Selon les données de l'Office fédéral de la statistique, les prix dans la santé publique ont pratiquement stagné depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, notamment en raison du niveau généralement bas du renchérissement. Seule la progression des tarifs hospitaliers a été légèrement supérieure à l'indice suisse des prix à la consommation. L'évolution des prix sur le marché des médicaments est même en recul – contrairement à l'idée répandue dans l'opinion publique – grâce au contrôle des prix pratiqué par l'OFAS.

Cela permet de dire que la population suisse bénéficie d'un système de santé qui fonctionne bien et d'un rapport prix (primes et impôts)/prestations qui cherche sa pareille au niveau international, tant il est vrai que nous ne connaissons pas de listes d'attente, ni de prestations au rabais, guère de goulots d'étranglement pour l'accès aux soins, un faible taux d'erreur et d'infections, et pas de renvoi de personnes nécessitant des soins.

A la différence de ce qui se pratique ailleurs en Europe, notre assurance-maladie n'est pas financée en fonction du revenu. On dit ainsi que ces primes par tête sont asociales. La Confédération et les cantons mettent pourtant à disposition un montant total de 3,5 milliards de francs pour une réduction socialement ciblée des primes. Et ce système remplit sa fonction. Dans aucun autre pays d'Europe, le quart de la population financièrement la plus démunie n'est soutenue aussi efficacement qu'en Suisse. On notera que ce sont les familles jeunes avec enfants et qui disposent d'un revenu moyen pour qui dans notre pays la charge est la plus lourde.

Et pourtant, qui ose dire tout haut que la Suisse dispose d'un système de santé de premier plan, que les soins sont accessibles à tous pratiquement sans distinction, que l'assurance-maladie obligatoire fonctionne sans accrocs pour plus de 95 % des assurés et que la charge que représentent les primes des caisses-maladie par rapport au revenu est moins lourde pour la majeure partie de population que chez nos voisins ? Personne.

Je le dis, moi, en dépit du pessimisme ambiant, parce que c'est tout simplement plus près de la réalité. Le Conseil fédéral a montré la direction à suivre. Le 22 mai 2002, il a exposé que le système de la LAMal est un instrument également équilibré sur le plan politique. Un instrument qui devait être optimisé, selon les mandats donnés à l'administration, avec soin et circonspection et sans que des faits n'imposent de recourir à des mesures urgentes.

2^e révision de la LAMal

Le Conseil fédéral a décidé le 21 août d'introduire dans le projet de révision une carte d'assuré obligatoire ainsi qu'un nouveau dispositif d'allègement des primes des familles (voir à ce propos l'article p. 290). La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a accepté les deux propositions. Malgré les nombreuses séances consacrées au projet (28, 29 et 30 août ; 5 et 6 septembre), elle n'a pas encore terminé son travail, si bien que la révision ne pourra pas être traitée lors de la session d'automne.

Autre pan de la révision, la réforme du financement des hôpitaux n'a pas été remise en question. Les cantons et les assureurs-maladie se partageront pour moitié la rémunération des prestations prises en charge selon la LAMal en cas de séjour hospitalier. L'hôpital devra figurer sur la liste cantonale, comme c'était le cas jusqu'ici. Les frais d'investissement seront également imputables. Tous les assurés ont droit aux subsides cantonaux, qu'ils aient contracté ou non une assurance complémentaire. Le Parlement souhaite passer à moyen terme à un modèle moniste où les coûts seraient à la charge d'un seul organisme payeur (les caisses-maladie) qui recevrait des subsides des cantons. Selon la règle adoptée par le Conseil des Etats, le Conseil fédéral aura un délai de cinq ans, à partir de l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal, pour proposer un système moniste. Par 10 voix contre 9 et 3 abstentions, la Commission du Conseil national a toutefois proposé d'accélérer le pas, en demandant au Conseil fédéral d'élaborer un message d'ici juin 2005. La proposition de la gauche (renoncer au projet moniste) a été rejetée par 14 voix contre 8.

Un article permettant au Conseil fédéral de poser les bases d'une planification hospitalière intercantonale

en collaboration avec les cantons a été accepté sans opposition. Par 12 voix contre 7, la Commission souhaitait en outre que la planification de la médecine de pointe relève de la seule compétence de la Confédération.

Par 13 voix contre 11, la Commission a proposé qu'une assurance facultative des prestations d'hôtellerie soit inscrite dans la loi. Chacun devrait pouvoir opter pour un meilleur «service» hôtelier moyennant une assurance ad hoc. La CSSS-N a accepté sans discussion que les maisons de naissance soient désormais aussi mentionnées dans la loi.

La CSSS-N a également proposé que le système actuel de compensation des risques entre les caisses-maladie continue à être appliqué durant dix ans après l'entrée en vigueur de la révision. Le Conseil des Etats souhaitait en voir figurer le principe dans la loi tout en donnant cinq ans au Conseil fédéral pour soumettre de nouveaux modèles.

La CSSS-N doit encore se pencher sur la levée de l'obligation de contracter. Le Conseil des Etats aimerait laisser aux assureurs la liberté de choisir les médecins avec lesquels ils entendent collaborer. Le Conseil fédéral souhaite examiner de plus près cette mesure visant à maîtriser les coûts, une décision devant être prise dans le cadre de la révision suivante.

11^e révision de l'AVS

Lors de ses séances du 12 août ainsi que des 2 et 3 septembre, la CSSS du Conseil des Etats a mis un terme à la discussion des articles de la 11^e révision de l'AVS. Le plénum ne se penchera pas sur cette révision avant la session d'hiver. La Commission s'écarte peu du Conseil national (voir CHSS 3/2001, p. 137). Les principales décisions ont déjà été présentées dans le n° 3/2002, p. 126 de «Sécurité sociale». La Commission diverge en outre du Conseil national sur les points suivants :

- Des cotisations AVS devraient être prélevées sur les indemnités journalières de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents.
- Suivant les exhortations du président de la Confédération, Kaspar Villiger, la Commission a décidé à l'unanimité de maintenir la part de la Confédération (17 %) sur le pourcentage démographique et sur les relèvements prévus du taux de TVA.

L'entrée en vigueur de la LPGA

Le 11 septembre, le Conseil fédéral a fixé l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales au 1^{er} janvier 2003 et a approuvé l'ordonnance sur la LPGA ainsi que les modifications d'ordonnance y afférentes. La LPGA harmonise le système suisse des assurances sociales sur le plan formel. Le dossier du présent numéro est consacré à cette nouvelle loi.

Imposition des familles : le Conseil des Etats s'en tient au splitting partiel

Le Conseil des Etats n'est pas prêt à suivre sa Commission de l'économie et des redevances qui souhaite le passage à l'imposition individuelle. Durant la première semaine de la session d'automne, il a soutenu sur le fond le modèle de splitting partiel proposé par le Conseil fédéral et le Conseil national. Dans ce modèle, le revenu total des époux est divisé par 1,9 et l'impôt est prélevé sur la somme ainsi obtenue. Le Conseil des Etats s'écarte cependant du Conseil national (CHSS 5/2001, p. 243) sur les points suivants :

- Les concubins qui ont des enfants ne pourront pas choisir entre imposition commune et individuelle.
- Les déductions pour enfants seront moins généreuses que prévues : elles passeront à 8400 ou à

9300 francs en cas de taxation annuelle (Conseil national: 10000 fr.). La déduction supplémentaire pour enfant en formation (Conseil national: 4000 fr.) passe à la trappe.

- Afin de ne pas complètement barer la voie à l'introduction d'un système d'imposition individuelle, le Conseil des Etats a approuvé la proposition faite par Plattner (PS, BS) de ne pas contraindre les cantons à introduire le splitting partiel. Cela signifie concrètement que les cantons qui imposent différemment les personnes seules et les couples mariés peuvent continuer de le faire.

L'élimination des divergences aura lieu selon toute vraisemblance durant la session d'hiver.

Non à la Fondation Suisse solidaire

Lors de la votation populaire du 22 septembre portant sur les réserves d'or excédentaires (CHSS 4/2002, p.238), l'initiative sur l'or et le contre-projet (or à l'AVS, aux cantons et à la Fondation Suisse solidaire) ont été rejetés par le peuple suisse, à 52,4 et 51,8 %.

Imposition du tabac

Suite à la révision de la loi fédérale sur l'imposition du tabac (CHSS 2/2002, p.66), le Conseil national a décidé le 25 septembre d'élargir la compétence du Conseil fédéral, qui devrait pouvoir augmenter l'impôt de 80 % au maximum et non pas de 50 %. Le Conseil national a en outre accepté la création d'un fonds de prévention du tabagisme qui devrait être géré par les offices de la santé et du sport.

La 4^e révision de l'AI au Conseil des Etats

L'augmentation inquiétante des coûts – le déficit de l'assurance s'élève à près de 4,5 milliards de francs – a pesé sur les délibérations du Conseil des Etats concernant la 4^e révision de l'AI, les 25 et 26 septembre. Deux questions ont été au centre des débats: que faire pour que les personnes handicapées jouissent d'un maximum d'autonomie et comment renforcer la surveillance de la Confédération ?

La conseillère aux Etats Langenberger (PRD, VD) a proposé un nouveau modèle de prestation d'assistance, parce que le modèle prévu par le Conseil national (CHSS 1/2002, p.2) avait été critiqué par les milieux des handicapés. Ceux-ci estimaient en effet que le modèle retenu désavantageait les handicapés qui exercent une activité lucrative. Le nouveau modèle prévoit un maintien de l'allocation pour impotent actuelle, une allocation complétée toutefois par des prestations d'assistance permettant de répondre aux besoins particuliers des personnes, dont le montant maximum s'élèverait à 8000 francs par mois. De nombreux membres de la commission d'examen préalable avaient déjà milité pour ce modèle, mais le Conseil n'en a finalement pas voulu, parce que ses coûts sont pour l'heure impossibles à chiffrer. Un mandat en vue de la réalisation d'essais pilotes a par contre été unanimement approuvé. L'allocation d'assistance est donc introduite sous la forme adoptée par le Conseil national. La nouvelle prestation doit cependant conserver sa dénomination actuelle d'allocation pour impotent. Si ce n'était pas le cas, il pourrait se faire que la prestation doive être exportée dans l'UE.

Le Conseil a par ailleurs longuement discuté de la nécessité de rendre plus strict le pilotage par la Confédération, notamment en ce qui concerne les services médicaux régionaux. Du fait de l'acceptation de la proposition Schmid (PDC, AI) par 18 voix contre 17, l'art. 59, al. 2 LAI a désormais la teneur suivante: «Le Conseil fédéral règle l'appréciation des conditions médicales nécessaires.» Contrairement au Conseil national, le Conseil des Etats a encore décidé, par 18 voix contre 16, que l'examen de la gestion des offices AI devait rester du ressort de l'OFAS et non pas être confié à des organes de révision externes.

Le Conseil a approuvé le projet de révision par 34 voix contre 0. L'élimination des divergences entre les conseils aura probablement lieu lors de la session d'hiver.

Décès de l'ancien conseiller fédéral Hans Peter Tschudi

L'ancien conseiller fédéral Hans Peter Tschudi est mort dans la nuit du 30 septembre à l'âge de 88 ans. Il avait été élu au Conseil fédéral le 17 septembre 1959, en même temps que le socialiste zurichois Willy Spühler. La «formule magique» si controversée est en place depuis cette élection. Hans Peter Tschudi a passé 14 années mouvementées à la tête du Département de l'Intérieur.

Démission de la conseillère fédérale Ruth Dreifuss

Le 30 septembre, la conseillère fédérale Ruth Dreifuss a annoncé qu'elle quitterait le Conseil fédéral à la fin de cette année. Elle avait été élue en 1993 après le départ de René Felber. La personne qui lui succédera sera élue durant la session d'hiver.

Heureux Suisses (?)

75 % des habitants du pays estiment qu'ils ont de la chance de vivre en Suisse. 36 % se déclarent même très heureux de leur quotidien. Comment expliquer ce sentiment de bonheur ? L'Institut de recherches GfS a été chargé par la société d'assurances Zurich – dans le cadre du projet Happy End d'Expo.02 – de réaliser une enquête à ce sujet. 853 personnes ont été interrogées. Le bonheur n'étant possible, selon une conception courante, que lorsque certaines conditions sont réunies, le sondage a d'abord porté sur les principaux «facteurs de bonheur». On trouve au sommet du tableau :

- la santé (97 %),
- l'éthique de vie et la confiance réciproque (89 %),
- la sécurité financière (85 %),
- la qualité de l'environnement (85 %),
- les relations amicales et familiales (84 %).

Viennent ensuite : les loisirs (80 %), la situation financière (76 %), le fait de pouvoir vivre en Suisse (75 %), les conditions de logement (74 %), les vacances (72 %), le conjoint, les enfants (72/71 %), une activité ou une profession épanouissante (65/63 %), l'apparence physique (62 %), la sexualité (59 %).

Il n'est pas surprenant de constater que les Suisses accordent une grande importance à la mise en place des conditions du bonheur. Peter Spichiger, responsable de l'enquête, a même pu faire le constat suivant : «Les Suisses sont les champions du monde en matière de préparation au bonheur.» Mais la question reste ouverte : ces mêmes Suisses sont-ils capables de jouir de ce qu'ils obtiennent effectivement ? A s'en tenir à l'importance accordée à la sécurité matérielle, on comprend que la «vision» d'une réussite financière suffise en soi à procurer un sentiment de bonheur. Il faut donc penser que nos assurances sociales apportent elles aussi une contribution au

sentiment de bonheur des Suisses. L'enquête montre aussi que les personnes dont la situation financière est bonne envisagent l'avenir avec davantage d'optimisme. Ce sont les Suisses alémaniques qui ont le plus confiance en l'avenir, et les Tessinois le moins.

