

**Initiative parlementaire**  
**Partie générale du droit des assurances sociales**

**Rapport de la Commission du Conseil des Etats**

du 27 septembre 1990

---

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs,

Conformément à l'article 21<sup>quater</sup> de la loi sur les rapports entre les conseils (RS 171.11), la commission vous soumet son rapport et le transmet simultanément au Conseil fédéral pour prise de position.

**Proposition**

La commission propose d'approuver le projet de loi sur la partie générale du droit des assurances sociales.

**Annexes**

- 1 Projet de loi
- 2 Rapport explicatif de la commission

27 septembre 1990

Au nom de la commission:  
Le président, Zimmerli

# Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)

Projet

du

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*

vu les articles 18, 2<sup>e</sup> alinéa, 22<sup>bis</sup>, 6<sup>e</sup> alinéa, 34<sup>bis</sup>, 34<sup>ter</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa, lettres a, d et e, 34<sup>quater</sup> et 34<sup>novies</sup> de la constitution;

vu l'article 11, 1<sup>er</sup> alinéa, des dispositions transitoires de la constitution;

vu une initiative parlementaire;

vu le rapport d'une commission du Conseil des Etats du 27 septembre 1990<sup>1)</sup>;

vu l'avis du Conseil fédéral du 17 avril 1991<sup>2)</sup>,

*arrête:*

## Chapitre premier: Champ d'application

### Article premier Dispositions communes

La présente loi constitue la partie générale de la législation fédérale concernant:

- a. L'assurance-maladie<sup>3)</sup>;
- b. L'assurance-accidents<sup>4)</sup>;
- c. L'assurance militaire<sup>5)</sup>;
- d. L'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité<sup>6)</sup>;
- e. Le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes servant dans l'armée ou dans la protection civile<sup>7)</sup>;
- f. L'assurance-vieillesse et survivants<sup>8)</sup>;
- g. L'assurance-invalidité<sup>9)</sup>;
- h. Les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité<sup>10)</sup>.

### Art. 2 Rapports entre la partie générale et les lois particulières sur les assurances sociales

<sup>1</sup> Les dispositions de la partie générale ont la priorité sur les dispositions spéciales des lois particulières pour autant qu'elles n'aient pas été expressément réservées dans la présente loi. Elles sont applicables dans les divers domaines des assurances sociales de la même façon que chaque loi particulière à ces domaines.

<sup>1)</sup> FF 1991 II 181

<sup>2)</sup> FF . . .

<sup>3)</sup> RS 832.10

<sup>4)</sup> RS 832.20

<sup>5)</sup> RS 833.1

<sup>6)</sup> RS 837.0

<sup>7)</sup> RS 834.1

<sup>8)</sup> RS 831.10

<sup>9)</sup> RS 831.20

<sup>10)</sup> RS 831.30

<sup>2</sup> L'organisation et les compétences des assureurs et des organes d'exécution sont réglées dans chacune des lois d'assurance sociale.

<sup>3</sup> Les dispositions d'exécution de cette loi valent en général pour les branches d'assurances sociales mentionnées à l'article premier et sont applicables de la même manière que celles des ordonnances déterminantes.

## **Chapitre 2: Définitions de notions générales**

### **Section 1: Domaine des prestations**

#### **Art. 3 Maladie**

<sup>1</sup> Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

<sup>2</sup> Les infirmités congénitales sont assimilées aux maladies. La législation sur l'assurance-invalidité<sup>1)</sup> désigne les infirmités congénitales dont le traitement est pris en charge par cette assurance.

#### **Art. 4 Accident**

<sup>1</sup> Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet temporairement ou de manière permanente la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort.

<sup>2</sup> La législation sur l'assurance-accidents<sup>2)</sup> désigne les autres lésions corporelles et les maladies professionnelles assimilées aux accidents. La définition s'applique également aux autres branches des assurances sociales.

#### **Art. 5 Maternité**

La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier.

#### **Art. 6 Incapacité de travail**

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans son domaine professionnel ou d'activité un travail qui peut être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, un tel travail peut aussi relever d'un autre domaine professionnel ou d'activité.

<sup>1)</sup> RS 831.20

<sup>2)</sup> RS 832.20

**Art. 7 Incapacité de gain**

Est réputée incapacité de gain toute diminution, consécutive à une atteinte à la santé physique ou mentale et qui persiste après l'application des mesures de traitement et de réadaptation exigibles de l'assuré, des possibilités de gain sur le marché équilibré du travail entrant en ligne de compte.

**Art. 8 Invalidité**

<sup>1</sup> Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée.

<sup>2</sup> Les assurés mineurs non actifs sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique ou mentale qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle.

<sup>3</sup> Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont on ne saurait exiger qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte à la santé les empêche d'accomplir leurs travaux habituels.

**Art. 9 Impotence**

Est réputée impotente la personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes ordinaires de la vie.

**Section 2: Domaine de l'assurance et des cotisations**

**Art. 10 Salarié**

<sup>1</sup> Est réputé salarié celui qui reçoit une rémunération pour un travail dépendant fourni pour un temps déterminé ou indéterminé.

<sup>2</sup> Le Conseil décide si et pour quels motifs il faut considérer comme salariés les personnes rétribuées ou non dont le statut est spécial, tels que les apprentis, stagiaires, travailleurs à domicile et membres de la famille.

<sup>3</sup> Sont réservées les dispositions des diverses lois d'assurances sociales qui, dans leur domaine, considèrent d'autres personnes encore comme salariés ou qui excluent de l'assurance certains groupes de salariés en les libérant de l'obligation de cotiser.

**Art. 11 Employeur**

Est réputé employeur celui qui occupe des salariés.

**Art. 12 Personnes exerçant une activité lucrative indépendante**

<sup>1</sup> Est considéré comme exerçant une activité lucrative indépendante celui dont le revenu ne provient pas de l'exercice d'une activité en tant que salarié.

<sup>2</sup> Une personne exerçant une activité lucrative indépendante peut simultanément avoir la qualité de salarié si elle reçoit une rémunération pour un travail dépendant.

### **Art. 13 Domicile et résidence habituelle**

<sup>1</sup> Le domicile d'une personne est déterminé selon les dispositions des articles 23 à 26 du code civil suisse<sup>1)</sup>.

<sup>2</sup> Une personne est réputée séjourner habituellement au lieu où elle réside pendant un certain temps même si la durée de ce séjour est d'emblée limitée.

## **Chapitre 3:**

### **Dispositions générales concernant les prestations et les cotisations**

#### **Section 1: Prestations en nature**

### **Art. 14 Généralités**

<sup>1</sup> Constituent des prestations en nature notamment les soins médico-pharmaceutiques, les moyens auxiliaires, les mesures individuelles de prévention et de réadaptation, les frais de transport et les prestations analogues qui sont fournis ou remboursés par les différentes assurances sociales.

<sup>2</sup> Ne sont pas considérées comme prestations en nature, au sens de cette loi, les mesures préventives de l'assurance-chômage.

### **Art. 15 Traitement médical**

<sup>1</sup> Les traitements médicaux garantis dans les différentes branches des assurances sociales comprennent notamment l'examen médical et le traitement ambulatoires ou hospitaliers, y compris les médicaments, les analyses et les moyens et appareils servant à la thérapie.

<sup>2</sup> Doivent être employés pour les examens et les traitements des moyens et des méthodes dont l'efficacité est prouvée et qui permettent d'atteindre le but visé de façon adéquate et économique. Après avoir entendu les diverses commissions de spécialistes qu'il a constituées, le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions pour tous les domaines d'assurances sociales autorisant des moyens et méthodes de traitement nouveaux ou controversés.

<sup>3</sup> Les lois d'assurances sociales énumèrent les prestations de façon détaillée. Elles précisent spécialement si et dans quelle mesure la nourriture et le logement font partie du traitement hospitalier et quelles prestations sont prises pour le traitement dentaire, les soins à domicile, les cures balnéaires ou de convalescence.

<sup>1)</sup> RS 210

**Art. 16** Traitement économique

Quiconque fournit des prestations en nature pour le compte de l'assurance sociale, notamment en examinant ou soignant des assurés, leur prescrivant ou leur remettant des médicaments ou moyens thérapeutiques, ordonnant ou faisant un traitement ou des analyses, doit se limiter à ce qu'exige le but recherché. Les prestations dépassant ces limites ne sont pas prises en charge. La restitution de versements indus pourra être exigée.

**Art. 17** Personnes exerçant une activité dans le domaine médical; qualifications

<sup>1</sup> Sont réputés médecins, dentistes ou pharmaciens, les personnes qui possèdent un diplôme fédéral et qui peuvent justifier d'une formation continue reconnue par le Conseil fédéral. Leur sont assimilées les personnes autorisées par un canton, sur la base d'un certificat de capacité scientifique, à exercer la profession de médecin, de dentiste ou de pharmacien. Les médecins porteurs d'un diplôme fédéral et autorisés par un canton à dispenser des médicaments sont assimilés aux pharmaciens privés porteurs d'un diplôme fédéral dans les limites de l'autorisation cantonale.

<sup>2</sup> Sont réputées chiropraticiens les personnes autorisées par un canton à exercer la chiropratique en vertu d'un certificat de capacité obtenu grâce à une formation professionnelle spéciale et reconnue par le Conseil fédéral.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral, après avoir entendu les cantons et les organisations intéressées, édicte des prescriptions concernant l'autorisation donnée au personnel paramédical, aux sages-femmes, aux personnes dispensant des soins à domicile et aux laboratoires de fournir des prestations aux frais des assurances sociales qui assument les traitements médicaux.

**Art. 18** Etablissements hospitaliers ou de cure

<sup>1</sup> Sont réputés établissements hospitaliers les établissements ou leurs divisions qui dispensent un traitement hospitalier ou ambulatoire garantissant une assistance médicale suffisante et disposent du personnel spécialement formé et d'installations médicales appropriées.

<sup>2</sup> Sont réputées établissements de cure ou balnéaires, les institutions destinées au traitement complémentaire et à la réadaptation qui garantissent une assistance médicale suffisante, disposent du personnel spécialement formé ainsi que des installations médicales appropriées.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral, après avoir recueilli l'avis des cantons, peut édicter des prescriptions concernant l'autorisation donnée aux établissements hospitaliers et de cure à fournir des prestations pour les assurances sociales. Les cantons dressent des listes des établissements hospitaliers et de cure reconnus sur leur territoire.

### **Art. 19 Tarifs médicaux**

<sup>1</sup> Les assureurs sociaux qui prennent à leur charge les traitements médicaux constituent une commission chargée de fixer pour toutes les branches concernées et pour toute la Suisse avec les personnes exerçant une activité dans le domaine médical, ainsi qu'avec les établissements hospitaliers et de cure, la structure des tarifs et notamment la valeur relative des prestations. Les conventions qui en résultent doivent être approuvées par le Conseil fédéral. En l'absence d'une convention, celui-ci peut fixer la structure de tarifs ainsi que des taxes maximales et indicatives pour le remboursement des frais. Le règlement du remboursement s'effectue conformément aux règles indiquées dans les diverses lois des assurances sociales.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral, après avoir consulté des commissions de spécialistes constituées par ses soins, désigne les médicaments, les analyses et les moyens et appareils thérapeutiques que les assurances sociales doivent prendre à leur charge et fixe les tarifs ou les maxima et minima pour le remboursement des frais. Il peut déterminer si et à quelles conditions les assurances sociales peuvent se charger d'autres prestations du même genre. Il peut confier cette tâche au Département fédéral de l'intérieur ou à l'office fédéral des assurances sociales.

### **Art. 20 Tarifs pour d'autres prestations en nature**

Les assureurs sociaux qui prennent en charge d'autres prestations en nature, telles que moyens auxiliaires, frais de transport ou soins médicaux à domicile, doivent fixer en commun les éventuelles conventions tarifaires nécessaires. L'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, s'applique par analogie.

## **Section 2: Prestations en espèces**

### **Art. 21 Généralités**

Les prestations en espèces comprennent, en particulier, les indemnités journalières, les rentes, les allocations pour impotents et leurs compléments; elles n'englobent pas le remplacement d'une prestation en nature à la charge de l'assurance.

### **Art. 22 Degré d'incapacité de travail et d'invalidité**

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral veille à une évaluation uniforme de l'incapacité de travail dans les différentes branches des assurances sociales et règle les modalités de l'attestation de celle-ci.

<sup>2</sup> Pour l'évaluation du degré d'invalidité, le revenu que l'assuré devenu invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui après traitement médical et exécution éventuelle de mesures de réadaptation, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. Les différentes lois sur les

assurances sociales règlent l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux, notamment pour les assurés qui n'exercent qu'une activité lucrative partielle, ainsi que pour ceux qui n'exercent pas ou pas encore d'activité lucrative.

#### **Art. 23 Révision de la rente d'invalidité**

Si le degré d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, pour l'avenir, augmentée ou réduite proportionnellement, voire supprimée. Les lois spéciales sur les assurances sociales règlent la procédure et peuvent restreindre les possibilités de révision, notamment lorsqu'il s'agit de bénéficiaires âgés.

#### **Art. 24 Gain déterminant**

Pour les branches des assurances sociales qui allouent des prestations en espèces fixées en pour cent du gain, le Conseil fédéral fixe le montant maximum du gain déterminant. L'article 28, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, est applicable.

#### **Art. 25 Versement de prestations en espèces**

<sup>1</sup> Dans la règle, les prestations périodiques en espèces sont payées mensuellement.

<sup>2</sup> Les indemnités journalières et les prestations analogues sont versées à l'employeur dans la mesure où il continue à verser un salaire à l'assuré malgré son droit à des indemnités journalières.

<sup>3</sup> Les rentes et allocations pour impotents sont toujours payées pour le mois civil entier. Une prestation qui en remplace une autre antérieure est versée seulement pour le mois suivant.

#### **Art. 26 Garantie de l'utilisation conforme au but**

<sup>1</sup> Lorsque le bénéficiaire n'utilise pas les prestations en espèces pour son entretien et celui des personnes dont il a la charge, ou s'il est prouvé qu'il n'est pas en mesure de les utiliser à cet effet, et si, de ce fait, lui-même et les personnes dont il a la charge dépendent de l'assistance publique ou privée, l'assureur peut verser tout ou partie de ces prestations à un tiers qualifié ou à une autorité ayant une obligation légale ou morale d'entretien à l'égard du bénéficiaire, ou qui l'assiste en permanence.

<sup>2</sup> Les prestations versées à un tiers ou à une autorité ne peuvent pas être compensées par ce tiers ou cette autorité avec des créances contre l'ayant droit.

### **Section 3: Réduction et refus de prestations**

#### **Art. 27**

<sup>1</sup> Si l'assuré a intentionnellement ou en commettant un crime ou un délit, provoqué ou aggravé le risque assuré, les prestations sont temporairement ou définitivement réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées.

<sup>2</sup> Les prestations dues aux proches ou aux survivants de l'assuré ne sont réduites ou refusées que si ceux-ci ont intentionnellement ou en commettant un crime ou un délit, provoqué la réalisation du risque. Dans les branches des assurances sociales ne prévoyant pas de prestations particulières en faveur des proches, la moitié des prestations non réduites est censée correspondre à des prestations en faveur de proches, lorsque l'assuré a une obligation d'entretien.

<sup>3</sup> Les prestations peuvent être refusées, réduites ou supprimées temporairement ou définitivement si l'assuré, malgré une mise en demeure, se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion dans la vie professionnelle raisonnablement exigible et dont on peut attendre une amélioration notable de sa capacité de travail ou une nouvelle possibilité de gain. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

<sup>4</sup> Demeurent réservées:

- a. Les réductions plus importantes de prestations prévues dans les lois particulières dans les cas où l'assuré a intentionnellement provoqué le cas d'assurance, s'est exposé à des dangers ou à des risques extraordinaires ou a enfreint des dispositions de prévention des accidents ou des maladies professionnelles.
- b. Les exceptions, prévues dans les différentes lois sur les assurances sociales, aux règles réduisant les prestations pour impotents, invalides en réadaptation, nécessiteux ou pour assurés qui se sont exposés à un danger pour des motifs dignes d'intérêt.
- c. Les dispositions de la loi fédérale du 25 juin 1982<sup>1)</sup> sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI) concernant la réduction et le refus de prestations.

## Section 4: Salaire déterminant

### Art. 28

<sup>1</sup> Est considéré comme salaire déterminant sur lequel les assurances sociales perçoivent des cotisations obligatoires en pour cent des salaires, tout revenu d'une activité lucrative dépendante, y compris les prestations en nature, les suppléments du salaire et les indemnités accessoires. Le Conseil fédéral établit les règles d'évaluation du salaire en nature ainsi que celles qui permettent la prise en compte d'un salaire en l'absence de rémunération; il peut excepter du salaire déterminant certaines prestations à caractère social ou allouées lors d'événements particuliers.

<sup>2</sup> Dans les branches des assurances sociales où les cotisations en pour cent du salaire sont plafonnées, le Conseil fédéral fixe uniformément le montant maxi-

<sup>1)</sup> RS 837.0

mum du salaire déterminant et l'adapte périodiquement à l'évolution générale des salaires. Il fait en sorte qu'en règle générale au moins 92 pour cent mais pas plus de 96 pour cent des salariés assurés soient assurés pour la totalité de leur salaire.

## **Section 5: Divers rapports juridiques**

### **Art. 29 Garantie des prestations**

<sup>1</sup> Le droit aux prestations est incessible; il ne peut être donné en gage. Toute cession ou mise en gage est nulle. Les lois particulières sur les assurances sociales peuvent prévoir des exceptions et, au surplus, restreindre l'exécution forcée.

<sup>2</sup> L'interdiction de cession ne s'applique pas au remboursement d'avances de l'assistance publique ou privée ou de prestations anticipées d'autres assurances.

### **Art. 30 Renonciation à des prestations**

L'ayant droit peut renoncer à des prestations qui lui sont dues par déclaration écrite adressée à l'assureur. La renonciation peut être en tout temps révoquée avec effet pour l'avenir. La renonciation et la révocation sont nulles lorsqu'elles sont préjudiciables aux intérêts d'autres personnes ou d'institutions d'assurance ou d'assistance ou lorsqu'elles tendent à éluder des prescriptions légales.

### **Art. 31 Extinction du droit**

<sup>1</sup> Le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due, cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. Les réglementations spéciales des différentes lois d'assurances sociales sur les délais de demande et d'annonce sur la fixation de cotisations à l'aide de taxations fiscales et sur la caducité définitive de prestations ou de cotisations fixées en temps utile mais non versées ou payées demeurent réservées.

<sup>2</sup> Si le responsable du paiement de cotisations s'est soustrait à cette obligation par un procédé punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, c'est celui-ci qui détermine le moment où s'éteint la créance.

### **Art. 32 Restitution**

<sup>1</sup> Les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution peut ne pas être demandée lorsque l'intéressé était de bonne foi.

<sup>2</sup> Le droit de demander la restitution s'éteint par un an à compter du moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans depuis le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit une prescription plus longue, celle-ci est déterminante.

<sup>3</sup> Le remboursement de cotisations payées en trop peut être demandé. Le droit s'éteint une année après que le cotisant ait eu connaissance de ses paiements trop élevés, au plus tard cinq ans après la fin de l'année civile au cours de laquelle les cotisations ont été payées. Sont réservées les dispositions de certaines lois d'assurances sociales sur le remboursement de cotisations fixées d'après les indications fiscales.

#### **Art. 33 Intérêts moratoires**

Des intérêts moratoires doivent être versés en cas de comportement dilatoire ou illicite de la partie débitrice ou lorsque la loi spéciale le prévoit expressément.

#### **Art. 34 Compensation**

L'assureur social peut compenser les prestations en espèces échues avec les créances qu'il possède contre l'assuré ou avec les créances découlant des rapports d'assurance qui appartiennent à un autre assureur social. Demeure garanti le minimum d'existence au sens de la législation sur la poursuite pour dettes et la faillite.

### **Chapitre 4: Dispositions générales de procédure**

#### **Section 1:**

#### **Information, assistance administrative, obligation de garder le secret**

#### **Art. 35 Renseignements et conseils**

<sup>1</sup> Dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses branches d'assurance sociale sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations.

<sup>2</sup> Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Demeure réservée la perception d'émoluments en vertu des lois particulières, pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses.

<sup>3</sup> Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches peuvent prétendre à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard.

#### **Art. 36 Collaboration lors de l'application de l'assurance**

<sup>1</sup> Les assurés et leur employeur doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois d'assurance sociale.

<sup>2</sup> Celui qui prétend des prestations d'assurance doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir et fixer ses droits.

<sup>3</sup> L'assuré et ses proches sont tenus d'autoriser dans des cas particuliers toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assurances

et les organes officiels, à fournir les renseignements nécessaires quant au droit aux prestations. Ces personnes et institutions sont tenues de donner les renseignements requis.

<sup>4</sup> Les lois particulières règlent l'obligation de celui qui fournit des prestations en nature de renseigner l'assureur et l'assuré.

#### **Art. 37** Exercice du droit aux prestations

<sup>1</sup> Celui qui prétend une prestation doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour la branche d'assurance sociale concernée.

<sup>2</sup> Les assureurs sociaux remettent gratuitement les formules destinées à la demande et à l'instruction d'un droit aux prestations; ces formules doivent être transmises à l'assureur compétent, remplies de façon complète et véridique par le requérant ou son employeur et, le cas échéant, par le médecin traitant.

<sup>3</sup> Si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organisme incompetent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de l'assureur est déterminante quant aux effets juridiques de la demande.

#### **Art. 38** Transmission obligatoire

Tous les organes d'exécution des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, les requêtes et les mémoires qui leur parviennent par erreur. Ils enregistrent la date de réception et transmettent les documents à l'instance concernée.

#### **Art. 39** Avis obligatoire en cas de modifications des circonstances

<sup>1</sup> L'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels la prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe d'exécution compétent tout changement important qui survient dans les circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation.

<sup>2</sup> Toute personne ou institution participant à l'application de l'assurance sociale a l'obligation d'informer l'assureur si elle apprend que les circonstances déterminantes pour l'octroi de prestations se sont modifiées.

#### **Art. 40** Entraide et assistance administrative

<sup>1</sup> Les autorités administratives et judiciaires de la Confédération, des cantons, districts, cercles et communes fournissent gratuitement aux organes compétents des diverses branches d'assurance sociale, à leur demande, les renseignements et documents nécessaires à la fixation, la modification ou la restitution de prestations, ainsi qu'à prévenir des versements indus, fixer et percevoir les cotisations ou exercer une action récursoire contre les tiers responsables.

<sup>2</sup> Aux mêmes conditions et dans des cas particuliers et sur requête, les organes des diverses branches d'assurance sociale se prêtent mutuellement assistance.

**Art. 41** Obligation de garder le secret

Les personnes chargées d'appliquer les lois d'assurance sociale ou d'en contrôler l'exécution doivent garder le secret à l'égard des tiers, conformément aux prescriptions de la loi fédérale sur la protection des données. Lorsque aucun intérêt privé digne d'être protégé ne s'y oppose, le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions à l'obligation de garder le secret.

**Section 2: La procédure en matière d'assurance sociale**

**Art. 42** Parties

Ont qualité de parties les personnes dont les droits ou obligations résultent de l'assurance sociale, ainsi que les personnes, organisations ou autorités qui disposent d'un moyen de droit contre la décision d'un assureur ou d'un organe d'exécution de même niveau.

**Art. 43** Compétence

<sup>1</sup> L'assureur examine d'office s'il est compétent.

<sup>2</sup> L'assureur qui se tient pour compétent le constate dans une décision si une partie conteste sa compétence.

<sup>3</sup> L'assureur qui se tient pour incompétent prend une décision d'irrecevabilité si une partie prétend qu'il est compétent.

**Art. 44** Récusation

<sup>1</sup> Les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles pourraient avoir une idée préconçue sur l'affaire.

<sup>2</sup> Si la récusation est contestée, la décision est prise par l'autorité de surveillance ou, s'il s'agit de la récusation d'un membre d'un collège, par le collège en l'absence de ce membre.

**Art. 45** Représentation et assistance

<sup>1</sup> La partie peut se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, dans la mesure où l'urgence d'une enquête ne l'exclut pas.

<sup>2</sup> L'assureur peut exiger du mandataire qu'il justifie de ses pouvoirs par une procuration écrite.

<sup>3</sup> Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire.

#### **Art. 46** Supputation des délais

<sup>1</sup> Si le délai compté par jours doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication.

<sup>2</sup> S'il ne doit pas être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de l'événement qui le déclenche.

<sup>3</sup> Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié du canton où la partie ou son représentant a son domicile ou son siège, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit.

#### **Art. 47** Observation des délais

<sup>1</sup> Les écrits doivent être remis à l'assureur ou, à son adresse, à un bureau de poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse au plus tard le dernier jour du délai.

<sup>2</sup> Lorsque la partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé.

#### **Art. 48** Prolongation et conséquences de l'inobservation des délais

<sup>1</sup> Le délai légal ne peut pas être prolongé.

<sup>2</sup> Si l'assureur fixe un délai pour une action précise, il indiquera en même temps les conséquences d'un retard. D'autres conséquences que celles incluses dans l'avertissement ne doivent pas se produire.

<sup>3</sup> Le délai imparti par l'assureur peut être prolongé pour des motifs suffisants si la partie en fait la demande avant son expiration.

#### **Art. 49** Restitution du délai

La restitution pour inobservation d'un délai peut être accordée si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé. La demande motivée de restitution indiquant l'empêchement doit être présentée dans les dix jours à compter de celui où l'empêchement a cessé; le requérant doit accomplir l'acte omis dans le nouveau délai fixé à cette fin.

#### **Art. 50** Droit d'être entendu

Le parties ont le droit d'être entendues.

#### **Art. 51** Instruction de la demande

<sup>1</sup> L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit.

<sup>2</sup> Si des examens médicaux ou techniques sont nécessaires à l'appréciation du cas et peuvent être raisonnablement exigés de leur part, l'assuré doit s'y soumettre.

<sup>3</sup> Si l'assuré ou d'autres demandeurs de prestations, malgré sommation, refusent de manière inexcusable d'accomplir leur obligation de renseigner, ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut clore l'instruction, décider de ne pas entrer en matière ou se prononcer en l'état du dossier.

#### **Art. 52** Expertise

Si, pour élucider les faits, l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant, il donne connaissance du nom de celui-ci à la partie, laquelle peut refuser l'expert pour des raisons justifiées.

#### **Art. 53** Frais de l'instruction

<sup>1</sup> Les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse ces mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

<sup>2</sup> L'assureur indemnise la partie ainsi que les personnes tenues de fournir des renseignements, s'ils subissent une perte de gain.

<sup>3</sup> Après sommation écrite et menace des conséquences, les frais peuvent être mis à la charge de la partie qui empêche intentionnellement ou entrave inutilement l'instruction.

#### **Art. 54** Consultation du dossier

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

#### **Art. 55** Prise en considération de pièces tenues secrètes

<sup>1</sup> Une pièce dont la consultation a été refusée à la partie ne peut être utilisée à son désavantage que si l'assureur lui en a communiqué, oralement ou par écrit, le contenu essentiel se rapportant à l'affaire et lui a donné en outre l'occasion de s'exprimer et de fournir des contre-preuves.

<sup>2</sup> S'il s'agit de documents médicaux, l'assureur peut en donner connaissance à la partie par l'intermédiaire d'un médecin indiqué par cette dernière.

#### **Art. 56** Décision

<sup>1</sup> L'assureur doit rendre par écrit les décisions en matière de prestations et de créances ou qui contiennent des injonctions, lorsque leur importance le justifie ou quand l'intéressé manifeste son désaccord. Les lois particulières définissent en détail ce qui doit faire l'objet d'une décision.

<sup>2</sup> Il y a lieu de donner suite à une demande de décision de constatation si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne de protection.