L'étude a aussi étudié dans quelle mesure les stratégies adoptées pour être heureux et les modes de vie s'étaient transformés en l'espace de soixante ans. On a tant parlé de perte des valeurs qu'on aurait pu s'attendre à ce qu'il y ait de grandes différences entre les générations. Or tel n'est pas le cas. Les valeurs traditionnelles que constituent le couple, la famille et les enfants sont tout aussi prisées par les jeunes de 20 ans d'aujourd'hui qu'elles l'étaient par les jeunes de 1942, même si la date optimale pour avoir des enfants a reculé de près de dix ans. Les réponses concernant les principaux buts dans la vie montrent que les valeurs traditionnelles ont toujours la cote : la santé (32 %), le bonheur et la santé de la famille (25 %), le succès, la carrière et la profession (19 %), la quête de la satisfaction et du bonheur (13 %)...

Administrations publiques et satisfaction des clients

Selon le New Public Management, l'efficacité des institutions publiques doit d'abord être évaluée en fonction de leur action et de leur utilité pour le public. L'Office fédéral des assurances sociales s'est adressé à ses clients en 2000 pour leur demander comment ils appréciaient ses services (CHSS 1/2001, p. 44). L'office de la prévoyance professionnelle et des fondations du canton de Saint-Gall a lancé au printemps 2002 une enquête sur la satisfaction de sa clientèle. Les auteurs de l'enquête – un institut spécialisé de l'Université de Saint-Gall – ont envoyé un courrier à 1006 partenaires de l'office, et ils ont reçu 268 réponses. La question principale était la suivante : comment jugez-

vous les expériences faites ces derniers temps avec l'office de la prévoyance en matière de... ? Le dépouillement des réponses a permis de faire le constat suivant :

Plus du 80 % des clients qui ont répondu ont jugé «bons», voire «très bons» l'accès aux services, la qualité du contact, la rapidité, la compétence professionnelle de leurs interlocuteurs. Les prestations ont été jugées légèrement moins bonnes en ce qui concerne la flexibilité, l'organisation de séminaires spécialisés, la diffusion d'informations spécialisées et la clarté des décisions. Des notes plutôt négatives ont été décernées aux tarifs pratiqués par l'office : 44 % des clients ont qualifié ces tarifs de moyens, 24 % de mauvais et 12,4 % de très mauvais. Les nouveaux tarifs appliqués depuis le 1^{er} juillet 2001 ont manifestement été jugés inadéquats par beaucoup. Malgré ces faiblesses, l'office a obtenu en moyenne une bonne note (1,9) pour son travail.

Des informations supplémentaires relatives à la satisfaction des clients des administrations publiques entre 1996 et 2001 sont fournies sur le site www.gfs.ch/gesellschaft/ (Newsletter ; un numéro est en français).

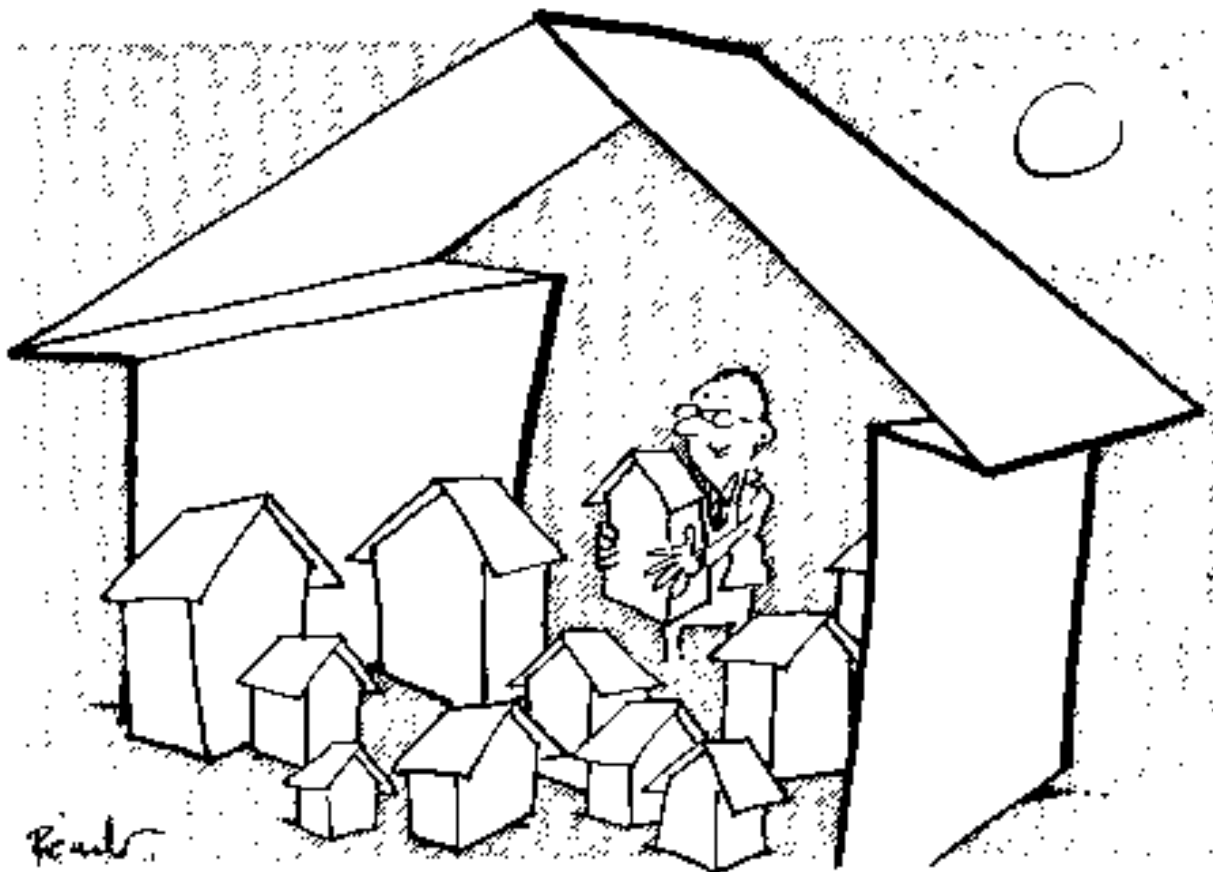
Compte AMal 2000/2001 : rectificatif

Dans le numéro 4/2002, à la page 235, les chiffres concernant l'année 2000 ne sont pas les bons (il s'agit des chiffres provisoires). Les chiffres suivants, définitifs, auraient dû figurer à leur place :

101	15 478,3	3 297,3
7 268 111	2 130	3 197,9
3 921 920	-2 288,0	99,5
2 758 539	13 190,3	110
9 811	-306,0	12 092
5 778 841	2 832,1	17 664,5
5 947 035	21,1	17 831,9
13 897,8	3 956,2	-167,3
13 441,7	459,0	14 831,4
1 849	416,5	
14 203,7	42,4	

La note 1 était aussi inexacte. Elle aurait dû être libellée ainsi : «Résultats provisoires pour l'année 2001 : état des données en juin 2002.»

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales à la veille de son introduction



Au terme de travaux qui n'ont pas pris moins de quinze ans, les Chambres ont adopté la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) le 6 octobre 2000. Maintenant que le Parlement a, en date du 21 juin 2002, adopté également la version mise à jour de son annexe – par laquelle toutes les lois relatives aux assurances sociales ont été adaptées au nouveau droit – la voie est libre pour l'entrée en vigueur de la LPGA. Celle-ci n'a pu atteindre le but initialement visé – harmoniser et unifier les diverses branches des assurances sociales – que pour ce qui a trait à la procédure. La LPGA regroupe de nombreuses dispositions jusque-là contenues dans les lois spécifiques et assure ainsi une coordination formelle et une harmonisation des notions. Toutes les assurances sociales sont concernées, à l'exception de la prévoyance professionnelle.

L'importance de la LPGA pour les assurés et les organes d'exécution

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2003. Ce jalon historique dans le paysage législatif suisse servira désormais d'étalon à (presque) toutes les assurances sociales jusque-là régies exclusivement par les lois fédérales spécifiques. Seule la prévoyance professionnelle qui, pour des raisons historiques, est essentiellement régie par le droit privé, ne sera touchée que marginalement.



Regina Berger Hadorn
Domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS
regina.berger@bsv.admin.ch

Le droit fédéral des assurances sociales comprend aujourd'hui dix domaines :

- l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)
- l'assurance-invalidité (LAI)
- les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC)
- la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP)
- l'assurance-chômage (LACI)
- l'assurance-maladie (LAMal)
- l'assurance-accidents (LAA)
- l'assurance militaire (LAM)
- le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes servant dans l'armée, le service civil ou la protection civile (LAPG)
- les allocations familiales dans l'agriculture (LFA)

A l'avenir, la LPGA servira de loi directrice pour définir la procédure dans neuf de ces dix domaines et jouera un rôle essentiel dans le droit des assurances sociales par ses définitions des notions employées et des normes de coordination.

L'importance de la LPGA pour les assurés

La LPGA régit de manière exhaustive les droits et les devoirs des assurés en matière de procédure. Il en résulte pour eux une nette amélioration de la situation, notamment sur les points suivants :

- Le droit aux renseignements et aux conseils, jusqu'ici prévu uniquement dans la LAMal, est désormais garanti dans toutes les assurances régies par la LPGA.
- Le droit à l'assistance judiciaire gratuite dans les cas où celle-ci est indispensable n'était jusqu'ici inscrit expressément que dans la loi sur l'assurance militaire ; pour les autres assurances, il était déduit de la Constitution et de la jurisprudence. Désormais, il est explicitement codifié dans la LPGA.
- Jusqu'ici, les assurances sociales ne connaissaient l'intérêt moratoire que pour les primes ou cotisations non versées. Désormais, les assurés aussi ont droit à des intérêts moratoires lorsque les prestations qui leur sont dues sont versées avec plus de deux ans de retard, même s'ils ont rempli leur obligation de coopérer à la mise en œuvre.
- Jusqu'ici, lorsque plusieurs assurances pouvaient être appelées à intervenir, les assurés rencontraient toujours des difficultés tant qu'il n'était pas établi clairement quelle assurance devait prendre des prestations en charge (surtout s'agissant de prestations de l'AC, de l'AI, de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents). Aucune prestation n'était versée et les assurés devaient souvent recourir à l'aide sociale en attendant que les faits soient tirés au clair. En pareil cas, la LPGA accorde désormais aux assurés le droit d'exiger la prise en charge de prestations à titre provisoire.
- La LPGA permet aux assurés de faire opposition contre les décisions de l'assurance, et cela dans toutes les branches. De la sorte, un réexamen de la décision est possible sans qu'il soit besoin d'ouvrir aussitôt une procédure judiciaire. Jusqu'ici, les assurés n'avaient la possibilité de réexpliquer leur point de vue à l'assurance que dans l'assurance-maladie et l'assurance-accidents. Dans la procédure d'opposition, l'assurance doit examiner les objections soulevées par les assurés et rendre ensuite une décision sur opposition. Cela devrait permettre, dans bien des cas, de résoudre des litiges sans devoir les porter devant un tribunal.
- Lorsqu'un différend porte sur des prestations, il est désormais possible de le résoudre par transaction. Cette solution permet d'éviter de longues procédures judiciaires, ce qui est généralement à l'avantage des deux parties.

Les effets de la LPGA sur les assurances et leurs organes d'exécution

Les effets de la LPGA seront sensibles pour les assurés, mais aussi pour les assurances et leurs organes d'exécution, en premier lieu au niveau de la procédure. Dans l'immédiat, les organes d'exécution seront mis à rude contribution pour ce qui a trait à l'introduction de la loi. Certes, la procédure définie par la LPGA ne contient en fait pas grand-chose de réellement nouveau si l'on considère l'ensemble des règles existant aujourd'hui. Mais comme la LPGA a repris des différents domaines (en les modifiant plus ou moins) des prescriptions qui sont désormais applicables à toutes les branches d'assurance, la mise en œuvre de la loi exigera de tous les organes d'exécution des préparatifs plus ou moins astreignants. Ils devront impérativement se préparer aux tâches suivantes :

- remplir l'obligation de renseignements et de conseils ;
- appliquer la procédure d'opposition conformément aux dispositions de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) ;
- prendre en charge des prestations à titre provisoire et exiger le remboursement de ces prestations lorsqu'il est établi définitivement qu'elles sont à la charge d'une autre assurance ;
- servir des intérêts moratoires sur les prestations non versées : des règles de calcul ont été définies par l'OPGA pour assurer une application uniforme ;
- conclure des transactions en cas de différends sur les prestations ; cette nouvelle possibilité se heurte toutefois à certaines limites en raison du principe de légitimité. Il est nécessaire d'élaborer des directives, afin d'éviter qu'une transaction n'aboutisse au versement de prestations indues ;
- exiger la restitution de prestations indûment touchées de bonne foi, ou accorder la remise de cette obligation de restitution : des dispositions d'application ont été inscrites dans l'OPGA pour assurer une mise en œuvre uniforme ;
- répondre aux nouvelles prescriptions en matière de responsabilité.

Les préparatifs s'étendront encore aux domaines suivants :

- formation et recrutement du personnel ;
- contrôle et, le cas échéant, modification des routines ;
- adaptation des programmes informatiques.