<sup>3</sup> Les décisions contiendront l'indication des moyens juridictionnels. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux conclusions des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

#### **Art. 57 Procédure simplifiée**

<sup>1</sup> Les lois particulières peuvent prévoir une procédure simplifiée, pour les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'article 56, 1<sup>er</sup> alinéa.

<sup>2</sup> L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue.

#### **Art. 58 Opposition**

<sup>1</sup> Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'institution qui les a notifiées. Les lois d'assurances sociales peuvent accorder la possibilité d'attaquer par voie d'opposition des décisions préalables constituant le fondement d'une décision au fond, ou l'exclure en cas d'urgence particulière; dans ces cas, ladite décision au fond est assimilée à une décision sur opposition.

<sup>2</sup> Les institutions qui rendent les décisions doivent examiner la décision attaquée dans un délai approprié.

<sup>3</sup> Les décisions sur opposition seront motivées et contiendront l'indication des moyens juridictionnels.

<sup>4</sup> La procédure d'opposition est gratuite. Il ne peut être alloué de dépens.

#### **Art. 59 Révision et reconsidération des décisions et des décisions sur opposition**

<sup>1</sup> Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force doivent être soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve importants qui ne pouvaient être produits auparavant.

<sup>2</sup> L'assureur doit revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force, lorsqu'il est établi qu'elles étaient sans nul doute erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

<sup>3</sup> L'assureur peut, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, reconsidérer une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé.

#### **Art. 60 Exécution**

<sup>1</sup> Les décisions et décisions sur opposition sont exécutoires lorsque:

- a. Elles ne peuvent plus être attaquées par un moyen juridictionnel;
- b. Le moyen de droit possible n'a pas d'effet suspensif;
- c. L'effet suspensif attribué à un moyen de droit a été retiré.

<sup>2</sup> Les décisions et décisions sur opposition exécutoires qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires au sens de l'article 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite<sup>1)</sup>.

#### **Art. 61 Règles particulières de procédure**

Les dispositions des lois particulières qui règlent une procédure plus en détail sont applicables en tant qu'elles ne dérogent pas à la présente loi.

### **Section 3: Contentieux**

#### **Art. 62 Droit de recours**

<sup>1</sup> Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie d'opposition n'est pas ouverte, peuvent être attaquées par la voie de recours.

<sup>2</sup> Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, s'abstient de rendre une décision ou une décision sur opposition.

#### **Art. 63 Autorités de recours**

<sup>1</sup> Chaque canton institue un tribunal des assurances constitué en juridiction commune pour statuer sur les recours dans le domaine des assurances sociales.

<sup>2</sup> Les lois particulières peuvent attribuer à une autorité fédérale ou à une autre autorité cantonale de recours (office public, tribunal arbitral) la compétence de statuer en première instance sur certains rapports de droit particuliers.

#### **Art. 64 Compétences**

<sup>1</sup> La compétence des autorités de recours de première instance est fixée par les lois particulières.

<sup>2</sup> Le recours doit être adressé à l'autorité de recours compétente.

<sup>3</sup> L'autorité qui se tient pour incompétente transmet sans délai l'affaire à l'autorité compétente.

#### **Art. 65 Qualité pour recourir**

A qualité pour recourir:

- a. Quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée;
- b. Toute autre personne, organisation ou autorité que les lois particulières autorisent à recourir.

<sup>1)</sup> RS 281.1

### **Art. 66** Délai de recours

<sup>1</sup> Le recours doit être déposé dans les trente jours dès la notification de la décision sur opposition ou de la décision contre laquelle l'opposition n'est pas ouverte.

<sup>2</sup> Les articles 46 à 49 sont applicables.

### **Art. 67** Règles de procédure

<sup>1</sup> La procédure devant les autorités fédérales de recours autres que le Tribunal fédéral des assurances est réglée par la loi fédérale sur la procédure administrative<sup>1)</sup>.

<sup>2</sup> Sous réserve de l'article premier, 3<sup>e</sup> alinéa, de la loi fédérale sur la procédure administrative, la procédure devant les autorités cantonales de recours est réglée par le droit cantonal. Elle doit satisfaire aux exigences suivantes:

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

<sup>1)</sup> RS 172.021

### **Art. 68 Tribunal fédéral des assurances**

<sup>1</sup> Le recours de droit administratif peut être interjeté auprès du Tribunal fédéral des assurances contre les jugements rendus par les autorités de recours de première instance, conformément à la loi fédérale d'organisation judiciaire<sup>1)</sup>.

<sup>2</sup> Le Tribunal fédéral des assurances statue en instance unique dans les cas prévus par les lois particulières.

## **Chapitre 5: Règles de coordination**

### **Section 1: Coordination des prestations**

#### **Art. 69 Généralités**

<sup>1</sup> Les règles de coordination suivantes s'appliquent aux prestations des différentes branches des assurances sociales. La coordination des prestations au sein d'une branche donnée est régie par la loi de l'assurance sociale concernée. L'assurance-veillesse et survivants et l'assurance-invalidité sont considérées ensemble comme une seule branche d'assurance sociale.

<sup>2</sup> Demeurent réservées les dispositions des lois particulières qui prévoient la fixation des prestations après imputation de celles d'autres branches des assurances sociales.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral peut assimiler à des prestations d'assurance sociale d'autres prestations de nature et but analogues.

#### **Art. 70 Traitement médical**

<sup>1</sup> Le traitement médical est à la charge exclusive d'une seule et même branche d'assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi.

<sup>2</sup> Si les conditions de la loi particulière sont remplies, le traitement médical, dans les limites légales, est dans l'ordre suivant à la charge de l'assurance militaire<sup>2)</sup>, de l'assurance-accidents<sup>3)</sup>, de l'assurance-invalidité<sup>4)</sup>, ou de l'assurance-maladie<sup>5)</sup>, cette dernière n'étant appelée à servir des prestations que si l'assuré n'a pas droit à celles d'un autre assureur social.

<sup>3</sup> L'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge le traitement médical, seul et de façon illimitée, même si l'atteinte à la santé n'est que partiellement consécutive à un cas d'assurance qu'il est tenu de couvrir. Au surplus, il prend en charge les atteintes à la santé dont il n'a en principe pas à répondre, lorsqu'elles surviennent au cours d'un traitement médical et ne sauraient être traitées séparément. Le Conseil fédéral règle les détails.

<sup>1)</sup> RS 173.110

<sup>2)</sup> RS 833.1

<sup>3)</sup> RS 832.20

<sup>4)</sup> RS 831.20

<sup>5)</sup> RS 832.10

**Art. 71** Autres prestations en nature

Les autres prestations en nature telles que, par exemple, les moyens auxiliaires ou les mesures de réadaptation sont, selon les dispositions de la loi d'assurance sociale concernée et dans l'ordre ci-après, prises en charge par l'assurance militaire<sup>1)</sup>, l'assurance-accidents<sup>2)</sup> ou l'assurance-invalidité<sup>3)</sup>; cette dernière n'est appelée à servir des prestations que si l'assuré n'a pas droit à celles d'une autre branche d'assurance sociale.

**Art. 72** Indemnités journalières

<sup>1</sup> Les indemnités journalières en cas d'incapacité ou d'empêchement de travail sont, selon les conditions et dans les limites de la loi d'assurance sociale concernée, exclusivement prises en charge par l'assureur social qui est le cas échéant tenu d'assumer le traitement médical ou les autres prestations en nature. L'article 70, 3<sup>e</sup> alinéa, est applicable par analogie.

<sup>2</sup> Lorsque des indemnités journalières du régime des allocations pour perte de gain<sup>4)</sup> ou de l'assurance-chômage<sup>5)</sup> sont allouées pour des périodes d'incapacité ou empêchement de travail, les indemnités journalières pour perte de gain selon le 1<sup>er</sup> alinéa ne sont pas dues.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral règle les cas spéciaux.

**Art. 73** Rentes et allocations pour impotents

<sup>1</sup> Sous réserve de surindemnisation, les rentes et les indemnités en capital des différentes branches d'assurance sociale se cumulent.

<sup>2</sup> Les rentes et indemnités en capital de l'assurance-accidents<sup>2)</sup> et de l'assurance militaire<sup>1)</sup> ont la priorité sur les prestations de la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité<sup>6)</sup> pour le même cas d'assurance.

<sup>3</sup> Les allocations pour impotents sont, selon les dispositions de la loi d'assurances sociales concernée, allouées exclusivement par l'assurance-accidents, l'assurance militaire, l'assurance-invalidité<sup>3)</sup> ou l'assurance-vieillesse et survivants, ces deux dernières n'étant appelées à servir des prestations que si l'assuré n'a pas droit à celles de l'une des autres assurances.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral règle les détails et les cas spéciaux.

<sup>1)</sup> RS 833.1

<sup>2)</sup> RS 832.20

<sup>3)</sup> RS 831.20

<sup>4)</sup> RS 834.1

<sup>5)</sup> RS 837.0

<sup>6)</sup> RS 831.40

**Art. 74** Traitement médical et prestations en espèces

<sup>1</sup> Lorsque le bénéficiaire d'indemnités ou de rente séjourne aux frais de l'assurance sociale dans un établissement hospitalier, l'assureur social tenu de prendre en charge le traitement médical peut, compte tenu des charges familiales de l'assuré, déduire un montant fixe pour les frais de pension dans l'établissement hospitalier. Cette déduction peut être opérée sur l'indemnité ou la rente.

<sup>2</sup> Si le bénéficiaire d'une allocation pour impotent séjourne dans un établissement hospitalier aux frais de l'assurance sociale, le droit à l'allocation est supprimé pendant cette période.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral règle les détails.

**Art. 75** Indemnités journalières et rentes

Sous réserve de surindemnisation, les indemnités journalières se cumulent avec les rentes d'autres branches des assurances sociales.

**Art. 76** Surindemnisation

<sup>1</sup> Le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. S'il y a concours de prestations de branches d'assurances sociales qui ont coordonné les taux de leurs prestations, l'interdiction de la surindemnisation ne vaut que si elle est prévue par les lois régissant ces branches d'assurance.

<sup>2</sup> Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé du fait du cas d'assurance, en sus des frais supplémentaires consécutifs à la réalisation du risque et d'éventuelles diminutions de revenu subies par les proches.

<sup>3</sup> Les prestations en espèces sont réduites du montant de la surindemnisation. Sont exceptées de toute réduction, les rentes de l'assurance-vieillesse et survivants<sup>1)</sup> et de l'assurance-invalidité<sup>2)</sup> de même que les allocations pour impotents et pour atteinte à l'intégrité. Pour les prestations en capital, la valeur de la rente correspondante est prise en compte.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral désigne les prestations réductibles et règle les détails.

**Art. 77** Prise en charge provisoire des prestations

<sup>1</sup> L'ayant droit peut demander la prise en charge provisoire de son cas, lorsqu'un événement assuré ouvre le droit à des prestations d'assurance sociale mais qu'il y a doute sur le débiteur desdites prestations.

<sup>1)</sup> RS 831.10

<sup>2)</sup> RS 831.20

<sup>2</sup> Sont tenus de prendre provisoirement le cas à leur charge:

- a. Pour les prestations en nature et les indemnités journalières dont la prise en charge par l'assurance-maladie<sup>1)</sup>, l'assurance-accidents<sup>2)</sup>, l'assurance militaire<sup>3)</sup> ou l'assurance-invalidité<sup>4)</sup> est contestée: l'assurance-maladie;
- b. Pour les prestations dont la prise en charge par l'assurance-chômage<sup>5)</sup>, l'assurance-maladie, l'assurance-accidents ou l'assurance-invalidité est contestée: l'assurance-chômage;
- c. Pour les prestations dont la prise en charge par l'assurance-accidents ou l'assurance militaire est contestée: l'assurance-accidents;
- d. Pour les rentes dont la prise en charge par l'assurance-accidents ou l'assurance militaire ou par la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité est contestée: l'assurance-accidents ou l'assurance militaire.

<sup>3</sup> L'ayant droit doit adresser sa demande aux institutions d'assurances sociales entrant en ligne de compte.

<sup>4</sup> L'assureur tenu de prendre provisoirement le cas à sa charge servira les prestations selon les dispositions régissant son activité. Lorsque le cas est pris en charge par un autre assureur, celui-ci remboursera toutes les avances effectuées.

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral règle les détails.

#### **Art. 78 Droit de recours réciproque**

L'assureur qui prend une décision par laquelle l'obligation d'un autre assureur de servir des prestations est concernée, est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur peut user des mêmes moyens juridictionnels que l'assuré.

### **Section 2: Subrogation**

#### **Art. 79 Principe**

<sup>1</sup> Dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations, aux droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur l'exercice du droit de subrogation.

#### **Art. 80 Etendue de la subrogation**

<sup>1</sup> L'assureur n'est subrogé aux droits de l'assuré et de ses survivants que dans la mesure où les prestations qu'il alloue, jointes à la réparation due pour la même période par le tiers, excèdent le dommage correspondant.

<sup>1)</sup> RS 832.10

<sup>4)</sup> RS 831.20

<sup>2)</sup> RS 832.20

<sup>5)</sup> RS 837.0

<sup>3)</sup> RS 833.1

<sup>2</sup> Toutefois, si l'assureur a réduit ses prestations au sens de l'article 27, les droits de l'assuré et de ses survivants passent à l'assureur dans la mesure correspondant au rapport entre les prestations d'assurance et le dommage.

<sup>3</sup> Les droits qui ne passent pas à l'assureur restent acquis à l'assuré et à ses survivants. Si seule une partie de l'indemnité due par le tiers peut être récupérée, l'assuré et ses survivants ont un droit préférentiel sur cette partie.

#### **Art. 81 Classification des droits**

<sup>1</sup> Les droits passent à l'assureur séparément pour les prestations de même nature.

<sup>2</sup> Sont notamment des prestations de même nature:

- a. Le remboursement des frais de guérison et de réadaptation par l'assureur et par le tiers;
- b. L'indemnité journalière et l'indemnisation pour incapacité de travail;
- c. Les rentes d'invalidité ou les rentes de vieillesse allouées en lieu et place de celles-ci et l'indemnisation pour l'incapacité de gain;
- d. Les prestations pour impotence et le remboursement des frais de soins et des autres frais consécutifs à l'impotence;
- e. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité et l'indemnité à titre de réparation morale;
- f. Les rentes de survivants et les indemnités pour perte de soutien;
- g. Frais funéraires et les frais liés au décès.

#### **Art. 82 Limitation du droit de recours**

<sup>1</sup> L'assureur n'a un droit de recours contre le conjoint de l'assuré, les parents de l'assuré en ligne ascendante et descendante ou les personnes qui font ménage commun avec l'assuré que s'ils ont provoqué le cas assuré intentionnellement ou par négligence grave.

<sup>2</sup> Les limites de responsabilité de l'assurance-accidents<sup>1)</sup> sont réservées.

### **Section 3: Indemnités journalières et salaire**

#### **Art. 83 Perception des cotisations**

<sup>1</sup> Les cotisations sont perçues comme sur le salaire, au titre de l'assurance-vieillesse et survivants<sup>2)</sup> et des assurances sociales qui lui sont liées, sur les indemnités journalières de l'assurance-accidents<sup>1)</sup>, de l'assurance militaire<sup>3)</sup>, de l'assurance-invalidité<sup>4)</sup> et de l'assurance-chômage<sup>5)</sup>, de même que sur les allocations pour perte de gain en faveur des personnes servant dans l'armée ou dans la protection civile<sup>6)</sup>. L'assureur prend la moitié de la cotisation à sa charge.

<sup>1)</sup> RS 832.20

<sup>4)</sup> RS 831.20

<sup>2)</sup> RS 831.10

<sup>5)</sup> RS 837.0

<sup>3)</sup> RS 833.1

<sup>6)</sup> RS 834.1

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions à l'obligation de payer des cotisations et, à la demande des cantons, soumettre également à cotisation les prestations analogues prévues par le droit cantonal; il règle les détails et la procédure de perception.

## Chapitre 6: Dispositions diverses

### Art. 84 Autorité de surveillance

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral surveille l'application de l'assurance sociale et en rend régulièrement compte.

<sup>2</sup> Les lois particulières désignent les autorités de surveillance et définissent la nature et les moyens de la surveillance.

<sup>3</sup> En cas de violation grave et répétée des dispositions légales par un assureur, le Conseil fédéral ordonne les mesures nécessaires au rétablissement d'une gestion de l'assurance conforme à la loi.

### Art. 85 Contenu des rapports et statistiques

Les institutions d'assurance sociale sont tenues de fournir aux autorités de surveillance tous les renseignements dont celles-ci ont besoin pour contrôler l'activité de ces institutions et pour établir des statistiques complètes et dignes de foi. Elles ont l'obligation de leur remettre un rapport et des comptes annuels. Les différentes lois sur les assurances sociales règlent les détails.

### Art. 86 Responsabilité des organes

<sup>1</sup> Les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés à un assuré, à des tiers ou à l'assurance par les organes d'exécution ou par leurs fonctionnaires ou employés, du fait d'un acte punissable ou de la violation de prescriptions, intentionnelle ou due à la négligence grave. La loi fédérale sur la responsabilité de la Confédération, des membres de ses autorités et de ses fonctionnaires<sup>1)</sup> est applicable par analogie.

<sup>2</sup> Les lois particulières désignent les autorités ou les institutions qui font valoir les créances en réparation ou dommage exercées par les assurances sociales et celles auprès desquelles les demandes en réparation des assurés ou des tiers doivent être déposées. Les litiges en matière de responsabilité sont jugés par les autorités de recours en première instance et par le Tribunal fédéral des assurances en seconde instance.

<sup>3</sup> Demeurent réservées les règles spéciales de responsabilité prévues par les lois particulières, notamment pour les dommages causés en participant à l'application

<sup>1)</sup> RS 170.32

de l'assurance, par les employeurs ou par les institutions ou les centres qui exécutent les mesures d'introduction et de réadaptation.

<sup>4</sup> Les personnes agissant en tant qu'employés d'une institution d'assurance, d'un organe de révision ou de contrôle ou auxquelles sont confiées des tâches dans le cadre de la présente loi, sont soumises à la même responsabilité pénale que les membres des autorités et les fonctionnaires, selon les dispositions du code pénal suisse.

#### **Art. 87 Dispositions pénales**

<sup>1</sup> Les dispositions générales du code pénal<sup>1)</sup>, ainsi que l'article 6 de la loi fédérale sur le droit pénal administratif<sup>2)</sup> et l'article 258 de la loi fédérale sur la procédure pénale fédérale<sup>3)</sup> sont applicables.

<sup>2</sup> Les lois particulières fixent les peines encourues en cas de délits ou d'infractions, ainsi qu'en cas d'inobservation des prescriptions d'ordre ou de contrôle.

<sup>3</sup> La poursuite pénale incombe aux cantons.

#### **Art. 88 Exonération d'impôt des institutions d'assurance**

<sup>1</sup> Les institutions d'assurance et les organes d'exécution sont exonérés des impôts fédéraux, cantonaux et communaux, ainsi que des impôts cantonaux et communaux sur les successions et donations dans la mesure où leur revenu et leur fortune servent exclusivement à l'application de l'assurance sociale, à allouer ou à garantir des prestations d'assurances sociales.

<sup>2</sup> Les documents employés dans l'application de l'assurance sociale pour correspondre avec les assurés ou des tiers et d'autres organisations sont exempts de taxes et d'émoluments publics. La perception des cotisations dues en vertu de la loi n'est pas soumise au droit fédéral de timbre sur les quittances de primes.

<sup>3</sup> Les différends relatifs à l'application de cet article sont tranchés par le Tribunal fédéral.

### **Chapitre 7: Dispositions finales**

#### **Art. 89 Exécution**

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral est chargé de l'exécution de la présente loi. Il édicte les dispositions nécessaires.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral est autorisé à modifier, dans les différentes lois sur les assurances sociales, la succession des articles et des alinéas.

<sup>1)</sup> RS 311.0

<sup>2)</sup> RS 313.0

<sup>3)</sup> RS 312.0

**Art. 90** Dispositions transitoires

<sup>1</sup> Jusqu'à la réalisation des règles sur l'autorisation et les tarifs conformes à cette loi, les modalités des différentes lois sur les assurances sociales sont valables. Le Conseil fédéral peut fixer des délais pour la réalisation de l'accord tarifaire selon les articles 19, 1<sup>er</sup> alinéa, et 20.

<sup>2</sup> Les dispositions matérielles de cette loi ne sont pas applicables aux prestations en cours et exigences fixées avant son entrée en vigueur. Sur demande, les rentes d'invalidité ou de survivants réduites ou refusées par suite de faute de l'assuré seront cependant réexaminées et, si nécessaire, fixées à nouveau conformément à l'article 27, au plus tôt dès l'entrée en vigueur de cette loi.

<sup>3</sup> Les cantons doivent adapter à cette loi leur législation dans un délai de cinq ans à partir de son entrée en vigueur. Jusqu'alors, les prescriptions cantonales en vigueur précédemment sont valables.

**Art. 91** Modification du droit en vigueur

Les modifications du droit en vigueur jusqu'à présent se trouvent dans l'appendice qui est partie intégrante de cette loi.

**Art. 92** Référendum et entrée en vigueur

<sup>1</sup> La présente loi est soumise au référendum facultatif.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral fixe la date d'entrée en vigueur.

34305

## Modifications de lois fédérales

### 1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMA)<sup>1)</sup>

*Art. 12, 2<sup>e</sup> al., ch. 1, let. c, ainsi que 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> al.*

<sup>2)</sup> Au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, les caisses doivent prendre en charge au moins:

1. En cas de traitement ambulatoire:

c. Les médicaments ordonnés par un médecin ainsi que les moyens et appareils nécessaires à la thérapie.

<sup>5)</sup> Le Conseil fédéral détermine, dans les limites de l'article 15, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi fédérale du ...<sup>2)</sup> sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), les prestations prises en charge conformément au 2<sup>e</sup> alinéa, chiffre 1, lettres a et b, et les prestations de même nature prévues au chiffre 2; il fixe la contribution aux autres frais de soin et la contribution aux frais de cure prévues aux chiffres 2 et 3.

<sup>6)</sup> Les caisses doivent prendre en charge les médicaments et les analyses ainsi que les moyens et les appareils nécessaires à la thérapie, conformément à l'article 19, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

*Art. 21*

*Abrogé*

*Art. 22, 1<sup>er</sup> al.*

<sup>1)</sup> Les caisses passent avec les médecins des conventions établissant, dans les limites de l'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, LPGA, les taxes applicables à leurs prestations.

*Art. 22<sup>quater</sup>, 1<sup>er</sup> al.*

<sup>1)</sup> Les rémunérations accordées pour les médicaments, pour les analyses et pour les moyens et appareils thérapeutiques nécessaires que les caisses doivent prendre à leur charge sont établies conformément à l'article 19, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA. Elles peuvent être augmentées ou réduites de 10 pour cent au plus par voie de convention ou, en l'absence de convention, par le gouvernement cantonal.

<sup>1)</sup> RS 832.10

<sup>2)</sup> RO ...

*Art. 23*

*Abrogé*

*Art. 26, titre marginal, 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> al.*

I. Surindemnisation

<sup>1</sup> Les prestations de l'assurance-maladie ou leur concours avec celles d'autres assurances sociales ne doivent pas conduire à une surindemnisation des assurés. L'article 76 LPGGA est applicable.

<sup>3</sup> et <sup>4</sup> *Abrogés*

*Art. 30*

V. Contentieux  
1. Décisions des caisses

<sup>1</sup> Lorsque l'assuré ou le candidat à l'assurance n'accepte pas un prononcé de la caisse, celle-ci doit, dans les trente jours, rendre une décision écrite indiquant les motifs et mentionnant la voie de l'opposition au sens de l'article 58 LPGGA, puis notifier cette décision aux intéressés.

<sup>2</sup> Les caisses ne peuvent subordonner la communication de leurs décisions ni le droit de s'adresser au tribunal cantonal des assurances à l'obligation d'avoir épuisé la voie de recours prévue au sein de la caisse elle-même.

*Art. 30<sup>bis</sup>, titre marginal, 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> al.*

2. Compétence des tribunaux cantonaux des assurances

<sup>1</sup> Les tribunaux cantonaux des assurances statuent sur les litiges des caisses entre elles ou avec les assurés ou les tiers s'ils concernent les droits que les parties font valoir en se fondant sur la présente loi, sur les dispositions d'exécution fédérales ou cantonales ou sur les dispositions établies par les caisses.

<sup>3</sup> *Abrogé*

*Art. 30<sup>ter</sup> et 31*

*Abrogés*

*Art. 40*

*Abrogé*

*Les expressions suivantes sont remplacées*

- Aux articles 12, 2<sup>e</sup> alinéa, chiffre 1, lettre b, 22<sup>quater</sup>, 2<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> alinéas, 24 et 25, 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas, l'expression «personnel médical» par «personnel médico-thérapeutique».
- A l'article 12<sup>bis</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa, l'expression «surassurance» par «surindemnisation».

## 2. Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)<sup>1)</sup>

*Art. 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> al.*

<sup>1</sup> Les salariés occupés en Suisse sont assurés à titre obligatoire, conformément aux dispositions de la présente loi.

*Art. 10, 1<sup>er</sup> al., let. a*

*Ne concerne que le texte allemand.*

*Art. 15, 3<sup>e</sup> al., introduction*

<sup>3</sup> Le montant maximum du gain assuré est arrêté conformément à l'article 24 de la loi fédérale du ...<sup>2)</sup> sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le gain assuré pris en considération, notamment:

...

*Art. 17, 2<sup>e</sup> al.*

*Abrogé*

*Art. 18, 2<sup>e</sup> al.*

<sup>2</sup> L'évaluation du degré de l'invalidité a lieu conformément à l'article 22, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

*Art. 19, 1<sup>er</sup> al., troisième phrase et 2<sup>e</sup> al., deuxième phrase*

*Abrogées*

*Art. 22, 1<sup>er</sup> al., première phrase*

*Abrogée*

*Art. 26 Droit*

L'assuré impotent a droit à une allocation pour impotent.

*Art. 29, 6<sup>e</sup> al., troisième phrase*

*Abrogée*

<sup>1)</sup> RS 832.20

<sup>2)</sup> RO ...

*Art. 30, 3<sup>e</sup> al., quatrième phrase*

*Abrogée*

*Art. 36, 1<sup>er</sup> al.*

*Abrogé*

*Art. 37*

Si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès, aucune prestation d'assurance n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires. L'article 27 LPGA est applicable aux autres cas dans lesquels l'accident est provoqué fautivement.

*Art. 38*

*Abrogé*

*Art. 40*

Lorsqu'aucune règle de coordination prévue par la présente loi n'intervient, l'article 76 LPGA est applicable en vue d'éviter d'éventuelles surindemnisations.

*Art. 41 à 43*

*Abrogés*

*Titre précédant l'article 44*

#### **Chapitre 4: Limitation de la responsabilité**

*Art. 44, titre médian*

*Abrogé*

*Art. 47* Enquête sur les circonstances de l'accident

<sup>1</sup> Aussitôt qu'il est informé de l'accident, l'assureur procède à une enquête sur les circonstances de l'accident, conformément aux articles 36, et 51 à 53 LPGA.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral détermine les conditions auxquelles l'assureur peut ordonner, en cas de décès de l'assuré, une autopsie ou une mesure analogue. L'autopsie ne peut être ordonnée si les proches parents s'y opposent ou si elle est contraire à une déclaration du défunt.

*Art. 48, 2<sup>e</sup> al.*

*Abrogé*

*Art. 49*

*Abrogé*

*Art. 50* Garantie du droit aux prestations

La garantie du droit aux prestations est régie par l'article 29 LPG. Les droits aux prestations sont soustraits à l'exécution forcée.