Durant la phase d'introduction, la LPGA exigera donc des assureurs et des organes d'exécution des efforts d'organisation. Mais elle aura aussi des conséquences à long terme sur le plan des finances et de l'organisation :

- Les intérêts moratoires à servir sur les prestations non versées se traduiront par des dépenses supplémentaires, surtout pour l'AI : en 1996, si la nouvelle disposition avait été en vigueur, il lui en aurait coûté

9 millions de francs ; ce calcul ne tient toutefois pas compte d'autres innovations de la LPGA qui auraient rendu obsolète le versement d'intérêts moratoires (ainsi de la possibilité de verser des avances de prestations ou de l'obligation de prendre en charge des prestations à titre provisoire lorsque plusieurs assurances sociales entrent en ligne de compte).

- Si l'on veut quantifier les charges supplémentaires, en termes de ressources humaines et financières, qu'impliquera l'extension de la procédure d'opposition aux domaines AVS/AI/APG/PC/AC/AM, on ne peut se fonder que sur les expériences faites dans l'assurance-accidents : selon les indications fournies par la CNA, seuls 10 % environ des décisions portant sur des rentes font l'objet d'une opposition. Mais dans l'ensemble, le taux d'opposition est plus élevé ; il atteint 39 % pour les décisions prises par les agences. Dans 45 % des cas, les intérêts de l'assuré sont défendus par un avocat. On estime à 5 % de ces cas le nombre de ceux où l'assistance gratuite est nécessaire.

Il est vrai que les assureurs et leurs organes d'exécution disposent déjà d'un personnel qualifié qui doit rédiger des avis à l'intention des tribunaux. Mais la maîtrise de la procédure d'opposition dans les branches où cette procédure est nouvelle nécessite un développement de ce secteur.

- Pour remplir leur obligation de renseignements et de conseils, les assurances devront connaître non seulement leur propre branche, mais aussi avoir des notions suffisantes de l'ensemble du système de sécurité sociale. L'obligation de prendre des prestations en charge à titre provisoire lorsque plusieurs assurances entrent en ligne de compte, de même que le devoir de communiquer aux autres assureurs les décisions touchant l'obligation de ces derniers d'allouer des prestations, nécessitent également une connaissance plus approfondie des autres branches d'assurance. L'on peut imaginer que par son approche globale, la LPGA mettra en branle un processus révélant un besoin accru des synergies et incitera à souhaiter des changements structurels, par exemple la mise en place de services de renseignements et de conseils communs. Une chose est sûre : la procédure LPGA unifiée facilitera le traitement des questions interdisciplinaires et l'échange d'expériences entre les diverses branches d'assurance.

Les conséquences de la LPGA pour les cantons et la justice

Les cantons sont directement impliqués dans l'organisation de diverses branches d'assurance sociale (AVS, AI [cotisations], APG et allocations familiales dans l'agriculture), dans la mesure où ils concourent à leur

mise en œuvre par l'intermédiaire de caisses de compensation. De plus, ils participent à l'exécution des lois au moyen des offices AI et des services PC, ainsi que, pour l'assurance-chômage, des offices cantonaux du travail et des offices régionaux de placement, sans oublier leur rôle d'organisme responsable des caisses de chômage publiques. Outre ses effets sur ces organes d'exécution cantonaux, la LPGA entraînera également des changements dans l'organisation de la justice :

- Elle exige en effet que les cantons mettent en place, dans un délai de cinq ans après son entrée en vigueur, un tribunal cantonal des assurances en tant qu'unique instance de recours (contre les décisions sur opposition prises par les assureurs). Quelques cantons sont déjà organisés en conséquence. Mais pour d'autres, cette innovation implique une réorganisation et un resserrement des voies de droit, car en 2008 au plus tard les procédures cantonales de recours avec plusieurs instances ou les commissions de recours décentralisées par branches d'assurance devront être remplacées par un tribunal unique.
- Dans le même délai de cinq ans, les dispositions cantonales relatives à la procédure de recours devront être adaptées aux conditions cadres de la LPGA. Toutefois, les exigences minimales que la LPGA pose en la matière sont largement identiques à celles que le droit fédéral prévoit déjà dans les diverses lois relatives aux assurances sociales. Il ne s'ensuivra donc guère de changements au niveau du droit cantonal de procédure, si ce n'est pour les questions d'organisation.
- Dans l'ensemble, on s'attend à voir les cours cantonales déchargées des litiges de moindre importance grâce à l'introduction de la procédure d'opposition qu'appliqueront les assurances. Quant à savoir si la possibilité de régler les litiges par transaction se traduira par un allègement des tribunaux, seul l'avenir le dira.
- Enfin, la responsabilité assumée par les instances judiciaires dans le traitement des litiges relatifs au droit des assurances sociales augmentera considérablement avec la LPGA. Car, dès lors qu'il s'agira d'interpréter la LPGA, les juges devront trancher chaque cas en veillant à la compatibilité avec l'ensemble du système, et non pas seulement avec celui de la seule branche d'assurance concernée.

La longue marche de la LPGA

C'est une organisation de droit privé, la Société suisse de droit des assurances, et non la Confédération, qui a donné l'impulsion aux travaux visant une meilleure coordination du droit fédéral des assurances sociales. M^{me} Josi Meier, conseillère aux Etats, a mis le projet sur les rails en déposant une initiative parlementaire qui assurait le suivi de cette loi, sur laquelle le Parlement s'est penché durant quinze ans pour finalement en adopter une version moins ambitieuse, appelée «LPGA light». Le Conseil fédéral s'est quant à lui limité à donner son avis, puis, dans la phase finale, à actualiser l'annexe et à édicter les dispositions d'application.

Regina Berger Hadorn

Domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS
regina.berger@bsv.admin.ch

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2003. Le chemin pour y parvenir fut laborieux.

1978–1984 : travaux préparatoires

L'Assemblée générale de la Société suisse de droit des assurances a décidé le 30 juin 1978 de créer un groupe de travail «Partie générale du droit des assurances sociales» sous la direction de M. Hans Naef, directeur suppléant de l'OFAS à l'époque. Les incertitudes juridiques et les difficultés à appliquer la loi, causées par le manque de coïncidence des notions légales et la coordination insuffisante entre les différents systèmes des assurances sociales, expliquent que l'on se soit attelé à cette problématique. Le 21 mai 1984, les 25 membres hautement qualifiés du groupe de travail ont présenté un rapport et approuvé un projet d'une partie générale du droit des assurances sociales.¹

1985 : l'idée fait son chemin au Conseil des Etats

La conseillère aux Etats Josi Meier (PDC, LU) a déposé le 7 février 1985 une initiative parlementaire en vue de l'adoption d'une loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales reposant sur un projet élaboré par la Société suisse de droit des assu-

rances. Le Conseil des Etats a décidé le 5 juin 1985 de donner suite à l'initiative et a chargé une commission de préparer un texte de loi.

1985/1986, 1989 : le projet est mis en consultation à deux reprises

Le 23 octobre 1985, la commission du Conseil des Etats a demandé au Conseil fédéral une procédure de consultation sur le projet de loi élaboré par la Société suisse de droit des assurances. L'évaluation des consultations présentée à fin 1986 à la commission n'a pas fourni de résultats cohérents. Avec la collaboration des experts, la commission du Conseil des Etats a préparé en 1987 et en 1988 un projet de loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et a chargé le Conseil fédéral, le 21 février 1989, d'effectuer une seconde procédure de consultation dont les résultats ont permis à la commission du Conseil des Etats de présenter un nouveau projet de loi en septembre 1990. Elle a adopté le 27 septembre un rapport et une proposition sous la forme d'un message transmis au Conseil fédéral pour avis.

1991 : prise de position du Conseil fédéral ; approbation du Conseil des Etats

Le Conseil fédéral a adopté une position en principe positive dans son avis du 17 avril 1991, tout en constatant que les révisions en cours des lois particulières avaient indiscutablement la priorité sur la LPGA.

Sur le fond, le Conseil des Etats a accepté sans grande discussion les propositions de sa commission le 25 septembre 1991. Quelques voix se sont fait entendre pour que le Conseil national, deuxième conseil à se prononcer, se penche sur les détails de la proposition.

1992–1994 : première prolongation de délai pour le Conseil national

La Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) a décidé le 4 novembre 1991, en accord avec le Conseil fédéral, de demander au Conseil national de prolonger le délai d'examen de deux ans. Le Conseil national a accepté la prolongation du délai le 2 mars 1992.

1994 : avis approfondi du Conseil fédéral ; poursuite des travaux

Après l'adoption d'un avis approfondi le 17 août 1994 par le Conseil fédéral, la CSSS a repris ses délibérations le 31 août 1994 en entendant l'auteur de l'initiative, la conseillère aux Etats Josi Meier ainsi que des éminents

¹ Supplément à la «Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle», Editions Stämpfli SA, Berne, 1984.

Membres du groupe de travail «Partie générale du droit suisse des assurances sociales»*

engagés par la Société suisse de droit des assurances le 30 juin 1978

Président

- M. Hans Naef, docteur en droit, directeur suppléant de l'OFAS, Berne

Présidents des sous-groupes de travail

- M. Bernard Viret, juge fédéral, Lucerne
- M. W. Böni-Clerc, docteur en droit, greffier au TFA, chargé de cours à l'Université de Fribourg, Lucerne
- M. Jean-Louis Duc, avocat, professeur à l'Université de Lausanne, Hochdorf

Membres

- M. Thomas Bickel, licencié en droit, service juridique des handicapés, FSIH, Zurich
- M. Otto Büchi, chef de division à l'OFAS, Berne
- M. Jacques Clerc, actuaire et juriste, Vaudoise Assurances, Lausanne
- M. Marc Ducommun, PATRIA-Vie, Bâle
- M. J.-P. Forney, Neuchâtel
- M. André Ghelew, juge au Tribunal cantonal des assurances, Lausanne
- M^{me} Anne-Marie Grau-Biétry, avocate, Neuchâtel
- M. J. Hügli, avocat, KKB, Berne
- M. Bruno Jahn, docteur en droit, ancien directeur d'agence d'arrondissement de la CNA, Winterthour
- M. Fernand Jost, avocat, assurance militaire fédérale, Genève
- M. Alois Lustenberger, président de la Cour des assurances sociales du Tribunal administratif cantonal, Lucerne
- M. Markus Moser, docteur en droit, chef de division à l'OFAS, Berne
- M. Urs Ch. Nef, professeur HSG, Saint-Gall
- M. Fritz Nüscher, docteur en droit, secrétaire FSIH, Zurich
- M. Hans J. Pfitzmann, docteur en droit, chef de l'Office cantonal de prévoyance professionnelle et de surveillance des fondations, Berne
- M. Urs Reber, docteur en droit, secrétaire de la commission de recours AVS, Zurich
- M. Johannes Reimann, licencié en droit, secrétaire de département à la CNA, Lucerne
- M. Rudolf Rüedi, juge fédéral, Lucerne
- M. Walter Seiler, docteur en droit, directeur de la CNA, Lucerne
- M. Raymond Spira, juge fédéral, Lucerne
- M. Heinz Suter, Chambre cantonale de l'industrie et du commerce, Aarau
- † M. Hans Peter Tschudi, professeur, ancien conseiller fédéral, Bâle
- M. Hermann Walser, docteur en droit, avocat, Zurich

* Les données relatives à la fonction des membres du groupe reflètent la situation au moment de la clôture du rapport (1984).

experts qui avaient participé aux travaux préparatoires du projet du Conseil des Etats. En même temps, elle a décidé d'entrer en matière sur la proposition et a créé une sous-commission chargée de son examen préalable.

1995 : rapport de la sous-commission

Le 1^{er} novembre 1995, la sous-commission a remis un premier rapport écrit, après ses délibérations et ses consultations d'experts et de représentants des offices fédéraux compétents et après avoir reçu les avis écrits de divers organes de la Confédération et d'autres institutions intéressées. Ce rapport concernait pour l'essentiel la LPGA elle-même et non les adaptations qui en découlaient pour les différentes lois particulières des assurances sociales en annexe. La CSSS a pris connaissance du rapport le 17 novembre 1995 et a chargé la sous-commission d'entreprendre les délibérations préalables sur l'annexe.

1996/1997 : la sous-commission examine la LPGA sous toutes ses coutures; adoption d'une version «light»

En 1996, la sous-commission a poursuivi intensément ses travaux en vue de la traduction de la LPGA dans les lois particulières. Ce faisant, elle a constaté que ce travail soulevait de nombreuses questions concrètes. Par ailleurs, vers la fin 1996, le projet de la LPGA s'est heurté à des critiques renforcées, notamment de la part des milieux de l'assurance. A la recherche d'une solution politiquement et économiquement acceptable, un compromis a été réalisé en été 1997 sous le nom de «LPGA light» que la CSSS a accepté lors de sa séance du 27 novembre 1997. En même temps, elle a décidé de faire examiner le projet de LPGA (sur la base de la «LPGA light») par l'administration du point de vue de la technique juridique. La commission a en outre proposé au Conseil national de proroger de deux ans, c'est-à-dire jusqu'à la fin de la législature en cours, le délai imparti pour l'élaboration du projet reposant sur la «LPGA light». Cette proposition a été acceptée le 15 décembre 1997.

1998 : sous la loupe de la technique législative

Tous les spécialistes de l'administration fédérale et des nouveaux experts externes ont participé à l'examen technico-juridique par l'administration pendant l'année 1998, travaux suivis par la sous-commission et les experts précédemment intervenus. La CSSS a adopté le 15 janvier 1999 les propositions en vue de la mise en œuvre technico-juridique de la «LPGA light», ainsi que les propositions de réexamen se référant à ces dernières et a adopté le rapport le 26 mars 1999.

1999 : traitement au Conseil national

Le 17 juin 1999, le Conseil national a décidé en séance plénière d'entrer en matière et s'est rallié dans une très large mesure aux propositions de la commission.

Des différences fondamentales résultaient du compromis «LPGA light» dans le domaine de la «réglementation du droit médical et des tarifs» par rapport à la proposition du Conseil des Etats. De plus, la CSSS s'est prononcée en faveur d'une nouvelle conception de la technique juridique qui s'est traduite par de nombreuses différences de forme.

1999/2000 : élimination des divergences

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Conseil des Etats s'est penchée sur le projet à plusieurs reprises : le 16 août, le 6 septembre et le 15 novembre 1999. Après avoir consulté M. Ulrich Meyer-Blaser, alors président du Tribunal fédéral des assurances, elle s'est largement ralliée aux résolutions du Conseil national. Cependant, contrairement au Conseil national, la commission était d'avis que la procédure d'opposition devait être appliquée à toutes les branches des assurances sociales. Le Conseil des Etats a mis un terme à ses délibérations le 22 mars 2000 sans que cette divergence ait été éliminée.

Lors de l'élimination des divergences, la CSSS du Conseil national est restée sur ses positions le 18 mai 2000, de même que le Conseil national le 13 juin 2000. Le 4 juillet 2000, la CSSS du Conseil des Etats a réaffirmé qu'il fallait introduire la procédure d'opposition dans toutes les assurances sociales rattachées à la LPGA, avis partagé par le Conseil des Etats en séance plénière le 20 septembre. L'extension de cette procédure d'opposition à l'ensemble des assurances sociales permit d'éliminer les divergences lors de la session d'automne, de telle sorte que la LPGA fut acceptée lors du vote final le 6 octobre 2000.

2000–2002 : après le vote final

Le vote final du 6 octobre 2000 ne signifiait toutefois pas la conclusion du dossier pour les parlementaires, qui étaient tout à fait conscients que les travaux préparatoires afférents à l'entrée en vigueur de la LPGA

prendraient du temps et que d'ici là, l'annexe serait dépassée en raison des nombreuses modifications de chacune des lois qui seraient entrées en vigueur entre-temps. Partant, le Parlement a été amené à réviser l'annexe avant l'entrée en vigueur de la loi. Compte tenu des conditions cadres relatives à la technique législative, la révision a été effectuée en trois étapes. Le Parlement a approuvé cette révision le 21 juin 2002.

La LPGA : un instrument porteur d'innovations

Il n'y a rien d'étonnant à ce que la LPGA n'ait vu le jour qu'après un si long processus. En effet, le droit des assurances sociales est en permanence sujet à des mutations et il est dans l'ensemble extrêmement complexe. La «LPGA light» telle qu'elle se présente actuellement se limite essentiellement à une harmonisation de la procédure et entraîne ni des changements importants au niveau du droit aux prestations et de l'obligation de cotiser des assurés ni des transferts en matière d'obligation de prise en charge entre les assureurs. Même si l'on peut reprocher à la LPGA de ne pas être à la hauteur des espoirs placés en elle au début des travaux, force est de reconnaître que les discussions qui se sont étendues sur plus de 20 ans ont permis de mettre sur pied pour la première fois une loi qui établit un pont entre les différentes assurances sociales et qui ouvre la voie à une plus grande harmonisation des assurances sociales. La LPGA obligera dorénavant le législateur à penser plus globalement le développement ultérieur du système, et, de ce fait, à conserver son rôle d'instance harmonisatrice et stabilisatrice. Toutefois, le fait que la LPGA soit conçue comme une loi type permettra tout de même d'adopter des réglementations spéciales pour chaque domaine particulier quand elles s'avèrent nécessaires. La combinaison des deux objectifs qu'elle poursuit – uniformisation et maintien d'une certaine flexibilité – fait de la LPGA une réussite.

La ténacité a porté ses fruits



Vingt-quatre ans durant, de 1971 à 1995, dont une moitié au Conseil national et l'autre au Conseil des Etats, j'ai eu mon mot à dire dans la politique fédérale. Cette période fut précédée d'un engagement de plusieurs décennies en faveur du droit de vote des femmes, qui m'a fait prendre conscience que même les meilleures idées ne passent pas sans effort de persuasion. Il faut les défendre, ne pas lâcher du lest et ne pas baisser les bras quand elles ne débouchent que sur des succès partiels, car ceux-ci incitent à s'engager dans des nouveaux projets.

Il en a été ainsi pour la motion que j'ai déposée, visant une harmonisation d'un système de sécurité sociale plutôt opaque. Elle a certes été transmise. Mais lorsque j'ai compris qu'elle risquait de finir dans un tiroir, je l'ai fait suivre d'une intervention parlementaire dont le sort est connu. Les longues discussions qui ont entouré cette initiative en ont rabaisé la portée. Il en est tout de même sorti une «partie générale des assurances sociales». Même si l'adoption d'une version «light» peut faire sourire, le but principal a été atteint. Outre une meilleure vue d'ensemble du système social, la LPGA rend les liens entre les différentes assurances sociales plus clairs et facilite la coordination. Il est possible et nécessaire de continuer de développer cette loi. J'espère bien que le «paquet ficelé» permettra de penser encore plus loin le travail d'uniformisation et de simplification des assurances sociales.

Josi J. Meier, ancienne conseillère aux Etats, PDC, Lucerne

Pour un droit des assurances sociales lisible : la LPGA light



Marc Suter
Conseiller national (rad., BE)

Discours d'entrée en matière du conseiller national Marc Suter, rapporteur de langue française de la commission préparatoire, devant le Conseil national, le 17 juin 1999

«Le projet de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est depuis longtemps en gestation au Parlement. En l'adoptant à cette session, vous lui permettrez enfin de voir le jour.

Du point de vue de l'application du droit, des tribunaux, de la science, mais aussi du point de vue des autorités concernées ou encore de celui des assurés, l'idée d'établir une partie générale du droit des assurances sociales est un développement qu'on ne peut que saluer.

En effet, le droit suisse des assurances sociales est actuellement disséminé dans pas moins de dix grandes lois qui résultent d'une évolution historique. Le résultat aujourd'hui, c'est un dédale des institutions et des règles les plus diverses. Dans ses arrêts, le Tribunal fédéral des assurances appelle d'ailleurs régulièrement de ses vœux une unification du droit des assurances sociales.

...

Le projet du Conseil des Etats présentait dans ses grandes lignes le principe d'une partie générale du droit des assurances sociales. Il est ensuite revenu à la sous-commission instituée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique de mettre au point les détails, notamment de se pencher sur la question de l'adaptation des différentes lois spécifiques au domaine des assurances sociales que ce projet rend nécessaire.

La version «LPGA light» sur laquelle le vote va porter représente un grand progrès. Les coûts supplémentaires peuvent être évités pour la plupart d'entre eux. La variante de la commission du Conseil national consiste en une sorte de loi d'harmonisation recourant à une nouvelle technique de renvois. Ensuite, chaque loi particulière détermine si et dans quelle mesure la LPGA est applicable. Aucune ordonnance spéciale n'est nécessaire. La LPGA ne couvre pas le droit de la prévoyance professionnelle (LPP); elle tient compte des lois particulières existantes. De même, il a été renoncé à des dispositions portant sur le droit médical, ainsi qu'à la définition du gain assuré. Simultanément, le nouvel instrument apporte des unifications, par exemple dans les notions communes pour les termes maladie, accident, incapacité de gain, etc., et des simplifications, par exemple dans les domaines de la procédure, de la coordination, de la surveillance, etc. Dans l'ensemble, on peut constater que le projet de votre commission, à la différence de la version du Conseil des Etats, simplifie l'application tout en augmentant simultanément la sécurité du droit.

...

Circonscrire le champ d'application

Sur la base de l'analyse du projet du Conseil des Etats, nous avons proposé un nouveau concept : la partie générale ne définit plus où elle est applicable. Chacune des lois spéciales délimite dans le champ d'application de la partie générale le domaine qu'elle régit. Au début de chaque loi spéciale, nous avons un renvoi à la partie générale avec des exceptions, comme par exemple l'exclusion dans le domaine des subventions. Dans les différents articles, nous avons ensuite des exclusions ponctuelles et des cas de dérogations explicitement mentionnés, de sorte que le lecteur voit rapidement quelle est l'applicabilité de la partie générale dans le domaine régi par la loi spéciale.

Ce système choisi permet de circonscrire correctement le champ d'application. Il est plus souple, plus transparent pour le lecteur, puisque toutes les dérogations apparaissent dans la loi spéciale. Enfin, il est mieux adapté à l'évolution future et aux modifications des différentes lois spéciales. Il aurait été difficile d'attendre de la part du législateur qu'à chaque modification d'une disposition des lois spéciales il ajoute une clause de dérogation dans la partie générale, ce qui n'est plus nécessaire maintenant.

Système juridique complexe et équilibré

Le projet soumis aujourd'hui à votre approbation est le résultat d'un immense travail non seulement au sein de la sous-commission, mais aussi, et surtout, du côté des experts et de l'administration, qui ont accompli un formidable travail. J'aimerais tout particulièrement saluer et remercier l'initiatrice de ce projet, M^{me} Josi Meier, qui est aujourd'hui parmi nous, à la tribune. Elle avait demandé, en 1973 déjà, avec une motion (11 796), la création d'une loi générale du droit des assurances sociales. Je tiens aussi à remercier M. Heinz Allenspach, ancien président de la sous-commission. J'aimerais également remercier tout spécialement le président du Tribunal fédéral des assurances, M. Ulrich Meyer-Blaser, ainsi que M. le professeur Pascal Mahon, tous deux experts externes qui nous ont appuyés. Enfin, j'aimerais remercier l'équipe des juristes qui a élaboré et commenté toutes les modifications des lois spéciales, et tout particulièrement M^{me} Regina Berger de l'OFAS, qui était à leur tête, ainsi que M^e Ulrich Kieser, de Zurich, et M. Philippe Gerber, de l'Office fédéral de la justice. Sans leurs compétences, leur engagement et leur diligence, le projet de loi n'aurait pas abouti.

Il s'agit là d'un système juridique très délicat, complexe et équilibré. Partant, la commission vous recommande d'accepter le projet dans son intégralité et d'éviter de vouloir l'enrichir en plénum.

La commission a pu délibérer et régler la plus grande partie des divergences avec le Conseil fédéral. Je vous propose, au nom de la majorité de la commission, de rejeter les propositions de minorité et toutes les autres.

Le Conseil des Etats pourra, le cas échéant, apporter certains amendements ou corrections à la loi, après délibération dans sa propre commission.

En résumé, le projet de «LPGA light» constitue une avancée primordiale pour le développement du droit des assurances sociales, auquel il conférera une plus grande rationalité, une plus grande simplicité et une meilleure lisibilité. Il s'agit en fin de compte de la réalisation d'une volonté de codification exprimée il y a déjà septante ans dans le droit civil, notamment avec la partie générale du Code des obligations. Nous espérons sincèrement que la LPGA aura le même succès.»

Interaction entre LPGA, PA¹ et loi spécifique

Informations pratiques pour l'utilisateur

La LPGA ne simplifie pas sensiblement le droit des assurances sociales. Mais l'harmonisation de la procédure permet d'aborder chaque cas d'espèce de manière plus systématique. Il suffit à l'utilisateur d'en saisir le «mécanisme», simple en soi.

Regina Berger Hadorn

Domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS
regina.berger@bsv.admin.ch

Face à un problème concret relevant du droit des assurances sociales, l'utilisateur ne peut le résoudre qu'en étant au clair sur les normes à appliquer. Or, il était jusqu'ici parfois difficile d'y parvenir, la loi spécifique d'une assurance sociale ne suffisant souvent pas à définir la procédure de première instance. Exemples :

- Dans l'assurance-invalidité, les prescriptions de la LAI ne sont pas seules à entrer en ligne de compte. Ainsi, pour calculer les délais, l'art. 81 de la LAI renvoie à l'heure actuelle à la LAVS. Cette dernière, à l'art. 96, renvoie à son tour aux dispositions de la PA.
- Dans l'assurance-maladie, les dispositions de la LAMal ne sont pas seules à être valables en ce qui concerne la procédure. Le droit cantonal est bien davantage à prendre en considération à cet égard.

Certes, la LPGA ne permet pas, dans un cas d'espèce, d'élucider plus aisément quel est le droit applicable à la procédure en première instance. Mais d'un point de vue global, la réponse est apportée par une meilleure systématique. Sur le plan de la procédure, il importe que l'utilisateur comprenne le «mécanisme» suivant :

- lien entre l'art. 2 LPGA et l'art. 1 de la loi spéciale concernée ;
- application de la PA conformément à l'art. 55 LPGA.

Art. 2 LPGA et art. 1 de la loi spéciale

En soi, la teneur de l'art. 2 LPGA n'éclaircit pas la question fondamentale que constitue l'applicabilité de la LPGA :

Art. 2 LPGA Champ d'application et rapports avec les lois spéciales sur les assurances sociales

Les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient.

Il revient donc à la loi spéciale de définir le champ d'application de la LPGA. Dans l'annexe de la

LPGA, toutes les lois sur les assurances sociales ont subi des modifications. Le champ d'application de la LPGA y a été fixé pour chaque branche des assurances sociales. En règle générale (à l'exception de la LPP), un nouvel art. 1 a été ajouté. Citons pour exemple l'art. 1 LAMal :

Art. 1 LAMal

- 1 Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA.
- 2 Elles ne s'appliquent pas aux domaines suivants :
 - a. admission et exclusion des fournisseurs des prestations (art. 35 à 40 et 59) ;
 - b. tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55) ;
 - c. octroi de réductions des primes en vertu des art. 65, 65a et 66a et octroi de subsides de la Confédération aux cantons en vertu de l'art. 66 ;
 - d. litiges entre assureurs (art. 87) ;
 - e. procédure auprès du Tribunal arbitral cantonal (art. 89).