*Section 3 (art. 51 et 52)*

*Abrogée*

*Art. 53 et 54*

*Abrogés*

*Art. 56, 1<sup>er</sup> al., première phrase et 2<sup>e</sup> al.*

<sup>1</sup> Les assureurs peuvent, dans les limites de l'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, et sous la réserve des articles 19, 2<sup>e</sup> alinéa, et 20, LPG, passer des conventions avec les personnes ayant une activité dans le domaine médical ainsi qu'avec les établissements hospitaliers et les établissements de cure afin de régler leur collaboration et de fixer les tarifs. . . .

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le remboursement des frais en faveur des assurés qui se rendent dans un établissement hospitalier avec lequel un accord tarifaire n'a pas été passé.

*Art. 67, 71, 74 et 94*

*Abrogés*

*Titre précédant l'article 96*

## **Huitième titre: Dispositions de procédure**

*Art. 96 à 98, 99, titre médian, et 100 à 102*

*Abrogés*

*Chapitre 2 (art. 103 et 104)*

*Abrogé*

*Art. 105* Opposition et recours

<sup>1</sup> La procédure d'opposition et le contentieux sont régis par la LPG. Sous la réserve des exceptions énoncées ci-après, les tribunaux cantonaux des assurances ont la charge de statuer sur les litiges en première instance.

<sup>2</sup> Les décisions rendues à la suite d'une opposition qui concernent la compétence d'un assureur ou des mesures destinées à prévenir des accidents ou des maladies professionnelles peuvent être attaquées par la voie du recours à l'Office fédéral des assurances sociales.

<sup>3</sup> S'il y a péril en la demeure, l'institution qui rend la décision peut ordonner des mesures destinées à prévenir les accidents ou les maladies professionnelles sans ouvrir la voie de l'opposition. Le recours prévu au 2<sup>e</sup> alinéa est réservé.

<sup>4</sup> Contre les décisions rendues à la suite d'une opposition qui concernent l'attribution des entreprises et des assurés aux classes et aux degrés du tarif des primes, l'intéressé peut, selon la catégorie à laquelle l'assureur appartient, former un recours soit auprès de la commission de recours du conseil d'administration de la CNA, soit devant la commission de recours instituée par le Conseil fédéral pour les assureurs au sens de l'article 68.

*Art. 106, 107, 1<sup>er</sup> al., 108 et 109*

*Abrogés*

*Art. 110* Tribunal fédéral des assurances

Le Tribunal fédéral des assurances connaît en instance unique des litiges pécuniaires entre les assureurs.

*Art. 114 et 115*

*Abrogés*

### **3. Loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM)<sup>1)</sup>**

*Art. 7, 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> al.*

*Abrogés*

*Art. 11*

II. Instruction  
du cas

<sup>1</sup> Aussitôt qu'elle a été informée du cas, l'assurance militaire élucide les circonstances de celui-ci et examine les prétentions légales de l'assuré, conformément à l'article 36 et aux articles 51 à 53 de la loi fédérale du ...<sup>2)</sup> sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

<sup>2</sup> L'assurance militaire prend, pour la durée de l'enquête, les mesures provisoires qui s'avèrent nécessaires afin que l'assuré soit judicieusement traité, observé et contrôlé; elle tient équitablement compte des vœux de l'assuré, de ses proches et du médecin traitant.

<sup>1)</sup> RS 833.1

<sup>2)</sup> RO ...

*Art. 12 et 13*

*Abrogés*

*Art. 17, 2<sup>e</sup> al.*

*L'expression «médecins porteurs du diplôme fédéral» est remplacée par «médecins».*

*Art. 18, 3<sup>e</sup> à 5<sup>e</sup> al.*

*Abrogés*

*Art. 19, 2<sup>e</sup> al.*

<sup>2</sup> L'assurance militaire est autorisée à passer, dans les limites de l'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, et sous la réserve des articles 19, 2<sup>e</sup> alinéa, et 20, LPGA, une convention avec les personnes ayant une activité dans le domaine médical ainsi qu'avec les établissements hospitaliers et de cure, réglant sa collaboration avec les unes et les autres et fixant les tarifs.

*Art. 20, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> al.*

<sup>3</sup> Le montant maximum du gain déterminant est arrêté conformément à l'article 24 LPGA.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le gain déterminant dans des cas spéciaux.

*Art. 21*

*Abrogé*

*Art. 23, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al.*

<sup>1</sup> L'expression «atteinte probablement durable à la capacité de gain» est remplacée par «invalidité».

<sup>2</sup> *Abrogé*

*Art. 24, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al.*

<sup>2</sup> Le montant maximum du gain déterminant est arrêté conformément à l'article 24 LPGA. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le gain déterminant dans des cas spéciaux.

<sup>3</sup> *Abrogé*

4. Révision de  
la rente  
d'invalidité

*Art. 26*

Si la révision de la rente exige un examen médical ou un stage d'observation qui entraîne une perte de revenu accrue pour l'assuré, la rente est versée durant cette période en tenant compte de cette perte. L'article 18 est applicable.

*Art. 41, 3<sup>e</sup> al.*

<sup>3</sup> Une réduction éventuelle des prestations, soit conformément à la présente loi, soit en vertu de la LPGA, ne doit porter ni sur les soins médico-pharmaceutiques, ni sur les suppléments pour les soins donnés à domicile ou pour des séjours de cure ni non plus sur l'indemnité pour frais funéraires.

*Art. 42, troisième phrase (nouvelle)*

... Les prestations majorées versées en cas d'impotence tiennent lieu d'allocations pour impotents au sens des articles 73, 3<sup>e</sup> alinéa, et 74, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

*Art. 44 et 45*

*Abrogés*

*Art. 47, 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> al.*

<sup>1</sup> L'article 29 LPGA s'applique à la garantie du droit aux prestations. Les droits aux prestations sont soustraits à l'exécution forcée.

<sup>3</sup> *Abrogé*

*Art. 48 et 49*

*Abrogés*

*Art. 50, titre marginal*

III. Droit de  
recours contre  
les cantons

*Art. 51*

<sup>1</sup> L'article 76 LPGA est applicable aux fins d'empêcher les surindemnisations en cas de concours entre les prestations de l'assurance militaire et celles d'autres branches des assurances sociales.

<sup>2</sup> Si une rente de l'assurance militaire est réduite pour cause de surindemnisation au sens de l'article 76 LPGA, la rente allouée en lieu et place au titre d'une autre branche de l'assurance sociale est exonérée d'impôts à concurrence du montant de la réduction opérée.

*Art. 52*

*Abrogé*

*Art. 55*

Opposition et  
recours

<sup>1</sup> La procédure d'opposition et le contentieux sont régis par la LPGa.

<sup>2</sup> L'autorité compétente pour connaître des recours en première instance est, au choix du recourant, le tribunal des assurances du canton de domicile ou, en cas de séjour de longue durée dans un établissement hospitalier, le canton du siège de l'établissement. Si le recourant habite à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton d'origine du recourant ou du canton sur le territoire duquel l'assuré avait son dernier domicile en Suisse.

*Art. 56 à 58*

*Abrogés*

*Titre précédant l'article 59*

**Chapitre VIII: Dispositions transitoires**

*Art. 59*

*Abrogé*

**4. Loi fédérale du 25 juin 1982<sup>1)</sup> sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI)**

*Art. 3*

<sup>1</sup> Les cotisations sont perçues sur le salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS; elles sont dues, par rapport de travail, au plus sur le montant maximum arrêté conformément à l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi fédérale du . . .<sup>2)</sup> sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral détermine pour quelles périodes le montant maximum doit être appliqué.

*Art. 8, 1<sup>er</sup> al., let. c*

<sup>1</sup> L'assuré a droit à l'indemnité de chômage:

c. S'il a sa résidence ordinaire en Suisse (art. 12);

<sup>1)</sup> RS 837.0

<sup>2)</sup> RO . . .

*Art. 12 Etrangers ayant leur résidence ordinaire en Suisse*

Les étrangers sans permis d'établissement ont leur résidence ordinaire en Suisse tant et aussi longtemps qu'ils habitent effectivement dans le pays soit au bénéfice d'un permis de séjour leur permettant d'exercer une activité lucrative soit sur la base d'un permis de saisonnier.

*Art. 22, 2<sup>e</sup> al., première phrase*

<sup>2</sup> L'indemnité de chômage est réputée constituer un salaire au sens de la législation sur l'AVS et sur les assurances qui lui sont liées. . . .

*Art. 28, 2<sup>e</sup> al., et art. 82*

*Abrogés*

*Art. 83, 1<sup>er</sup> al., let. f et k*

<sup>1</sup> L'organe de compensation:

- f. Statue sur les demandes en dommages-intérêts dirigés contre les fondateurs de la caisse ou contre l'employeur en raison de dommages causés par les uns ou par l'autre;
- k. Prend les décisions au sens des articles 64, 3<sup>e</sup> alinéa, 75, 1<sup>er</sup> alinéa, et 95, et verse les subventions prévues aux articles 62 et 72 à 74;

*Art. 85, 1<sup>er</sup> al., let. e*

<sup>1</sup> Les autorités cantonales:

- e. Statuent sur les cas qui leur sont soumis par les caisses en vertu des articles 81, 2<sup>e</sup> alinéa.

*Art. 88, 2<sup>e</sup> al., deuxième phrase*

*Abrogée*

*Art. 92, 5<sup>e</sup> al., première phrase*

<sup>5</sup> Le fonds de compensation rembourse aux fondateurs des caisses les frais déterminants qui résultent de l'accomplissement des tâches incombant à ces dernières (art. 81); les frais fixes sont équitablement pris en considération. . . .

*Art. 94, titre médian, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al.*

Nantissement et cession du droit aux prestations

<sup>2</sup> et <sup>3</sup> *Abrogés*

*Art. 95 Répétition de prestations*

La caisse et l'organe de compensation sont tenus d'exiger, dans les limites de l'article 32, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, LPGA, la restitution de prestations auxquelles le bénéficiaire n'avait pas droit.

*Art. 96 à 99*

*Abrogés*

*Art. 100 Principe*

Le contentieux est régi par les dispositions de la LPGA.

*Art. 101 Autorités spéciales de recours*

Les autorités spéciales de recours sont:

- a. L'autorité cantonale, s'il s'agit de recours formés contre des décisions des offices communaux du travail;
- b. Le Département fédéral de l'économie publique, s'il s'agit de recours formés contre des décisions de l'OFIAMT et de l'organe de compensation;

*Art. 102 Qualité pour recourir*

Ont qualité pour recourir, en plus de ceux qui sont nommés à l'article 65 LPGA:

- a. L'OFIAMT contre les décisions des autorités cantonales;
- b. L'autorité cantonale et l'OFIAMT contre les décisions des tribunaux cantonaux des assurances.

*Art. 103, 104, 107 et 108*

*Abrogés*

**5. Loi fédérale du 25 septembre 1952<sup>1)</sup> sur le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes servant dans l'armée ou dans la protection civile (LAPG)**

*Art. 2 et 3*

*Abrogés*

*Art. 19 Paiement des allocations*

<sup>1</sup> Les allocations doivent en général être payées une fois par mois; si la période de service est plus courte, le versement a lieu après la fin du service.

<sup>1)</sup> RS 834.1

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires concernant le paiement des allocations et la restitution des allocations indûment touchées, dans la mesure où la loi fédérale du ...<sup>1)</sup> sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et la présente loi ne règlent pas déjà ces matières.

*Art. 19a et 20*

*Abrogés*

*Art. 21, 2<sup>e</sup> al.*

<sup>2</sup> Pour autant que la présente loi n'en dispose pas autrement, les dispositions de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)<sup>2)</sup> sur les employeurs, les caisses de compensation, les décomptes et les paiements, la comptabilité, la révision des caisses et le contrôle des employeurs, la responsabilité pour dommages, la Centrale de compensation, la prise en charge des frais et les taxes postales de même que celles qui concernent la force exécutoire sont applicables par analogie.

*Art. 24 Contentieux*

Le contentieux est régi par les dispositions de la LPGA et par l'article 84 de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)<sup>2)</sup>.

*Art. 29*

*Abrogé*

## **6. Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)<sup>2)</sup>**

*Art. 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> al., let. a*

*L'expression «domicile civil» est remplacée par «domicile».*

*Art. 5, 2<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> al.*

<sup>2</sup> et <sup>4</sup> *Abrogés*

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral peut assimiler à un salaire déterminant des revenus de l'activité lucrative analogues à un salaire. Il peut en outre édicter des prescriptions selon lesquelles les rémunérations de minime importance pour des activités accessoires peuvent, d'un commun accord entre employeurs et salariés, ne pas être comprises dans le salaire déterminant. Les bourses et autres prestations semblables peuvent aussi en être exclues.

<sup>1)</sup> RO ...

<sup>2)</sup> RS 831.10

*Art. 7*

*Abrogé*

*Art. 12, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al.*

<sup>1</sup> Est tenu de payer des cotisations comme employeur quiconque a un établissement stable en Suisse et verse un salaire déterminant à des personnes obligatoirement assurées.

<sup>2</sup> Sont tenus de payer des cotisations en faveur des salariés employés dans leur ménage ou travaillant dans une situation analogue tous les employeurs ayant leur résidence ordinaire en Suisse.

*Art. 16, titre marginal, 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> al.*

Extinction des  
créances de  
cotisations

<sup>1</sup> Les cotisations non versées doivent être réclamées par la voie d'une décision dans le délai fixé par l'article 31 de la loi fédérale du ...<sup>1)</sup> sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). S'il s'agit de cotisations fixées d'après une taxation consécutive à une procédure pour soustraction d'impôts, le délai commence à courir dès la fin de l'année civile au cours de laquelle la taxation fiscale est entrée en force.

<sup>3</sup> Le droit à la restitution de cotisations versées indûment et l'extinction de ce droit sont régis par l'article 32, 3<sup>e</sup> alinéa, LPGA. Toutefois, si des cotisations paritaires ont été versées sur des prestations soumises à l'impôt fédéral direct sur le rendement des personnes morales, le droit à leur restitution s'éteint par un an à compter du moment où la taxation relative à cet impôt a passé en force.

*Art. 18, 1<sup>er</sup> al., deuxième phrase*

*Abrogée*

*Art. 18, 2<sup>e</sup> al.*

<sup>2</sup> L'expression «domicile civil» est remplacée par «domicile et résidence ordinaire».

*Art. 20*

Garantie du  
droit aux  
prestations

Les droits aux prestations sont soustraits à l'exécution forcée.

<sup>1)</sup> RO ...

*Art. 42, 1<sup>er</sup> et 5<sup>e</sup> al.*

<sup>1</sup> L'expression «domiciliés en Suisse» est remplacée par «domiciliés et résidant ordinairement en Suisse».

<sup>5</sup> L'expression «épouses de ressortissants suisses domiciliés en Suisse» est remplacée par «femmes domiciliées et résidant ordinairement en Suisse».

*Art. 43<sup>ter</sup>, 1<sup>er</sup> al.*

<sup>1</sup> L'expression «bénéficiaires de rentes de vieillesse domiciliés en Suisse» est remplacée par «bénéficiaires de rentes de vieillesse domiciliés et résidant ordinairement en Suisse».

*Art. 44*

Demande,  
fixation et  
paiement des  
prestations

Dans la mesure où celles-ci ne sont pas déjà contenues dans la LPGA, le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires relatives à l'exercice du droit aux prestations et celles qui concernent la procédure de fixation et le paiement des prestations.

*Art. 45*

*Abrogé*

*Art. 46*

Paiement des  
prestations  
arriérées

En dérogation à l'article 31 LPGA, l'allocation pour impotent n'est payée après coup que pour les douze mois précédant l'exercice du droit à l'allocation. Le Conseil fédéral peut en outre restreindre ou exclure le paiement arriéré de rentes qui peuvent être ajournées.

*Art. 47*

*Abrogé*

*Art. 48<sup>bis</sup> à 48<sup>sexies</sup> et 50*

*Abrogés*

*Art. 52*

Réparation des  
dommages

<sup>1</sup> L'employeur qui, intentionnellement ou par négligence grave, n'observe pas des prescriptions et cause ainsi un dommage à l'assurance, est tenu à réparation.

<sup>2</sup> La caisse de compensation compétente doit faire valoir la créance en réparation du dommage dans un délai de cinq ans dès la

survenance de celui-ci. L'article 16, 2<sup>e</sup> alinéa, est applicable par analogie en ce qui concerne le recouvrement de la créance. Le Conseil fédéral règle les détails et la procédure.

*Art. 70*

Responsabilité  
pour dommages

<sup>1</sup> Les associations fondatrices et les corporations de droit public (cantons ou Confédération) répondent des dommages que la caisse de compensation instituée par elles a causés à l'assurance au sens de l'article 86 LPGA. Les créances en réparation du dommage sont exercées par l'office fédéral compétent. Le Conseil fédéral règle les détails et la procédure.

<sup>2</sup> Si la créance est exercée par l'assuré ou par un tiers, la demande en réparation du dommage doit être présentée auprès de la caisse de compensation compétente, qui statue sur celle-ci en rendant une décision.

*Art. 84*

Principe

Le contentieux est régi par les dispositions de la LPGA; les tribunaux cantonaux des assurances ainsi qu'une autorité de recours fédérale, instituée par le Conseil fédéral et indépendante de l'administration, tranchent les litiges en première instance. Cette dernière est compétente pour statuer sur les litiges intéressant les assurés résidant à l'étranger et sur les recours dirigés contre des décisions des autorités fédérales. Le Conseil fédéral édicte des dispositions plus détaillées sur la compétence de cette autorité.

*Art. 85, 86 et 89*

*Abrogés*

*Art. 90*

Notification des  
jugements et  
des décisions

Tous les jugements et toutes les décisions des autorités pénales doivent être notifiés immédiatement et en expédition intégrale:

- a. Au Ministère public fédéral;
- b. A la caisse de compensation qui a suscité l'ouverture de l'information pénale.

*Art. 93 et 96*

*Abrogés*

*Art. 97*

Retrait de  
l'effet suspensif  
à un recours

En dérogation à l'article 55, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi fédérale sur la procédure administrative<sup>1)</sup>, les caisses de compensation peuvent, dans leurs décisions, prévoir qu'un recours éventuel n'aura pas d'effet suspensif, même si la décision porte sur une prestation pécuniaire.

**7. Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)<sup>2)</sup>**

*Art. 4* Survenance de l'invalidité

L'invalidité au sens de l'article 8 de la loi fédérale du . . .<sup>3)</sup> sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et par sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération.

*Art. 5*

*Abrogé*

*Art. 6, 2<sup>e</sup> al.*

<sup>2</sup> Les expressions «domicile civil» et «domicile» sont remplacées par «domicile et résidence ordinaire». L'expression «sont domiciliés» est remplacée par «résident».

*Art. 7* Refus ou réduction de prestations

En dérogation à l'article 27 LPGA, les indemnités journalières et les allocations pour impotents ne peuvent être ni refusées ni réduites.

*Art. 9, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al.*

<sup>2</sup> L'expression «domicile civil» est remplacée par «domicile».

<sup>3</sup> L'expression «domicile civil» est remplacée deux fois par «domicile et résidence ordinaire».

*Art. 14, 1<sup>er</sup> al.*

<sup>1</sup> Les mesures médicales au sens de la présente loi sont définies à l'article 15 LPGA.

<sup>1)</sup> RS 172.021

<sup>2)</sup> RS 831.20

<sup>3)</sup> RO . . .

*Art. 25<sup>ter</sup>*

*Abrogé*

*Art. 26* Personnes travaillant dans le domaine médical

L'assuré a le libre choix entre les personnes ayant une activité dans le domaine médical au sens de l'article 17 LPGA.

*Art. 26<sup>bis</sup>* Etablissements, ateliers et fournisseurs de moyens auxiliaires

<sup>1</sup> L'assuré a le libre choix entre les établissements et les ateliers de réadaptation qui ont passé une convention dans les limites des articles 19 et 20 LPGA.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions sur les conditions auxquelles certaines catégories de centres de réadaptation et de fournisseurs de moyens auxiliaires sont admises à exercer leur activité ou déléguer l'admission de ces centres et fournisseurs aux cantons.

*Art. 27, 1<sup>er</sup> al.*

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral est autorisé, dans les limites des articles 19 et 20 LPGA, à conclure des conventions avec le corps médical, avec les associations des professions médicales et du personnel paramédical, avec les établissements et ateliers qui appliquent les mesures de réadaptation, et avec les fournisseurs de moyens auxiliaires, afin de régler leur collaboration avec les organes de l'assurance et de fixer les tarifs.

*Art. 28, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al.*

<sup>2</sup> *Abrogé*

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral définit le revenu de l'activité lucrative déterminant pour l'évaluation du degré de l'invalidité; il édicte des prescriptions complémentaires notamment pour les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant la survenance de l'invalidité ou qui se trouvaient à ce moment encore en cours de formation professionnelle.

*Art. 30, 2<sup>e</sup> al. et 31*

*Abrogés*

*Art. 39, 1<sup>er</sup> al.*

<sup>1</sup> L'expression «les ressortissants suisses domiciliés en Suisse» est remplacée par «les ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence ordinaire en Suisse».

*Art. 41*

*Abrogé*

*Art. 42, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al.*

<sup>1</sup> L'expression «les assurés invalides domiciliés en Suisse» est remplacée par «les assurés qui sont domiciliés et ont leur résidence ordinaire en Suisse».

<sup>2</sup> *Abrogé*

*Art. 44 et 45<sup>bis</sup>*

*Abrogés*

*Art. 46* Demande, fixation et paiement des prestations

Dans la mesure où celles-ci ne sont pas déjà contenues dans la présente loi et dans la LPGA, le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires relatives à l'exercice du droit aux prestations et celles qui concernent la procédure de fixation et le paiement des prestations.

*Art. 47*

*Abrogé*

*Art. 48* Paiement des prestations arriérées

<sup>1</sup> En dérogation à l'article 31 LPGA, les prestations sont allouées rétroactivement au plus pour les douze mois qui précèdent l'exercice du droit à celles-ci. Elles sont accordées pour une période antérieure plus longue si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant le droit aux prestations et s'il présente sa demande dans les douze mois comptés du moment où il en a connaissance.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut limiter le droit au remboursement de certaines mesures de réadaptation exécutées avant le prononcé de la commission de l'assurance-invalidité.

*Art. 49 et 50*

*Abrogés*

*Art. 52*

*Abrogé*

*Art. 58<sup>1)</sup>*

*Ne concerne que le texte allemand.*

*Art. 66, titre médian, 1<sup>er</sup> al.*

Dispositions applicables de la LAVS

<sup>1</sup> A moins que la présente loi n'en dispose autrement, les dispositions de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)<sup>2)</sup> concernant la garantie du droit aux prestations, les employeurs, les caisses de compensation, les décomptes et les paiements, la comptabilité, la révision des caisses et le contrôle des employeurs, la couverture des frais d'administration, la responsabilité pour dommages, la Centrale de compensation, la prise en charge des frais et les taxes postales de même que celles qui ont trait à la force exécutoire sont applicables par analogie.

*Art. 69 Contentieux*

Le contentieux est régi par les dispositions de la LPGA et par l'article 84 de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)<sup>2)</sup>.

*Art. 81*

*Abrogé*

## **8. Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC)<sup>3)</sup>**

*Art. 6, 3<sup>e</sup> al.*

<sup>3</sup> La prestation complémentaire doit faire l'objet d'une décision écrite. Elle peut être versée conjointement avec la rente de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité.

*Art. 7 Contentieux*

Le contentieux est régi par les dispositions de la loi fédérale du . . .<sup>4)</sup> sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et par l'article 84 de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Correspond à l'article 55 du projet de loi faisant l'objet du message du Conseil fédéral, du 25 mai 1988, relatif au deuxième train de mesures en vue d'une nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (3<sup>e</sup> révision de l'AI; FF 1988 II 1293).

<sup>2)</sup> RS 831.10

<sup>3)</sup> RS 831.30

<sup>4)</sup> RO . . .

*Art. 8* Dispositions applicables de la LAVS

Les dispositions de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)<sup>1)</sup> sur la garantie du droit aux prestations et sur la force exécutoire sont applicables par analogie.

*Art. 12 et 13*

*Abrogés*

**9. Loi fédérale du 20 juin 1952<sup>2)</sup> sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA)**

*Art. 8* Compensation

Les allocations familiales pour les petits paysans peuvent être compensées avec les cotisations que les ayants droit doivent à l'assurance-vieillesse et survivants ainsi qu'aux assurances sociales qui lui sont liées de même qu'avec les contributions dues en vertu de l'article 18 de la présente loi.

*Art. 11* Restitution d'allocations familiales indûment touchées

La restitution d'allocations familiales indûment touchées a lieu selon l'article 32, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, de la loi fédérale du ...<sup>3)</sup> sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

*Art. 14, 3<sup>e</sup> al.*

<sup>3</sup> La garantie d'un emploi des allocations conforme à leur but est régie par l'article 26 LPGA.

*Art. 17* Obligation de renseigner

L'obligation de renseigner est régie par l'article 36 LPGA.

*Art. 18, 3<sup>e</sup> al.*

<sup>3</sup> Les articles 31 et 32, 3<sup>e</sup> alinéa, LPGA, ainsi que l'article 16 de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)<sup>1)</sup> s'appliquent au paiement des contributions arriérées et à la restitution de contributions versées en trop.

*Art. 22* Contentieux

Le contentieux est, sous la réserve de l'article 6, 4<sup>e</sup> alinéa, régi par les dispositions de la LPGA et par l'article 84 LAVS<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> RS 831.10

<sup>2)</sup> RS 836.1

<sup>3)</sup> RO ...

*Art. 23* Dispositions pénales

L'article 87 LPGGA de même que les articles 87 à 91 LAVS<sup>1)</sup> s'appliquent aux personnes qui violent les prescriptions de la présente loi de la manière décrite par ces articles.

*Art. 25* Dispositions applicables de la LPGGA et de la LAVS

Les dispositions de la LPGGA et de la LAVS<sup>1)</sup> s'appliquent par analogie dans la mesure où la présente loi ne règle pas exhaustivement les modalités de son exécution.

**10. Loi fédérale sur la procédure administrative (PA)<sup>2)</sup>**

*Art. 3, let. g (nouvelle)*

Ne sont pas réglés par la présente loi:

- g. La procédure applicable aux autorités et organisations fondatrices ainsi qu'aux organes d'exécution de l'assurance sociale.

34305

<sup>1)</sup> RS 831.10

<sup>2)</sup> RS 172.021

---

## Abréviations

AA	Assurance-accidents
AC	Assurance-chômage
AF	Allocations familiales dans l'agriculture
AI	Assurance-invalidité
AM	Assurance-maladie
AMF	Assurance militaire
AMM	Assurance-maladie et maternité
APG	Régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes servant dans l'armée ou dans la protection civile
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CCE	Commission du Conseil des Etats
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LACI	Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité
LAF	Loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAMA	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAMF	Loi fédérale sur l'assurance militaire
LAPG	Loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes servant dans l'armée ou dans la protection civile
LAVS	Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
LF	Loi fédérale
LPA	Loi fédérale sur la procédure administrative
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance- vieillesse, survivants et invalidité
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
OACI	Ordonnance sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité
OJ	Loi fédérale d'organisation judiciaire
OLAA	Ordonnance sur l'assurance-accidents
Ord.	Ordonnance
PC	Prestations complémentaires à l'assurance- vieillesse, survivants et invalidité
PP	Prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
RAI	Règlement sur l'assurance-invalidité
RAVS	Règlement sur l'assurance- vieillesse et survivants
SSDA	Société suisse de droit des assurances
TFA	Tribunal fédéral des assurances

# Rapport explicatif de la Commission

## 1 Situation initiale

### 11 Complexité des assurances sociales suisses

#### 111 Développement historique

Le but des assurances sociales consiste en général à protéger la population ou certaines catégories de celle-ci contre les conséquences économiques graves de certaines vicissitudes de la vie. Ce but est atteint en Suisse par le concours de plusieurs systèmes d'assurances sociales dont les structures juridiques, financières et administratives sont aménagées de façon diverse. Cette diversité des systèmes s'explique avant tout par l'évolution historique.