Dans son al. 1, l'art. 1 LAMal précise que la LPGA renferme des prescriptions types, auxquelles il est néanmoins possible de déroger, pour ainsi dire, selon les particularités de la branche d'assurance. Mais cette disposition suppose aussi que la LPGA soit appliquée sans dérogation explicite. Si le législateur avait omis de qualifier expressément de dérogation une norme de la LAMal contraire à la LPGA, la contradiction devrait être résolue au profit de la LPGA.

L'al. 2 exclut du champ d'application de la LPGA un ensemble de domaines. De fait, la LPGA, conçue fondamentalement pour régir les relations «assureur – personne assurée», ne se prête pas à la réglementation d'autres rapports (conventions tarifaires, subventions, etc.).

L'art. 1 de chaque loi spéciale règle donc la relation de celle-ci avec la LPGA de façon globale, tout en tenant compte des besoins de la branche d'assurance concernée.

Le lien entre la LPGA et la prévoyance professionnelle est tout à fait différent. La LPP n'est pas rattachée globalement à la LPGA. Cette dernière n'inclut la prévoyance professionnelle dans le domaine obligatoire qu'à l'art. 66, al. 2, LPGA (ordre dans lequel les rentes sont versées) et dans l'obligation de prendre en charge les prestations selon l'art. 70 et leur restitution selon l'art. 71 LPGA. Cette prise en compte ponctuelle trouve son expression dans le nouvel art. 34a de la LPP, introduit dans l'annexe de la LPGA.

¹ PA : Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (RS 172.021).

Application de la PA conformément à l'art. 55 LPGA

En principe, la procédure est définie par la LPGA et la loi spécifique. Lorsque des lacunes subsistent, la PA est désormais appliquée en vertu de la LPGA :

Art. 55 LPGA Règles particulières de procédure

- 1 Les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 de la présente loi ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative.
- 2 La procédure devant une autorité fédérale est régie par la loi fédérale sur la procédure administrative, sauf lorsqu'il s'agit de prestations, créances et injonctions relevant du droit des assurances sociales.

L'art. 55, al. 1, LPGA ôte aux normes cantonales tout fondement juridique pour être appliquées en première instance. Toujours subsidiaire, l'application de la PA a cependant une importance pratique. Ainsi, la LPGA contient des dispositions concernant la consultation du dossier, mais ne prévoit rien en cas de refus opposé à cette consultation. Etant donné qu'il n'existe pas non plus de norme concernant ce refus dans les lois spéciales, les art. 27 et 28 PA s'appliquent.

L'art. 1 PA dit notamment que les autorités fédérales sont tenues d'appliquer les normes de la PA lorsqu'elles statuent en première instance sur des affaires qui doivent être réglées par leur décision. Dans les assurances sociales, la tâche des autorités fédérales se limite le plus souvent à la surveillance ; il leur incombe de statuer en première instance sur des prestations, des créances ou des injonctions uniquement dans des domaines spécifiques (p. ex. assurance militaire, institution commune LAMal). L'art. 55, al. 2, LPGA garantit désormais que, dans l'exécution des assurances sociales, la LPGA s'applique aussi, dès lors qu'une autorité fédérale statue sous l'angle matériel. Une nouvelle disposition d'exception (art. 3, let. d^{bis}, PA) – pendant de l'art. 55, al. 2, LPGA – complète la PA dans l'annexe à la LPGA. Elle exclut l'application de la PA à des procédures concrètes ayant trait à l'assurance sociale. En revanche, la PA continue à être applicable en ce qui concerne l'autre activité des autorités fédérales dans les assurances sociales, à savoir la surveillance.

Mise en œuvre de la LPGA au niveau des ordonnances

La mise en œuvre de la LPGA a aussi une incidence au niveau des ordonnances. Le 11 septembre 2002, le Conseil fédéral a édicté l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) et modifié 25 ordonnances existantes. Simultanément, trois ordonnances départementales ont été adaptées.

Des interventions de trois types distincts se sont imposées au niveau des ordonnances :

- a. adaptation des dispositions d'exécution existantes, lorsqu'elles ne concordaient plus avec la nouvelle législation cadre ;

- b. harmonisation des dispositions existantes dans les diverses branches des assurances sociales, lorsqu'elles se fondent désormais sur une base juridique inscrite dans la LPGA ;

- c. mise en œuvre de dispositions introduites avec la LPGA.

La systématique et l'interaction au niveau des ordonnances obéit à d'autres principes que ceux qui sont valables au niveau de la loi :

- Pour éviter d'accentuer la complexité du rapport entre les dispositions générales valant pour l'ensemble des assurances sociales et celles qui ne s'appliquent qu'à un domaine distinct, on a sciemment renoncé à inclure dans l'OPGA des dispositions d'exécution qui devraient à nouveau être relativisées par les ordonnances ayant trait aux domaines spécifiques (aucune dérogation à l'OPGA!).
- Les utilisateurs d'un domaine donné doivent avoir la certitude qu'une disposition d'exécution contenue dans l'OPGA s'applique lorsque la loi relative à ce domaine prévoit que la norme de la LPGA est applicable. Ainsi, contrairement à ce qui se passe au niveau de la loi, les utilisateurs n'auront pas à chercher une disposition d'exception dans «leur» ordonnance spécifique.

Il en résulte toutefois que le nombre des dispositions d'exécution qui pouvaient entrer dans l'OPGA est fortement réduit, ne serait-ce qu'en raison de la configuration au niveau de la loi (dérogations à la LPGA dans les lois spéciales). Un autre facteur restreint la possibilité d'édicter des dispositions d'exécution dans l'OPGA : il est, en effet, fréquent que la LPGA contienne une norme qui, tout en ayant valeur de «plus grand dénominateur commun», ne permet pas une mise en œuvre identique dans les diverses formes d'organisation des branches d'assurance. Avec pour conséquence que les dispositions d'exécution prévues dans l'AA peuvent s'écarter de celles fixées dans l'AVS, bien qu'elles s'appuient dans la LPGA sur la même norme légale.

Les dispositions d'exécution de l'OPGA n'en demeurent pas moins très précieuses, puisqu'elles mettent en évidence les points où une exécution uniforme est possible (p. ex. restitution et remise de l'obligation de restituer, intérêts moratoires sur les prestations, consultation du dossier). La procédure d'opposition constitue un cas particulier. L'OPGA contient un ensemble de dispositions d'exécution à ce sujet. Elle autorise, en principe, aussi bien l'opposition orale qu'écrite, mais établit une différenciation, en prescrivant l'opposition par écrit pour l'assurance-chômage (prestations et restitution) et la prévention des accidents. Contrairement à la LPGA, l'OPGA ne régleme donc pas comme un modèle sujet à des dérogations spécifiques, mais elle s'étend à tous les domaines, ce qui se traduit aussi dans les dispositions d'exécution relatives au recours (subrogation).

Sources d'information concernant la LPGA

Lois/ordonnances

Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) (avec annexe)

- publiée dans la Feuille fédérale 2000 4657 (l'annexe n'est plus d'actualité)
 - accessible sur le site www.admin.ch, Chancellerie fédérale
 - commande: OFCL, Diffusion publications, www.bbl.admin.ch/bundespublikationen
- devrait être publiée en octobre 2002 dans le Recueil officiel et dès janvier 2003 dans le Recueil systématique du droit fédéral (www.admin.ch)
- version officieuse à cette adresse: www.bsv.admin.ch/sv/grundlag/f/atsg.htm

Révisions 1 et 2 du 21 juin 2002 de l'annexe de la LPGA

- devrait être publiée en octobre 2002 dans le Recueil officiel
- version officieuse à cette adresse: www.bsv.admin.ch/sv/grundlag/f/atsg.htm

Révision 3 de l'annexe de la LPGA

- publiée dans la Feuille fédérale 2002 4150 (délai référendaire: 17 octobre 2002)
 - accessible sur le site www.admin.ch, Chancellerie fédérale
 - commande: OFCL, Diffusion publications, www.bbl.admin.ch/bundespublikationen
- devrait être publiée en octobre 2002 dans le Recueil officiel
- version officieuse à cette adresse: www.bsv.admin.ch/sv/grundlag/d/atsg.htm

Ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale des assurances sociales

- devrait être publiée en octobre 2002 dans le Recueil officiel
- version officieuse à cette adresse: www.bsv.admin.ch/sv/grundlag/f/atsg.htm

Autres textes de référence

Rapport sur une partie générale du droit suisse des assurances

- Contribution d'un groupe de travail de la Société suisse de droit des assurances en vue d'améliorer la coordination en matière d'assurances sociales
- Supplément à la Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle, Editions Stämpfli SA, Berne, 1984

85.227. Initiative parlementaire, Partie générale du droit des assurances sociales:

• Rapport de la Commission du Conseil des Etats du 27 septembre 1990

- FF 1991 II 181

• Avis du Conseil fédéral du 17 avril 1991

- FF 1991 II 888

• Avis approfondi du Conseil fédéral du 17 août 1994

- FF 1994 V 897

• Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 26 mars 1999

- FF 1999 4168
- La loi adoptée se base essentiellement sur les propositions de la Commission du 26 mars 1999. Le rapport fournit un bon aperçu des liens existant entre les dispositions réglementaires et du contexte dans lequel celles-ci s'incrivent

Bibliographie

Approche critique de la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA)

- Duc, Jean-Louis, Revue jurassienne de jurisprudence, 2001, pp. 95 à 121

Du droit d'être renseigné et conseillé par les assureurs et les organes d'exécution des assurances sociales (art. 27 LPGA)

- Spira, Raymond, Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle, 2001, pp. 524 ss, Editions Stämpfli SA, Berne

Adaptation des mémentos, en particulier mémento 1.2003, «Modifications au 1^{er} janvier 2003 dans le domaine des cotisations et des prestations»

- A retirer auprès des caisses de compensation et des offices AI; disponible sur Internet à l'adresse www.av-sai.info (paraîtra fin novembre 2002)

Coordination des prestations et recours

Le chapitre 5 de la LPGA règle la coordination des prestations et le recours contre les tiers responsables. Il définit par exemple quel système prend en charge, à titre primaire ou subsidiaire, les frais de traitement d'un patient et quand les prestations sont cumulées ou doivent au contraire être réduites pour éviter une surindemnisation.



Peter Beck
Secteur Recours AVS/AI, OFAS
peter.beck@bsv.admin.ch

L'initiative parlementaire de la conseillère aux Etats Josi Meier du 7 février 1985 citait déjà comme l'un des principaux objectifs visés par la création de la LPGA «une meilleure coordination du droit des assurances sociales». Plus tard, la procédure de consultation, de même que les débats parlementaires, ont montré que le souhait d'une meilleure coordination concernait surtout le domaine des compétences des assureurs et celui du droit aux prestations. Depuis un certain temps, il n'est pas facile pour les assurés, voire pour des personnes ayant une formation juridique, de réclamer des prestations de l'assurance sociale compétente, car il n'est pas rare que plusieurs branches d'assurance prévoient un droit à des prestations pour le même événement. L'application de la LPGA dans la pratique montrera si la nouvelle loi est à la hauteur des attentes en matière de coordination.

Principes généraux de la coordination des prestations selon les art. 63 ss LPGA

La littérature juridique distingue généralement trois types de coordination.

La *coordination intrasystémique* vise l'harmonisation des prestations au sein d'une branche d'assurance sociale. On en trouve un exemple dans l'AI avec le principe de la primauté de la réadaptation sur la rente. La LPGA ne contient aucune disposition de ce type.

La *coordination intersystémique* assure la cohérence du système lorsque plusieurs branches sont concernées. Par exemple, le droit à un traitement thérapeutique est prévu tant par l'assurance-maladie que par l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents et l'assurance militaire. Les art. 64 à 71 LPGA relèvent de ce type de coordination.

Enfin, la *coordination extrasystémique* fait le lien entre diverses branches des assurances sociales et les prestations versées en droit de la responsabilité civile. Sous cet aspect, le droit de recours des assureurs sociaux contre les tiers responsables selon les art. 72 ss LPGA (subrogation) est d'une importance capitale.

Le principe de la concordance fait fonction de filtre

Les règles de coordination de la LPGA reposent sur le principe de la concordance. Sont concordantes les prestations de même nature et visant un but identique, consécutives au même événement, destinées à la même personne et couvrant la même période. Lorsque cette concordance existe, les prestations doivent être coordonnées, afin de respecter l'interdiction générale de surindemnisation désormais inscrite dans la loi (art. 69 LPGA). Les prestations non concordantes sont exclues de la coordination; en ce sens, le principe de la concordance remplit une fonction de filtre.

Les techniques de coordination : cumul ou priorité

Lorsque la coordination suit le principe de la *priorité*, les prestations ne doivent être fournies que par une branche d'assurance et les autres en sont déchargées. Pour appliquer ce principe, il est indispensable de définir l'ordre dans lequel les différentes assurances sociales peuvent être appelées à intervenir. Le principe de la priorité s'applique dans le cas des traitements (art. 64 LPGA), des moyens auxiliaires et des mesures de réadaptation (art. 65 LPGA), ainsi que des allocations pour impotent (art. 66, al. 3, LPGA).