Les assurances sociales de la Confédération ont vu le jour il y a 100 ans, soit en 1890, par l'insertion de l'article 34<sup>bis</sup> dans la constitution (cst.) qui attribuait à la Confédération la tâche de créer une assurance-maladie et accidents et de la déclarer, le cas échéant, obligatoire pour toute la population ou certaines catégories de celle-ci. Dix années plus tard, la création systématique des assurances sociales subissait un premier revers: à une forte majorité, le peuple rejeta en 1900, lors d'un référendum, la loi dite «lex Forrer» qui devait réglementer d'une façon coordonnée l'assurance-maladie, accidents et l'assurance militaire. Par la suite, chacune de ces trois branches des assurances sociales a été réglementée séparément, la Confédération renonçant à une codification globale compromise au niveau du référendum politique. Ainsi, l'assurance militaire fut réglementée par une loi (1901), l'assurance-maladie et accidents, en 1911, par la LAMA, ce qui n'a toutefois pas empêché qu'il n'y ait – malgré une enveloppe commune – guère de points communs entre l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance-maladie en principe facultative.

L'entre-deux-guerres n'a pas amené d'innovations fondamentales dans le domaine des assurances sociales. Les caisses d'allocations-chômage ont été améliorées par une loi de subventionnement (1924), la base constitutionnelle de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité a été créée (1925), cependant une première loi sur l'AVS, la «lex Schulthess», a été rejetée par le peuple en 1931.

Une extension importante des assurances sociales a commencé tout de suite après la Deuxième Guerre mondiale. Les expériences positives avec le régime de l'assurance perte de gain des militaires créé en temps de guerre et financé en pour cent des salaires ainsi que le droit à la sécurité sociale internationalement reconnu ont facilité la voie à l'introduction d'un système cohérent, imprégné du principe de solidarité, de l'assurance de base AVS (1948) et de l'AI (1960). Un système complémentaire de prestations complémentaires garantissait dès 1966 un revenu minimum aux rentiers AVS/AI de situation économique modeste. Ce complexe d'assurances a été étendu par étapes, l'article 34<sup>quater</sup> cst. remanié en 1972 assurant dès lors la base constitutionnelle. Parallèlement, on a également partiellement révisé d'autres assurances sociales, comme l'assurance militaire (1949), les allocations familiales dans l'agriculture (1952), le régime des allocations pour

perte de gain (1952) et l'assurance-maladie (1964). Il convient de relever que la Confédération – nonobstant l'article sur la protection familiale de la constitution (art. 34<sup>quinquies</sup>) adopté en 1945 – créa une réglementation en matière d'allocations familiales uniquement destinée aux agriculteurs et qu'elle laissa aux cantons le domaine des allocations familiales pour les salariés non agricoles et les indépendants, domaine réglementé d'une façon très variée par les cantons.

Les assurances sociales ont acquis une certaine «rondeur» dans les années 80. L'assurance-accidents et l'assurance-chômage ont été nouvellement codifiées et révisées dans des parties importantes (en vigueur depuis 1984). Afin de garantir le niveau de vie habituel aux rentiers AVS/AI, la prévoyance professionnelle a été déclarée obligatoire pour les salariés au sens de l'article 23<sup>quater</sup> cst. mentionné et portée à un niveau minimal (en vigueur depuis 1985). Seule une nouvelle réglementation de l'assurance-maladie, la plus ancienne branche des assurances sociales, n'a pas pu être réalisée jusqu'ici malgré plusieurs tentatives.

## 112 Diversité des différents systèmes

Considérées sous l'aspect des bases légales, les assurances sociales suisses englobent dix systèmes. Les différentes lois fédérales, qui, avec leurs ordonnances et directives d'application, réglementent chaque secteur d'assurance sont:

- LF sur l'assurance-maladie (LAMA, 13 juin 1911),
- LF sur l'assurance-accidents (LAA, 20 mars 1981),
- LF sur l'assurance militaire (LAM, 20 sept. 1949),
- LF sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI, 25 juin 1982),
- LF sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA, 20 juin 1952),
- LF sur le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes astreintes au service militaire ou à la protection civile (LAPG, 25 sept. 1952),
- LF sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, 20 déc. 1946),
- LF sur l'assurance-invalidité (LAI, 19 juin 1959),
- LF sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC, 19 mars 1965),
- LF sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP, 25 juin 1982).

Des relations étroites (comme p.ex. entre l'AVS/AI/APG/PC) ou des liens ponctuels (comme pour le financement entre l'AC et l'AVS) existent bien en partie entre les différentes branches, cependant la diversité des systèmes est beaucoup plus prononcée que sa concordance. Le rapport et le projet d'une partie générale des assurances sociales de la Société suisse de droit des assurances (rapport SSDA) énumèrent aux pages 10 ss l'un après l'autre les différents éléments sur lesquels reposent les structures de ces dix systèmes. En résumé, l'on peut constater que quatre systèmes incluent la population résidante, trois des salariés selon divers critères et les autres systèmes des cercles particuliers de personnes. Différentes branches d'assurances fournissent des prestations similaires. Ainsi quatre systèmes supportent les frais de guérison en cas de maladie ou d'accident, cinq systèmes prévoient des mesures de réadaptation et ce sont également cinq systèmes qui octroient des rentes ou des prestations analogues aux

rentes en cas de décès, d'invalidité ou de vieillesse. Pour financer les différentes branches, on recourt aux sources de financement classiques en six variantes – cotisations des assurés fixes ou en pour cent du salaire, cotisations des employeurs en pour-cent du salaire, prestations de la Confédération et des cantons. L'organisation repose sur huit différents supports et la procédure d'application est particulière à chaque système, en partie même réglementée différemment au sein d'un même système.

### **113 Les inconvénients de la diversité**

Il est évident que la diversité systématique de nos assurances sociales qui se sont développées en plusieurs décennies nuit à leur cohésion. Même si l'on doit accepter la multiplicité des systèmes d'assurance avec la diversité de leurs prestations, financements et organisations, il conviendrait cependant de créer un lien aussi large que possible entre les systèmes, grâce à des règles de coordination et d'harmonisation. Tel n'est pas le cas ou seulement partiellement. Des notions juridiques élémentaires («salarié», «salaire déterminant», etc.) sont définies différemment dans chaque système. D'importants concepts juridiques (tels la réduction ou le refus de prestations en cas de comportement fautif, la demande de restitution de prestations touchées à tort) sont organisées différemment. Des réglementations apparentées (p. ex. sur les tarifs médicaux) présentent différentes structures. Les règles concernant la procédure des assurances sociales et le statut des assurés sont variées et présentent en partie des lacunes, de même celles se rapportant à la protection juridique (opposition, recours) comportent des différences. Bien que la coordination des différentes prestations soit souvent prévue «bilatéralement», une réglementation uniforme fait toutefois défaut.

Toutes ces divergences entravent une application aussi homogène que possible du droit des assurances sociales – telle que son objectif l'impose – et les réglementations apparaissent aux citoyens comme complexes et peu compréhensibles.

## **12 Efforts de coordination entrepris jusqu'à présent**

### **121 Harmonisation des différentes lois**

Il ne faut pas conclure des remarques faites ci-devant que le législateur n'a jusqu'à présent voué aucune attention à la coordination des systèmes. Les branches d'assurances étroitement liées comme l'AVS et l'AI ont toujours été révisées et développées de manière coordonnée. De nouvelles codifications ont permis de réaliser la concordance avec d'autres systèmes. Ainsi, de nombreuses notions et règles juridiques de la LAA (p.ex. l'invalidité, le recours contre le tiers responsable) concordent avec celles de l'AVS/AI. Cependant, de telles concordances se limitent à des systèmes isolés et là encore à des points précis seulement. Une coordination générale des assurances sociales doit être effectuée par d'autres moyens.

## 122      **Jurisprudence**

La jurisprudence tend elle aussi à harmoniser, lorsque cela est possible, les normes des différents systèmes des assurances sociales. Ainsi le TFA définit l'invalidité et le degré d'invalidité dans l'AI, l'AA et l'AM selon des critères largement identiques ou se réfère à des réglementations analogues d'autres systèmes pour combler les lacunes existant dans le droit de l'assurance-maladie (p.ex. concernant la demande de restitution de prestations touchées à tort). Naturellement, la simple interprétation ne permet de pallier qu'un nombre restreint de défauts de coordination.

## 123      **Interventions parlementaires**

Seule une réglementation légale englobant l'ensemble du système permettra d'obtenir une coordination complète des assurances sociales. Différentes interventions parlementaires visaient à atteindre cet objectif. Dans un postulat Hofstetter (1966), on a en premier lieu requis que soit établi un inventaire des «doubles emplois et des lacunes dans les assurances». Une motion Josi Meier (1973) demandait de combler les lacunes, de supprimer les cas de surassurance et de coordonner et d'harmoniser les assurances sociales. Un postulat du parti socialiste (1976) recherchait le même objectif. Deux autres interventions liées dans le même contexte avaient pour objet une nouvelle réglementation et une unification de certains domaines spécifiques, à savoir le droit de procédure (postulat Schärli 1980) et la demande de restitution de prestations indûment touchées (motion Jelmini 1983). Le Conseil fédéral déclara toutes ces interventions comme objectivement fondées et accepta de les examiner, non sans avoir fait remarquer la difficulté de cette entreprise; néanmoins, la possibilité de créer une partie générale des assurances sociales avait été mentionnée lorsqu'on a répondu aux plus récentes interventions.

## 13        **Possibilités et limites d'une coordination plus étendue**

On peut en principe envisager trois possibilités de lier plus étroitement et de mieux coordonner les différents systèmes des assurances sociales: la codification globale du droit des assurances sociales, le rajustement des différentes lois des assurances sociales par une vaste loi d'harmonisation et la création d'une partie générale valable pour le droit des assurances sociales. Les avantages et les inconvénients de ces méthodes de coordination sont brièvement exposés ci-après.

## 131      **Codification globale du droit des assurances sociales**

A première vue, une codification globale du droit des assurances sociales permet d'espérer un degré élevé de clarté et de cohésion. Sont intéressants dans cette optique, les efforts en cours entrepris par la République fédérale d'Allemagne afin de réunir en un seul code de la sécurité sociale l'ensemble du droit social. La RFA connaît des problèmes de coordination analogues, bien que quelque peu

différents de ceux de la Suisse, étant donné que d'autres systèmes pour les employés, les artisans, les paysans, etc. sont venus s'ajouter à la «Reichsversicherungsordnung (RVO)» de 1911. En 1970, le gouvernement fédéral prit donc la décision de réunir successivement, selon une sorte de système de boîte de construction, dans un code social comprenant dix livres, tout le droit social devenu compliqué et peu transparent. Aujourd'hui, l'on dispose seulement de quatre livres de la codification – quelque peu étendue sur le plan formel –, à savoir la partie générale (1975) et les livres «Dispositions communes en matière d'assurances sociales» (1976), «Procédure administrative» (1980) et «Assurance-maladie» (1988).

Les expériences faites en Allemagne fédérale relèvent qu'une codification approfondie du droit social requiert beaucoup de temps et de travail; à ce propos, il faut cependant remarquer qu'il est visiblement plus aisé de réaliser une réunion systématique des domaines plus formels du droit social que celle du droit matériel dans le champ de tension des controverses socio-politiques. Un point aggravant pour la Suisse découlerait du fait que les différentes parties d'une codification par étapes devraient être décidées dans une procédure législative ordinaire et qu'ainsi un référendum qui aurait abouti contre une seule partie mettrait en danger l'ensemble du projet.

### **132 La loi d'harmonisation**

La loi d'harmonisation permet d'harmoniser à un certain moment les différentes lois des assurances sociales entre elles. La loi sur l'harmonisation n'a pas d'existence propre en tant que telle, la coordination étant obtenue en modifiant et en complétant les différentes lois; à cette occasion, le domaine des normes formelles (p.ex. les notions, la procédure) ainsi que les réglementations matérielles (p.ex. les taux des indemnités journalières) peuvent être uniformisés. Un avantage de cette procédure est constitué par le fait que les différentes lois continuent de renfermer des réglementations définitives. Est en revanche désavantageux le fait que la coordination, bien qu'elle soit réalisée à un certain moment, ne limite pas la tendance des différentes réglementations à s'écarter l'une de l'autre ultérieurement. En outre – si l'on n'opère pas des renvois transversaux compliqués – il faudrait répéter dans toutes les lois de nombreux ensembles de normes (p.ex. concernant la procédure) et le problème de l'introduction de normes superposées au système ne pourrait pas être résolu de façon satisfaisante (p.ex. sur le cumul de prestations; la surindemnisation, la prestation préalable). Cependant, l'harmonisation peut se révéler judicieuse lorsqu'il s'agit de coordonner des normes matérielles ou des systèmes liés seulement en partie aux assurances sociales.

### **133 Partie générale**

Le concept d'une partie générale du droit des assurances sociales repose sur l'idée de détacher des lois spéciales les dispositions de validité générales pour tous les systèmes et celles qui appartiennent à plusieurs systèmes et à les rassembler dans

une partie générale sous forme de loi particulière. Une telle loi ne permet cependant pas d'uniformiser le droit matériel en matière d'assurances sociales (p.ex. concernant les prestations ou leur financement); ces normes demeurent dans les différentes lois spéciales et sont soumises aux particularités socio-politiques indiquées ci-devant. En revanche, une partie générale peut avant tout harmoniser les notions, les conceptions juridiques et les règles de procédure des différentes branches des assurances sociales. La cohésion du droit des assurances se trouve ainsi renforcée, étant donné que des modifications ultérieures des règles générales s'appliqueraient dans la même mesure à tous les systèmes. D'un autre côté, les différentes lois ne contiennent plus toutes les normes applicables et ne se réfèrent que partiellement à la partie générale; cet inconvénient est faible et l'on peut y remédier en publiant les lois sous une forme appropriée.