Selon le principe du *cumul* au sens de la LPGA, les prestations des diverses branches d'assurance concernées s'ajoutent les unes aux autres jusqu'à concurrence de la limite de surindemnisation. Ce principe s'applique dans le cas des rentes (art. 66, al. 1, LPGA), de concours entre indemnités journalières et rentes (art. 68 LPGA), ainsi que dans les dispositions générales concernant la surindemnisation (art. 69 LPGA).

L'art. 70 LPGA assigne à certaines branches, dans des circonstances données, une *obligation de prise en charge des prestations à titre provisoire*. Cette obligation intervient lorsqu'un assuré a droit à des prestations d'une assurance sociale, mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations. Si le cas relève en fin de compte d'une autre assurance sociale, cette dernière devra rembourser les prestations à celle qui est intervenue provisoirement (art. 71 LPGA).

Le droit du recours

Par ses art. 72 à 75, la LPGA instaure une réglementation unique pour le recours contre les tiers responsables dans l'AVS/AI, l'assurance-accidents, l'assurance militaire, l'assurance-maladie et l'assurance-chômage. Les autres assurances sociales n'ont pas de prestations susceptibles de recours contre les tiers responsables, raison pour laquelle elles en sont exclues (p. ex. les prestations complémentaires, par l'art. 16a LPC). Les principales innovations sont les suivantes :

- L'assurance sociale se substitue, de par la loi, à la personne lésée dans l'exercice de ses droits contre tout tiers responsable (principe de la subrogation). S'il y a plusieurs tiers responsables, l'assurance sociale peut, comme la personne lésée, en appeler au principe de la solidarité.
- Le privilège de la responsabilité est aboli au profit d'un privilège de recours généralisé. Les règles relatives aux privilèges répondent à la question de savoir si une personne responsable peut se prévaloir de son lien de proximité avec la personne lésée et ne devoir répondre de prétentions en dédommagement et/ou de prétentions récursoires qu'à la stricte condition d'avoir commis une négligence grave, voire une faute intentionnelle. Contrairement au privilège de la responsabilité qui, uniquement dans le cadre de l'assu-

rance-accidents obligatoire, compense des prétentions en dédommagement par des prestations d'assurance, le privilège de recours a pour effet l'imputation des prestations d'assurances concordantes sur les prétentions en réparation du dommage, avec effet libératoire en faveur de la personne responsable. L'assurance sociale n'a, au sens de l'art. 75 LPGA, un droit de recours contre les catégories de personnes définies (relation personnelle étroite ou relation professionnelle) qu'à la stricte condition évoquée ci-dessus.

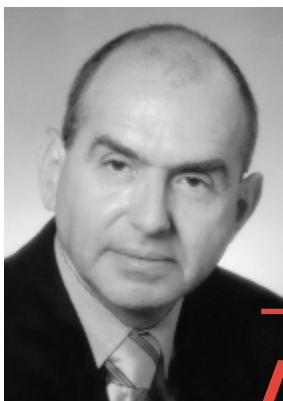
- Le délai de prescription de la prétention récursoire est réglé de manière analogue à celui qui vaut pour les prétentions en responsabilité civile.
- La répartition proportionnelle, qui n'intervient que rarement dans la pratique, est réglée de façon plus avantageuse pour la personne lésée. Elle sert en règle générale à empêcher que cette dernière puisse compenser une réduction des prestations de l'assurance sociale par une indemnisation du dommage de l'assureur responsabilité civile ; dans la LPGA, elle est légèrement modifiée, et cela en général au détriment de l'assurance sociale qui exerce son droit de recours.

Exemple :

Dommege global	100 000
Prestations non réduites de l'assurance sociale	80 000
Prestations réduites de 10 % pour faute grave	72 000
Dommege direct de la personne lésée	28 000
Quote-part de responsabilité de la personne responsable	50 %
Prétention en dédommagement	50 000
Somme des prestations d'assurance sociale non réduites et de la prétention en dédommagement (80 000 + 50 000)	130 000
Prétention de l'assureur social subrogé (130 000 – 100 000)	30 000
Substrat de responsabilité pour prétention directe (50 000 – 30 000)	20 000
La personne lésée obtient (72 000 + 20 000)	92 000
L'assureur social verse (72 000 – 30 000)	42 000
Le tiers responsable verse (30 000 + 20 000)	50 000

La LPGA du point de vue de la jurisprudence

En tant qu'instrument de coordination, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) exige de la part des organes chargés de l'exécution et de l'administration de la justice un examen approfondi de la matière. Pendant la longue gestation de la LPGA, différents représentants du Tribunal fédéral des assurances (TFA) ont mis leur savoir au service de cette législation. Les commissions parlementaires ont notamment eu recours à l'expertise d'Ulrich Meyer-Blaser, juge fédéral au TFA, jusque dans les dernières phases du processus. Celui-ci commente la LPGA du point de vue de la jurisprudence.



Ulrich Meyer-Blaser
Juge fédéral au TFA, Lucerne
ulrich.meyer@evg.admin.ch

1. La LPGA – un compromis typiquement helvétique

Quiconque a suivi les travaux législatifs relatifs à la LPGA aura constaté que l'initiative parlementaire du 7 février 1985 de l'ancienne conseillère aux Etats Josi Meier a donné bien du fil à retordre au Parlement, aux commissions chargées de préparer le dossier ainsi qu'au Conseil fédéral en tant qu'organe directeur de l'administration fédérale. Les tribulations de la LPGA (voir la contribution de Regina Berger à la page 265 de ce bulletin) en sont la preuve. C'est étonnant si l'on pense que la LPGA est un instrument technique avant tout, qui n'a rien de bien révolutionnaire et ne se prête guère comme enjeu de l'Ordnungspolitik ou de la politique sociale. Mais il en fut autrement. Le projet de loi que le Conseil des Etats approuva le 25 septembre 1991 à l'attention du Conseil national, qui se basait sur le rapport de sa commission compétente, du 27 septembre 1990, et

qui reprenait largement l'initiative parlementaire et les travaux préparatoires de la Société suisse de droit des assurances (SSDA), était devenu pratiquement méconnaissable lorsque la petite chambre dut s'occuper une nouvelle fois du projet lors de la procédure d'élimination des divergences. Si l'on compare le texte de loi tel qu'il a été adopté lors du vote final, le 6 octobre 2000, avec celui du rapport et du projet de LPGA de la SSDA (Berne 1984) à la base de l'initiative parlementaire, on constate que des concessions substantielles ont été faites au fil des débats, qui sont en contradiction avec la nature et la fonction d'une partie générale.

2. Les points qui n'ont pas été réglementés

2.1. L'exclusion de la prévoyance professionnelle

Pendant les travaux de la sous-commission de la Commission du Conseil national pour la sécurité sociale et la santé (CSSS-N), il est apparu que la réalisation de la partie générale aurait été compromise si l'on avait maintenu le postulat initial d'y inclure toutes les branches des assurances sociales. Selon le droit en vigueur, la prévoyance professionnelle obligatoire et sur-obligatoire (art. 6, art. 49, al. 2, en rapport avec l'art. 73 LPP et art. 128 LOJ) fait sans conteste partie du système suisse des assurances sociales. On a cependant renoncé à l'intégrer dans la LPGA. Il existe néanmoins un renvoi à la LPGA dans le nouvel art. 34a LPP; selon l'al. 2 de cette disposition, en cas de concours des prestations LPP avec des prestations similaires d'autres assurances sociales, l'art. 66, al. 2 LPGA s'applique (coordination des droits aux rentes de l'AVS/AI, de l'assurance militaire ou l'assurance-accidents et des prestations LPP). En outre, l'art. 34a, al. 3 LPP dispose que les art. 70 et 71 LPGA sont applicables à la prise en charge provisoire des prestations. Sous cette réserve, la LPP est la seule loi d'assurance sociale au sens de l'art. 2 LPGA qui ne prévoit pas d'autres applications de la LPGA. C'est pourquoi le droit aux prestations de la LPP et singulièrement les conditions (p. ex. invalidité) donnant droit à des prestations (p. ex. rente invalidité) doivent être appliqués et interprétés *per se*, sans tenir compte des définitions des notions générales selon l'art. 3 ss LPGA (p. ex. invalidité; art. 8 LPGA) ou des dispositions générales sur les prestations en espèces selon l'art. 15 ss LPGA (p. ex. évaluation du taux d'invalidité; art. 16 LPGA). Nous reviendrons encore (chiffre 4) sur la question de savoir si et dans quelle mesure il

reste une marge d'interprétation harmonisante dans le domaine de la prévoyance professionnelle selon la LPP.

2.2. Renonciation à la priorité de la LPGA sur les lois spéciales

A la lecture de la LPGA, on ne perçoit pas à quelles branches des assurances sociales la partie générale s'applique. Au terme de longues discussions, on a renoncé à donner une énumération (exhaustive) des lois spéciales qui lui sont subordonnées de crainte que la LPGA ne devienne une sorte de «superloi». L'art. 2 LPGA sur le champ d'application de la loi et sur le rapport avec les lois spéciales des assurances sociales stipule textuellement que les dispositions de la LPGA s'appliquent aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Ainsi, la LPGA vient après les lois spéciales, en ce sens que son champ d'application matériel et intertemporel se réfère à l'état de la législation dans les différentes lois fédérales régissant les assurances sociales. Il faudra désormais en tenir compte à chaque révision de loi dans ce domaine. Comparée à des versions antérieures, la solution technique retenue pour l'art. 2 LPGA complique la mise en œuvre du droit: la LPGA ne peut pas être appliquée *per se*, mais doit toujours l'être moyennant une comparaison avec les dispositions pertinentes de la loi spéciale en question. Donc, pour reprendre l'exemple du droit à la rente d'invalidité, afin de savoir comment évaluer le taux d'invalidité d'un assuré, il faut, avant d'appliquer et d'interpréter la disposition correspondante de la LPGA (art. 16), répondre à la question de savoir si la loi spéciale (p. ex. la LAI) prévoit expressément que cette disposition est applicable (voir art. 1, al. 1 LAI en relation avec l'art. 28 LAI, dans lequel on a supprimé l'al. 2 sur la comparaison des revenus).

L'obstacle décrit ci-dessus n'est pas insurmontable, d'autant que la technique des renvois n'est pas une nouveauté pour le juriste. Cela dit, il serait souhaitable que l'OFAS publie une version texte de la LPGA, à l'instar des brochures de loi publiées par l'OFCL, qui donne pour chaque norme LPGA les articles correspondants des lois spéciales sous forme de notes de bas de page. Une telle présentation de la LPGA serait une aide fort utile, encore que non contraignante, pour l'application du droit.

2.3. Renonciation à certaines réglementations individuelles

Lors des délibérations de la CASS-N et de sa sous-commission, il n'a pas été possible d'arriver à un consensus sur certaines dispositions. Ont notamment subsisté des doutes sur les répercussions possibles de telle ou telle disposition de la LPGA dans le contexte d'une assurance sociale. Cela explique pourquoi l'on a

par exemple renoncé à des normes détaillées concernant le droit aux prestations en nature (traitement thérapeutique, caractère économique, droit des prestataires concernant le personnel médical, les établissements de santé et les tarifs) (voir aussi art. 14 LPGA) ou pourquoi certaines réglementations sur des objets précis ont été supprimées sans être remplacées, p. ex. celle concernant la compensation, dont les conditions et les limites sont restées controversées et qui sont donc demeurées du ressort des lois spéciales.

Là où la LPGA présente de telles lacunes, soit lorsqu'il manque une réglementation pertinente, il faudra chercher la réponse aux questions de droit directement dans la loi spéciale. En l'occurrence, le problème du rapport avec la LPGA ne se pose pas. L'autre question qui se pose (et sur laquelle l'absence d'une norme LPGA n'influe ni positivement ni négativement) est celle de savoir selon quelle règle ou selon quel principe de droit public ou privé il faut résoudre un problème juridique pour lequel la loi spéciale ne contient pas non plus de norme.

3. Les mérites de la LPGA

Conclure de ce qui précède que la LPGA a été vidée de sa substance au fil des délibérations serait faux. Le compromis n'est pas allé jusqu'à priver la LPGA de son caractère de partie générale.

3.1. Définition de notions générales

Pour toutes les branches des assurances sociales (à l'exception de la prévoyance professionnelle), la LPGA donne une définition légale des notions générales qui sont primordiales pour l'application du droit. Il s'agit de la maladie (art. 3 LPGA), de l'accident (art. 4 LPGA), de la maternité (art. 5 LPGA), de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA), de l'incapacité de gain (art. 7 LPGA), de l'invalidité (art. 8 LPGA), de l'impotence (art. 9 LPGA), du salarié (art. 10 LPGA), de l'employeur (art. 11 LPGA), de l'indépendant (art. 12 LPGA), du domicile et de la résidence habituelle (art. 13 LPGA). Ces définitions légales se caractérisent par un haut niveau de cohérence car elles reflètent, sous réserve de quelques changements rédactionnels, la situation juridique actuelle selon la législation et/ou la jurisprudence.

3.2. Dispositions générales concernant les prestations et les cotisations

La LPGA définit les prestations en nature des assurances sociales, de *facto* ou *de jure*, comme des prestations fournies ou remboursées par les différentes assurances sociales (art. 14 LPGA). Pour ce qui est des prestations en espèces (définies à l'art. 15 LPGA), la partie générale règle l'évaluation du taux d'invalidité du sala-

rié (art. 16 LPGA), la révision du taux d'invalidité et d'autres prestations durables suite à un changement des circonstances dont dépendait leur octroi depuis la décision d'octroi (art. 17 LPGA), le versement (art. 19 LPGA) et la garantie de l'utilisation conforme au but (art. 20 LPGA). Pour les assurances sociales octroyant des prestations en espèces qui sont fixées en pour-cent du revenu assuré, le Conseil fédéral est chargé de fixer leur montant maximum (art. 18 LPGA). L'art. 21 LPGA contient une réglementation conforme au droit international concernant la réduction et le refus des prestations (art. 21), lorsque l'assuré a aggravé le risque assuré ou en a provoqué la réalisation intentionnellement, ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit. Sont encore réglés de manière générale la garantie des prestations (art. 22 LPGA), la renonciation à des prestations (art. 23 LPGA), l'extinction du droit (art. 24 LPGA), la restitution des prestations (art. 25 LPGA) et l'obligation de payer des intérêts moratoires et rémunérateurs (art. 26 LPGA), qui est une des rares nouveautés matérielles par rapport au droit actuel.

3.3. Dispositions générales concernant la procédure

Le chapitre 4 sur les dispositions générales de procédure (art. 27 à 62 LPGA) est un élément central de la LPGA. Il règle les points essentiels pour la pratique quotidienne de l'application des assurances sociales. Mentionnons le devoir de renseigner et de conseiller (art. 27 LPGA), qui va plus loin que l'obligation d'informer, lacunaire, du droit en vigueur; le devoir de collaboration des assurés et de tiers (art. 28 LPGA), l'exercice du droit aux prestations (art. 29 LPGA) et l'obligation de renseigner en cas de modifications des circonstances (art. 31 LPGA). Du côté des autorités, il s'agit de la transmission obligatoire (art. 30 LPGA), de l'assistance administrative (art. 32 LPGA) et de l'obligation de garder le secret (art. 33 LPGA). Surtout, les art. 34 à 54 LPGA règlent de manière uniforme les points de procédure (procédure administrative) pour toutes les parties impliquées dans le domaine des assurances sociales, indépendamment de leur capacité juridique et d'action, de leur forme d'organisation, de leur degré d'autonomie, de leur statut de droit public ou privé, de leur assujettissement au droit fédéral ou cantonal. Relevons tout spécialement les dispositions sur les décisions (art. 49 LPGA) et la transaction (art. 50 LPGA); l'opposition (art. 52 LPGA) – la généralisation de l'opposition est une des principales nouveautés de la LPGA pour la jurisprudence vu l'effet filtre de la procédure; la reconsidération (lorsqu'une décision est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable) et la révision (en cas de nouveaux faits importants ou de nouveaux moyens de preuve) selon la jurisprudence actuelle (art. 53 LPGA). A relever encore la réglementation de l'applicabilité de la loi fédé-

rale sur la procédure administrative (LPA) à l'art. 55 LPGA. Selon son al. 1, la LPA régit les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou dans les dispositions des lois spéciales. La procédure devant une autorité fédérale (p. ex. l'OFAM) est régie par la LPA, sauf lorsqu'il s'agit de prestations, créances et injonctions relevant du droit des assurances sociales (art. 55, al. 2 LPGA).

Compte tenu du délai transitoire de cinq ans (art. 82, al. 2 LPGA), la troisième section du chapitre 4 marque une large uniformisation au niveau des institutions (art. 57 LPGA: devoir des cantons d'instituer une seule instance de recours pour les assurances sociales soumises à la LPGA) et des règles de procédure (art. 61 LPGA: la procédure devant le tribunal cantonal doit répondre à un certain nombre d'exigences minimum).

Par contre, la LPGA ne touche pas la procédure de recours de droit administratif devant le TFA, qui est réglé comme jusqu'ici aux art. 122ss de la loi fédérale d'organisation judiciaire (art. 62, al. 1 LPGA).

3.4. Règles de coordination et dispositions diverses

La LPGA règle la coordination des prestations (art. 63 à 71 LPGA) et la subrogation de l'assureur aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable jusqu'à concurrence des prestations légales (art. 72 à 75 LPGA). Parmi les différentes dispositions, mentionnons celle concernant la responsabilité des organismes de l'assurance sociale (art. 78 LPGA).

4. L'importance de la LPGA pour la jurisprudence

Elle réside surtout dans le fait que les tribunaux, et plus spécialement le TFA comme dernière instance, doivent respecter les décisions fondamentales prises par le législateur avec la promulgation de la LPGA. C'est le cas aussi bien pour les points que l'on a renoncé à régler (ch. 2 susmentionné) que pour les points qui sont régis par la LPGA (ch. 3 susmentionné). Pour la non-inclusion de la prévoyance professionnelle dans la partie générale, cela signifie notamment que la jurisprudence ne pourra pas, par le biais de l'interprétation, appliquer des normes de la LPGA à la prévoyance professionnelle obligatoire et surobligatoire. Il n'est donc possible de donner une interprétation harmonisante du droit de la prévoyance professionnelle que lorsque la LPP renvoie elle-même aux dispositions légales d'autres assurances sociales (régies par la LPGA) ou est en connexion avec elles (p. ex. 23ss LPP), ou alors lorsque des considérations de droit constitutionnel le commandent, mais alors seulement s'il n'existe pas de décision législative pertinente qui exclurait la correction de la norme commandée du point de vue du droit constitutionnel (art. 191 Cst.). En ce qui concerne les points repris dans la LPGA, il faut considérer que l'on se trouve – pour les tribunaux, selon l'article constitu-

tionnel mentionné – en présence d'une norme contraignante qui remplace une règle appliquée jusqu'ici sur la base de la jurisprudence. C'est notamment le cas pour la reconsidération et la révision (art. 53 LPGA), qui sont des créations de la jurisprudence. Une modification de la pratique du TFA dans ce contexte – jusqu'ici envisageable –, allant p. ex. dans le sens d'un alignement sur la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant la révocation d'une décision rendue, reposant sur une mise en balance des intérêts, est exclue après l'entrée en vigueur de la partie générale, parce que la LPGA, en tant que loi fédérale formelle, règle de manière contraignante la reconsidération de la décision pour le TFA. Il ne reste une certaine marge d'appréciation que pour l'interprétation des dispositions relatives à la révision et à la reconsidération (art. 53 LPGA).

Hormis ces prémisses spéciales en matière législative, la jurisprudence aura surtout comme tâche ces prochains mois de clarifier le rapport de technique juridique entre la LPGA et les réglementations matérielles des différentes lois spéciales des assurances sociales (art. 2 LPGA), ainsi que de fixer l'applicabilité intertemporelle de la LPGA (art. 82 LPGA) et la portée des dispositions ayant une nouvelle teneur juridique (p. ex. l'art. 50 concernant la transaction, l'art. 44 sur le recours à une expertise, l'art. 26 sur les intérêts moratoires et rémunérateurs). S'y ajoute le développement de la jurisprudence sur les normes LPGA concordant avec le droit actuel et la concrétisation des normes juridiques générales non contenues dans la LPGA. Finalement, la création de nouveaux principes de droit par le TFA dans le champ d'application de la LPGA n'est pas exclue.

La LPGA – quels bénéfices ?

L'élaboration de la LPGA a été particulièrement lente et fastidieuse. En cours d'exercice, on s'est interrogé à plusieurs reprises sur le bien-fondé du projet, allant jusqu'à douter qu'il aboutisse un jour. Maintenant que le but est atteint, il est particulièrement intéressant de s'interroger sur l'utilité de la nouvelle loi. L'avis de deux experts.



Heinz Allenspach
ancien conseiller national

Heinz Allenspach a fait partie du Conseil national de 1979 à 1995 comme représentant du Parti radical du canton de Zurich. Il a notamment présidé la commission du Conseil national pour la 10^e révision de l'AVS qui a préparé le passage au système du splitting. Il s'est occupé du projet de loi sur la LPGA en tant que premier président de la sous-commission LPGA. Instituée le 31 août 1994, la sous-commission a soumis son rapport avec ses propositions le 1^{er} novembre 1995. Après son départ du Conseil national, Heinz Allenspach a continué d'assister le Parlement en tant qu'expert externe.

Quel est le principal mérite de la LPGA ?

Une loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales est-elle nécessaire ou, du moins, utile ? Pendant les débats parlementaires sur le projet de LPGA, qui ont duré plus de dix ans, la question n'a en fait jamais reçu de réponse claire. Le manque d'enthousiasme qui a caractérisé le traitement des différentes variantes ne surprend donc guère ; il a même été question parfois de tout arrêter.

Les participants étaient d'accord sur un point : une partie générale du droit des assurances sociales ne devait pas entraîner de changements matériels dans le système de la sécurité sociale. Une harmonisation matérielle n'était pas visée, elle n'aurait d'ailleurs pas été faisable sur le plan politique.

A mon avis, le principal mérite de la LPGA est d'avoir fait reconnaître au législateur que les différentes assurances sociales sont reliées entre elles, qu'elles forment les éléments d'un système global de la sécurité sociale en Suisse. Bien sûr, elles ont des objectifs différents, couvrent des risques différents et fournissent des prestations différentes ; elles ont été élaborées au fil de plusieurs décennies, dans des contextes sociaux et politiques différents, et sont ainsi, chacune, marquées par l'esprit de leur temps. Jusque-là, le politique avait considéré chaque branche comme une entité distincte, le plus souvent sans tenir compte des autres branches. La LPGA servira désormais de trait d'union.

Avec la LPGA, le législateur pourra comme par le passé aménager les lois individuelles de manière flexible, mais il ne pourra plus inconsidérément introduire des différences formelles entre elles. Le système des assurances sociales sera donc plus transparent et plus cohérent. Il doit cependant demeurer différencié, car un système totalement uniforme serait inopérant des points de vue économique et social.

Dans quelle mesure la LPGA est-elle utile pour l'assuré ?

La LPGA apporte une harmonisation formelle. Elle ne fera ni augmenter les indemnités journalières et les rentes ni baisser les cotisations. Ceux qui attendent de nouvelles normes juridiques qu'elles se traduisent par un gain matériel ne manqueront pas d'être déçus par la LPGA.

La nouvelle loi vise principalement à unifier l'exécution dans le domaine des assurances sociales. Elle est donc utile surtout pour les instances chargées de l'application, mais les assurés en profiteront indirectement.

Pendant longtemps, on s'est peu soucié des points de convergence entre les différentes branches des assurances sociales. La LPGA essaie d'apporter davantage de clarté et de transparence. Pour les assurés, il en résulte une plus grande sécurité du droit.

Pourquoi le Parlement a-t-il opté pour une version «light» de la LPGA ?

Les commissions parlementaires ont étudié plusieurs versions. Une première version partait d'une priorité absolue des normes LPGA. Dans ce projet, le principe de la dérogation devait s'appliquer non seulement aux normes légales individuelles valables lors de l'entrée en vigueur de la LPGA, mais aussi aux normes futures. En l'espèce, des dérogations à la LPGA n'auraient été admises que dans les lois individuelles si la LPGA avait prévu des dispositions spéciales pour des domaines explicitement nommés. Une autre version partait aussi d'une LPGA ayant une large portée, sans le principe de dérogation toutefois, mais proposait de supprimer des lois individuelles les domaines réglés dans la LPGA. En l'occurrence, les lois spéciales sur les assurances sociales n'auraient plus inclus que les domaines non régis par la LPGA. Chaque assurance sociale aurait été réglée par deux lois indépendantes, la LPGA et la loi spéciale. Une troisième version comportait une loi d'harmonisation. Celle-ci aurait contenu tous les changements nécessaires dans les lois individuelles, changements qui auraient été mis en œuvre dans ces lois avec l'entrée en vigueur de la loi d'harmonisation.

Au terme de longues délibérations, les commissions ont rejeté ces versions pour de bonnes raisons. Pour faire malgré tout aboutir les travaux, il était nécessaire de se concentrer sur les dispositions de la LPGA qui n'étaient pas controversées. En outre, il a été décidé de laisser les organes d'exécution des lois individuelles déterminer si et dans quelle mesure les règles de la «LPGA light» devaient s'appliquer aux différentes branches. La voie était ainsi libre pour une acceptation quasi unanime de la LPGA au Parlement.

Quels sont les points de la «LPGA light» qui plaident encore contre une inclusion de la LPP ?

La prévoyance professionnelle est une assurance sociale d'un type particulier. Les partenaires sociaux impliqués ont une grande marge de manœuvre. Sans ce partenariat social et cette liberté d'aménagement, le 2^e pilier n'aurait jamais pu se développer de manière aussi efficace. Il ne serait pas raisonnable, politiquement et socialement parlant, de vouloir intégrer la LPP de force dans le cadre plus rigide des autres assurances sociales.

Au cas où la reprise de certaines dispositions de la LPGA dans la LPP s'avérerait utile, il ne serait pas in-

terdit au Parlement de les introduire explicitement dans la LPP. Un renvoi à la LPGA ne serait pas nécessaire.

La LPGA facilite-t-elle la tâche des organes d'exécution et des assurés, ou la rend-elle en fin de compte plus difficile ?

La LPGA a pour but premier d'harmoniser l'exécution des différentes assurances sociales, mais aussi, en même temps, de clarifier les liens entre les lois spéciales. Il en résulte à la fois une simplification et une complication, car une harmonisation doit forcément passer par une certaine formalisation. Mais après une phase d'adaptation aux nouvelles prescriptions, les avantages domineront sans doute nettement, en particulier pour les organes d'exécution. Une application simplifiée a également des effets positifs pour les assurés.

Pour les assurés en quête d'information, la version LPGA retenue est décisive. Ils doivent avoir la garantie de ne devoir consulter à chaque fois qu'une seule loi, la LAVS pour les questions d'AVS, la LAA pour les questions d'accidents professionnels, etc. C'est la seule façon de leur donner confiance dans le droit des assurances sociales. Si cette condition n'était pas remplie, les assurés auraient du fil à retordre.

Quels points pourrait-on encore harmoniser à l'avenir ?

Ce n'est qu'au terme d'un processus de maturation de plus de dix ans que la LPGA a été approuvée par les deux chambres. Il s'agit d'un ouvrage de loi singulier qui doit désormais faire ses preuves dans la pratique. Si l'on se met à spéculer dès aujourd'hui sur les points que l'on pourrait encore régler avec la LPGA, on risque de susciter de nouvelles hésitations et de compromettre l'acceptation des normes actuelles.

La LPGA couvre les domaines de coordination qui n'étaient pas contestés politiquement, ce pourquoi elle n'est pas exhaustive. Chaque élargissement entraînerait de nouveaux débats politiques; plus on veut aller loin avec l'harmonisation, plus il sera difficile de trouver un consensus politique. Il serait sage de se concentrer d'abord quelques années sur l'application de ce que l'on a. L'ouvrage ne devrait être remis sur le métier que si les organes d'exécution, les assurés et les assureurs le désirent tous. La LPGA doit continuer de reposer sur un consensus et avoir le soutien de la base.



Hans-Rudolf Müller
Association Suisse d'Assurances

Hans-Rudolf Müller est membre de la Commission droit et politique sociale du comité maladie/accident de l'Association Suisse d'Assurances. Il a suivi les travaux de la LPGa en qualité d'expert. Dans sa fonction principale, il est membre de la direction de Winterthur Assurances et directeur de la division droit et politique sociale.

Quel est le principal mérite de la LPGa ?

Même si la LPGa n'atteint pas l'objectif initial – quand même par trop ambitieux – d'harmoniser les assurances sociales sur le plan matériel, elle n'en contribue pas moins à les coordonner et à les simplifier. Elle introduit de nombreuses nouveautés utiles sans remettre en cause les structures actuelles. Par exemple, elle définit clairement les principales notions employées dans toutes les branches des assurances sociales; elle règle pour la première fois divers problèmes de coordination en établissant précisément dans quel ordre les différentes assurances sociales doivent apporter des prestations; l'interdiction de la surindemnisation est reconnue comme un principe général; de nombreuses prescriptions de procédure contribuent à rendre l'exécution plus transparente et plus simple. En outre, il est tenu compte de la vaste jurisprudence en matière d'assurances sociales, qui est désormais codifiée au niveau de la loi sur différentes questions. Enfin, la LPGa sert de ligne directrice pour la future législation en matière d'assurances sociales; elle oblige le législateur à porter une attention accrue aux interdépendances.

Pourquoi le Parlement a-t-il opté pour une version «light» de la LPGa ?

Le projet de loi initial a été critiqué principalement pour deux raisons. D'abord pour la technique des renvois. Etant donné la réglementation du rapport entre les dispositions générales de la LPGa et les dispositions spécifiques des lois individuelles, la LPGa aurait, sinon en théorie du moins en pratique, occupé une position

spéciale dans la hiérarchie du droit, ce qui aurait été très discutable des points de vue constitutionnel et de la technique législative. Il en serait résulté une réduction sensible de la sécurité du droit et de la transparence, ce qui est à l'exact opposé de la finalité même de la LPGa. La multiplication des dispositions aux niveaux de la loi et de l'ordonnance ainsi que les innombrables renvois et contre-renvois, en partie incomplets et insuffisants, auraient semé la confusion. Rien qu'en consultant le catalogue des prestations de l'assurance-maladie obligatoire, l'assuré en quête d'information aurait assurément perdu le nord dans cette partie de ping-pong entre la LPGa et la LAMal et ses ordonnances. La technique de renvoi finalement retenue n'accorde plus la priorité à la LPGa, excluant ainsi le danger de dispositions contradictoires et donnant des aides à l'interprétation.

Le deuxième point critiqué du projet initial est qu'il comprenait, hormis des changements de forme et quelques petites modifications de fond dans les lois individuelles, plusieurs changements matériels ayant de grandes conséquences financières, en partie imprévisibles. Mentionnons à titre d'exemples le relèvement de la limite de surindemnisation, la limitation de l'obligation de restituer les prestations indûment touchées et la perception généralisée de cotisations sur les indemnités journalières.

Quels sont les points de la «LPGA light» qui plaident encore contre une inclusion de la LPP ?

La prévoyance professionnelle est un élément essentiel du système de sécurité sociale en Suisse. Mais les relations juridiques entre les institutions de prévoyance, pour la plupart de droit privé, les employeurs et les assurés sont réglées par contrat. Avec son organisation de droit privé, la prévoyance professionnelle ne suit pas toujours la logique du droit public. Pour donner un exemple: contrairement aux assurances sociales, les institutions de prévoyance ne peuvent pas rendre de décisions susceptibles de recours, ce qui fait que leurs voies de droit se différencient substantiellement de celles des autres branches des assurances sociales. Si l'on voulait intégrer la LPP dans la LPGa, il faudrait prévoir d'innombrables dispositions d'exception pour ne pas changer le caractère ni la structure de la prévoyance professionnelle. Il n'en résulterait aucun avantage, ni pour les assurés ni pour les organes chargés de l'application, bien au contraire. De plus, si la Suisse se rapprochait encore davantage de l'UE, les institutions de prévoyance suisses devraient s'adapter aux directives de l'UE en matière d'assurances sociales, alors que des lignes directrices concernant les caisses de pension s'appliquent dans les Etats membres de l'UE aux institu-

tions similaires, dont les institutions des assurances sociales sont exclues.

La LPGA facilite-t-elle la tâche des organes d'exécution et des assurés, ou la rend-elle en fin de compte plus difficile ?

Si l'on oublie un instant l'aspect de la simplicité d'emploi pour les utilisateurs, qui ne sera pas forcément améliorée avec une nouvelle loi et son ordonnance (même assez réduite), la LPGA devrait à moyen terme amener des simplifications au niveau de l'exécution. Mentionnons la définition unifiée des notions déterminantes, la réglementation claire de la collaboration des assurés et le règlement uniforme des délais et des recours. Pendant une phase de transition, il faut cependant s'attendre, selon la branche concernée, à un surplus de travail administratif avec des coûts correspondants, et accepter un certain flou en ce qui concerne la future jurisprudence.

L'association des assureurs privés fait-elle des efforts particuliers pour mettre en œuvre le devoir de renseigner et de conseiller inscrit dans la LPGA (art. 27) ?

L'art. 27 inscrit pour la première fois au niveau de la loi le devoir de renseigner et de conseiller. A noter que ce n'est pas une nouveauté pour les assureurs ; la loi sur l'assurance-accidents prévoit déjà au niveau de l'ordonnance l'obligation d'informer pour les assureurs et pour les employeurs. Ce devoir incombe non pas à l'association, mais aux assureurs individuels. Cela dit, la directive donnée par les assureurs sur l'assurance obligatoire a été élaborée au niveau de l'association, de même qu'une circulaire d'information concernant les effets de l'Accord sur la libre circulation entre la Suisse et l'UE pour l'assurance-accidents. Les assureurs remplissent

aujourd'hui déjà leur devoir d'informer par le biais de brochures, de circulaires, de directives et d'articles thématiques publiés dans de nombreuses revues. Comme les assureurs ne connaissent pas les personnes assurées dans le cadre de contrats collectifs, ils sont tributaires de l'aide des employeurs pour la diffusion d'informations générales. Cette façon de procéder diffère du devoir de fournir gratuitement des conseils, qui correspond à la pratique actuelle et n'est donc pas nouvelle pour les assureurs.

Quels points pourrait-on encore harmoniser à l'avenir (p. ex. les indemnités journalières) ?

La LPGA a eu une naissance particulièrement difficile. Elle représente un compromis politique obtenu de haute lutte. Le législateur devra certainement faire de nouveaux efforts pour simplifier le réseau dense que constituent les normes juridiques relatives aux assurances sociales, afin d'améliorer l'efficacité du système de la sécurité sociale ; mais il ne faudrait pas pour autant exiger une révision de la LPGA avant même que celle-ci entre en vigueur. Pour ce qui concerne la renonciation à une coordination en matière d'indemnités journalières, retenons qu'il ne s'agit pas seulement d'un élément du compromis «LPGA light». Vu la complexité de la matière, on n'a simplement pas réussi à trouver une solution satisfaisante pour toutes les parties. Toutes les variantes étudiées auraient induit de nouvelles incertitudes juridiques et, de surcroît, sans qu'il en résulte la moindre amélioration pour les assurés. La coordination ne doit pas être une fin en soi. Il faut aussi avoir le courage de garder une réglementation qui fonctionne et qui a fait ses preuves. Ceux qui réclament aujourd'hui déjà des changements substantiels ne se soucient ni de coordination, ni de transparence, encore moins d'une plus grande sécurité du droit ; ils visent tout simplement une amélioration de la couverture sociale.

Les auteurs des articles

Beck Peter, avocat, chef du secteur Recours AVS/AI, domaine Vieillesse et survivants, OFAS

Berger Hadorn Regina, licenciée en droit, état-major du domaine Vieillesse et survivants

Gress Stefan, chargé de cours de gestion et d'économie de la santé, Université de Greifswald, Allemagne, gress@uni-greifswald.de

Kocher Ralf, avocat, projet Legislation, domaine Assurance-maladie et accident, OFAS

Krummenacher Jürg, président de la Commission fédérale de coordination pour les questions familiales (COFF) et directeur de Caritas Suisse, Lucerne

Meyer-Blaser Ulrich, Pr D^r, juge fédéral au Tribunal fédéral des assurances (TFA), Lucerne

Schlegel Peter, D^r en droit, avocat, chef du secteur Accident, OFAS

Schneider Sandra, licenciée en droit, cheffe de l'unité Tarifs et fournisseurs de prestations, domaine Assurance-maladie et accident, OFAS

Wasem Jürgen, professeur ordinaire de gestion et d'économie de la santé, Université de Greifswald, Allemagne, wasem@uni-greifswald.de

Impressum

Editeur	Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
Rédaction	René A. Meier, rédacteur RP E-mail: rene.meier@bsv.admin.ch Téléphone 031 322 91 43 La rédaction ne partage pas forcément les opinions des auteurs extérieurs à l'OFAS
Commission de rédaction	Adelaide Bigovic-Balzardi, Jürg Blatter, Jean-Marie Bouverat, Géraldine Luisier Rurangirwa, Claudine Marcuard, Stefan Müller, Christian Sieber, Jacoba Teygeler
Abonnements et informations	Office fédéral des assurances sociales Effingerstrasse 20, Berne Téléphone 031 322 90 11 Téléfax 031 322 78 41 www.ofas.admin.ch
Traduction	Service linguistique de l'OFAS
Copyright	Reproduction autorisée avec l'accord de la rédaction
Tirage	Version allemande: 6600 ex. Version française: 2600 ex.
Prix	Abonnement annuel (6 numéros): Suisse: 53 francs (TVA incluse) Etranger: 58 francs Prix du numéro: 9 francs
Diffuson	OFCL, Diffusion publications 3003 Berne
Impression	Cavelti AG, Druck und Media Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2689

Sécurité sociale (CHSS)

La revue, lancée en 1993, paraît 6 fois par an. Chaque numéro contient un dossier sur un thème d'actualité. Les dossiers publiés de 2000 à 2002 :

- N° 1/00 Le projet de 11^e révision de l'AVS du Conseil fédéral
- N° 2/00 De l'indemnité pour impotence à l'allocation d'assistance
- N° 3/00 Le néolibéralisme et l'Etat social
- N° 4/00 Coup d'envoi de la 4^e révision de l'AI
- N° 5/00 La surveillance exercée dans le domaine des assurances sociales est-elle une garantie d'efficacité et de sécurité ?
- N° 6/00 Perspectives de l'Etat social au seuil du XXI^e siècle
- N° 1/01 Que coûte l'application des assurances sociales ?
- N° 2/01 Formation des tarifs dans le système de santé suisse
- N° 3/01 La situation des working poor dans l'Etat social suisse
- N° 4/01 Vers une autre répartition des charges familiales ?
- N° 5/01 Les personnes âgées : une génération d'avenir
- N° 6/01 Les médicaments nous coûtent-ils trop cher ?
- N° 1/02 La LAMal a six ans – synthèse de l'analyse des effets
- N° 2/02 Les effets des Accords bilatéraux avec l'Union européenne sur les assurances sociales suisses
- N° 3/02 Les villes et la politique sociale
- N° 4/02 Optimiser la collaboration interinstitutionnelle entre l'AI, l'AC et l'aide sociale
- N° 5/02 La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales à la veille de son introduction

Les articles des dossiers de *Sécurité sociale* sont accessibles sur Internet à l'adresse suivante : www.ofas.admin.ch (à partir de CHSS 3/1999).

Prix au numéro: 9 francs. Prix des numéros parus entre 1993 et 2000: 5 francs (les numéros 1/1999 et 3/1995 sont épuisés). Prix de l'abonnement annuel: 53 francs (TVA incluse).

Commande : **Office fédéral des assurances sociales, CHSS, 3003 Berne, tél. 031 322 90 11, fax 031 322 78 41, e-mail: info@bsv.admin.ch**

Nouvelles publications

	Source N° de commande Langues, prix
Dépliant «Assurances sociales en Suisse», édition 2002	OFCL ¹ 318.001 df
Statistique de l'AVS 2002	OFCL ¹ 318.123 f/d Fr. 9.70
Statistique de l'AI 2002	OFCL ¹ 318.124.01 d 318.124.02 f Fr. 15.20

¹ OFCL, Diffusion publications, 3003 Berne, fax 031 325 50 58; e-mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch; Internet: www.bbl.admin.ch/bundespublikationen/f/.