## **14 Le rapport de la Société suisse de droit des assurances (SSDA)**

### **141 Cause, groupe de travail, élaboration**

La SSDA qui traite sur le plan scientifique les problèmes juridiques des assurances privées et sociales a inclus dans son programme de travail, vers la fin des années septante, le problème posé par une amélioration de la coordination et de la cohésion du droit multiforme des assurances sociales. Elle constitua un groupe de travail comprenant 24 spécialistes du droit des assurances sociales (professeurs, juges, juristes spécialisés des autorités de surveillance et des différentes branches d'assurance) et lui attribua le mandat de formuler des propositions en vue d'une meilleure disposition systématique du domaine juridique sans modifier fondamentalement les différents systèmes.

Le groupe de travail entama ses travaux en 1979. Il compara tout d'abord les différents systèmes et examina leurs divergences et leur manque ou insuffisance de concordances. Il considéra comme irréalisable une codification globale du droit des assurances sociales. En revanche, il se promettait d'obtenir d'une partie générale un lien juridiquement équitable et une meilleure saisie des systèmes des assurances sociales. Après un travail «de milice» de cinq ans, il présenta son rapport accompagné d'un projet portant sur une partie générale; ce faisant, il aménagea ledit projet en tant que projet de loi pour montrer qu'une telle loi «serait matériellement judicieuse et possible du point de vue de la technique législative».

### **142 Points majeurs du projet**

La partie générale ébauchée par la SSDA comprend tout le domaine du droit des assurances sociales de la Confédération; les dispositions de portée générale remplacent les dispositions correspondantes, souvent divergentes ou insuffisantes des différentes lois, ce qui permet de réduire l'ensemble des normes des assurances sociales. Un premier groupe de normes devrait permettre de décrire et d'organiser uniformément les notions (telles l'incapacité de travail, l'invalidité, l'employeur) et les réglementations (telles les conventions tarifaires, la réduction

des prestations, la restitution). Un deuxième groupe de normes porte sur l'unification du droit formel des assurances sociales, en particulier la procédure des institutions d'assurances sociales, mais aussi la procédure juridique de première instance. Un troisième groupe de dispositions règle la coordination entre les différents systèmes et prévoit pour les diverses prestations (p.ex. priorité des prestations ou cumulation des prestations avec interdiction de surindemnisation) une coordination étendue et différenciée selon les genres de prestations notamment. Finalement, différents domaines particuliers (tels la responsabilité des organes, l'exemption d'impôts des institutions) sont à régler en commun.

Pour les détails, l'on peut se reporter au rapport de la SSDA.

## **143 Publication, réactions**

Le «rapport et projet sur une partie générale du droit suisse des assurances sociales» de la SSDA a été publié (éditions Stämpfli, Berne), présenté à l'assemblée générale de la Société et remis à la presse en automne 1984. Les réactions tant de la presse politique que spécialisée ont été en principe positives. Divers milieux ont émis l'avis que la réalisation politique devrait désormais suivre le travail scientifique préliminaire. La manière d'y parvenir se trouve exposée ci-après.

## **2 L'initiative parlementaire**

### **21 Texte, dépôt, renvoi à la motion Borel**

Le 7 février 1985, M<sup>me</sup> Josi Meier, conseillère aux Etats, a déposé l'initiative parlementaire suivante sous la forme d'une suggestion générale:

A la suite de la motion visant à une meilleure coordination des prestations des assurances sociales, motion que j'ai déposée et qui a été transmise en 1973, je présente, conformément à l'article 21<sup>sexies</sup> de la loi sur les rapports entre les Conseils, une initiative parlementaire conçue en termes généraux, demandant que soit édictée une loi fédérale réunissant la partie générale du droit des assurances sociales; cette loi s'inspirera du projet élaboré par la Société suisse de droit des assurances, que, selon des articles parus récemment dans la presse, cette société a présenté et adressé au DFI en janvier 1985.

En date du 19 mars 1985, le conseiller national Borel déposa une motion ayant le même objet. Dans cette motion, il demandait avec 35 cosignataires que le Conseil fédéral entreprenne une consultation portant sur la question d'une partie générale du droit des assurances sociales et qu'il présente ensuite aux Chambres fédérales une loi correspondante pour délibération. Dans la perspective des travaux que devait entreprendre le Conseil des Etats et qui sont exposés ci-après, le conseiller national Borel retira sa motion le 10 juin 1985.

### **22 Examen par la commission et le Conseil des Etats**

Conformément à l'article 21<sup>ter</sup> de la loi sur les rapports entre les Conseils, une Commission du Conseil des Etats présidée par M. Steiner a procédé le 2 mai 1985

à l'examen préalable de l'initiative parlementaire. Après consultation de l'auteur de l'initiative ainsi que des représentants de l'administration et après discussion approfondie, ladite commission a conclu que la coordination sur le plan du droit des assurances sociales pouvait être améliorée le plus rapidement par la voie proposée dans l'initiative. A l'unanimité et sans abstentions, elle a proposé de donner suite à l'initiative parlementaire.

Le Conseil des Etats a approuvé cette proposition le 5 juin 1985 et chargé la commission d'élaborer un projet correspondant. Celle-ci à son tour a décidé, le 23 octobre 1985, conformément à l'article 21<sup>quater</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi sur les rapports entre les conseils, de demander au Conseil fédéral d'engager une procédure de consultation relative au projet de loi élaboré par la société suisse de droit des assurances (SSDA).

## **23 Procédure de consultation relative au projet SSDA**

Le 13 février 1986, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a ouvert la procédure de consultation souhaitée. En ce qui concerne les destinataires (cantons, partis politiques, associations faîtières de l'économie, organisations intéressées) et les questions, le DFI s'en est tenu aux propositions de la commission du Conseil des Etats. Le délai de consultation a expiré le 30 juin 1986. Le dépouillement des réponses a été confié à l'Office fédéral des assurances sociales qui en a consigné les résultats dans un rapport de 60 pages, soumis à la Commission du Conseil des Etats à la fin 1986.

Le but visé par une partie générale du droit des assurances sociales, à savoir une meilleure coordination des différentes branches des assurances sociales, n'était en général pas contesté. Plusieurs participants à la procédure de consultation auraient cependant préféré atteindre cet objectif en modifiant les différentes lois sur les assurances sociales (au moyen d'une loi d'harmonisation) et non pas en créant une nouvelle loi distincte parallèle aux lois existantes.

En outre, la procédure de consultation a fait apparaître sur certains points de nombreux désirs différents, voire souvent opposés. C'est ainsi que les employeurs et les institutions d'assurance ont remis en cause l'application de la partie générale au domaine de la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité. Pour plus de détails, il convient de se reporter aux explications ci-après concernant les caractéristiques du projet et aux commentaires relatifs aux textes de loi.

## **24 Elaboration du projet de la commission**

Le 28 avril 1987, la Commission du Conseil des Etats a pris connaissance des résultats de la consultation. Elle a décidé de poursuivre elle-même les travaux devant aboutir à un projet de loi et, partant, de ne pas déléguer cette tâche au Conseil fédéral (au moyen d'une motion correspondante). A cette fin, elle a constitué une sous-commission et a fait appel à M. Hans Naef, docteur en droit, président de la Société suisse de droit des assurances, ancien directeur-suppléant de l'Office fédéral des assurances sociales, pour la fonction d'expert. En même

temps, elle demande au Conseil des Etats de proroger son mandat de deux autres années.

S'appuyant sur les travaux préliminaires du groupe de travail, la commission a ensuite, lors de ses séances des 22 octobre et 17 novembre 1987, pris une série de décisions. Celles-ci concernaient la réalisation de la partie générale du droit des assurances sociales par une loi particulière, estimant que seule une telle loi permettrait de faire connaître à toutes les parties (y compris le législateur lui-même) les notions communes et de coordination généralement valables et de prévenir une «érosion» ultérieure par des modifications aux lois en vigueur dans les domaines particuliers. Par ailleurs, elle a décidé, dans sa majorité, d'exclure de la partie générale le domaine de la prévoyance professionnelle tout en transférant par une loi de modification de nombreuses règles de la partie générale dans la LPP actuelle. Elle envisage un procédé analogue pour les allocations familiales dans l'agriculture. En outre, elle a décidé de modifier ou de supprimer plusieurs points qui avaient été violemment contestés dans la procédure de consultation.

Finalement, elle a mandaté l'expert précité pour revoir, en collaboration avec l'administration, le projet de loi sur les plans juridique et rédactionnel et pour étudier en particulier son intégration dans le régime juridique actuel. Ce travail de mise au net, qui s'est révélé assez étendu, a été achevé lors de la séance de la Commission du Conseil des Etats des 20 et 21 février 1989, présidée désormais par M. le conseiller aux Etats Zimmerli et comprenant plusieurs nouveaux membres. A cette occasion, la commission a décidé d'engager une nouvelle procédure de consultation portant sur le texte mis au net, respectivement d'en charger le Conseil fédéral.

## 25 Procédure de consultation pour le projet de la commission

Le DFI a engagé la procédure de consultation en décembre 1989, fixant un délai au 28 février 1990. Les destinataires étaient les mêmes que pour la première enquête (ch. 23) auxquels s'ajoutaient ceux qui s'étaient à l'époque annoncés spontanément. L'exploitation a été faite par l'Office fédéral des assurances sociales séparément pour les services fédéraux et pour les autres destinataires concernés. Les deux rapports ont été reçus par la Commission du Conseil des Etats à fin août 1990.

Les avis exprimés ont tous été plus brefs que la première fois et sont, en principe, positifs. L'avis était critique par exemple de la part du patronat. A nouveau, on disait préférer résoudre la question par une loi d'harmonisation plutôt que par une partie générale avec une solution séparée pour la prévoyance professionnelle.

Sur demande de la Commission du Conseil des Etats, le Conseil fédéral lui a donné une première appréciation du projet. Ceci sous réserve d'une opinion différente lors de la présentation du rapport avec proposition au Conseil fédéral, selon article 21<sup>quater</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas LREC. Le Conseil fédéral juge le projet susceptible de réaliser le but recherché par l'initiative parlementaire après le règlement de quelques questions encore ouvertes (rapport aux révisions d'autres lois; ordonnance LPGA; dispositions transitoires). Toutefois, il a actuellement

d'autres priorités telles que la 10<sup>e</sup> révision de l'AVS, les révisions de l'assurance maladie et du deuxième pilier ainsi que l'examen du rapport entre le premier et le deuxième pilier.

## **26 Fin des délibérations de la commission**

Les 4 et 27 septembre 1990, la commission discuta des résultats de la procédure de consultation, apporta quelques modifications et compléments au projet de loi sur la partie générale du droit des assurances sociales et apura le rapport explicatif. Elle décida ensuite, à l'unanimité, de soumettre le projet de loi à l'assemblée plénière en proposant l'acceptation.

## **3 Aspects fondamentaux du projet**

### **31 Généralités**

Ses propres délibérations ainsi que l'examen attentif des arguments présentés lors de deux procédures de consultation ont amené – comme déjà mentionné – la commission du Conseil des Etats à conclure que l'amélioration de la coordination et de la transparence du droit des assurances sociales visée par l'initiative parlementaire pouvait être réalisée de façon adéquate, du moins dans son domaine central, par l'introduction d'une partie générale. Ce n'est que pour deux systèmes seulement, qui restent un peu en marge de l'organisation sociale du droit fédéral, qu'il conviendra d'appliquer la méthode de l'harmonisation juridique (ch. 132).

Dans son concept global, le projet s'appuie sur celui qui avait déjà été élaboré par la SSDA (ch. 142). Néanmoins, sur des points de détail, on a tenu compte de nombreuses modifications ou d'additifs, proposés par des membres de la commission ou lors de consultations. Il y sera fait plus particulièrement référence dans les chapitres suivants.

Déjà les auteurs du projet SSDA avaient constaté que toutes les normes qui débordent le cadre du système ne pouvaient pas être ancrées dans une seule et même loi. Diverses prescriptions de détail, comme la délimitation du salaire déterminant ou bien la fixation d'un plafond de cotisation et de prestation dépendent de facteurs économiques variables et doivent donc faire l'objet d'une ordonnance. En conséquence, ce projet – comme celui de la SSDA – prévoit que la partie générale légale soit complétée en temps voulu par une ordonnance de portée générale (art. 2, 3<sup>e</sup> al.).

### **32 Champ d'application et domaine de validité**

La partie générale s'applique en principe à huit des dix systèmes d'assurance sociale (art. 1<sup>er</sup>/ch. 112). En ce qui concerne les deux «systèmes marginaux» des allocations familiales dans l'agriculture et de la prévoyance professionnelle qui sont en étroite liaison avec certains règlements cantonaux ou de droit privé, on a constaté que la connexité avec les autres assurances sociales de la Confédération n'était pas suffisante pour les subordonner sans restrictions à la partie générale.

En conséquence, le projet les excepte de l'application directe de la partie générale. La Commission du Conseil des Etats est cependant d'avis qu'un ajustement des diverses dispositions particulières de ces deux domaines à la partie générale s'impose afin de parvenir ainsi à une large harmonisation du droit (ch. 9). Initialement, on prévoyait, par une révision partielle préalable, d'adapter certaines normes de la LPP à la partie générale. Lors de la deuxième consultation, on signala de divers côtés qu'une révision de la LPP était prévue de toute manière, ainsi l'adaptation dont certains points devraient être approfondis se ferait encore mieux à cette occasion.

La commission adopta cette opinion car la révision de la LPP doit se faire jusqu'à fin 1994. Elle joint, néanmoins, son avant-projet à ce rapport dans l'idée qu'il peut servir de base et de guide à l'adaptation de la LPP à la partie générale.

A diverses reprises lors des consultations, on a émis la critique comme quoi la partie générale s'interposait entre la constitution et la loi. En fait, il n'en est rien. Il est vrai que par le biais d'une clause générale (art. 2, 1<sup>er</sup> al. et de l'adaptation des lois spéciales (Appendice), les dispositions particulières qui s'opposent à la partie générale seraient supprimées. Cependant, le législateur demeure libre d'apporter des modifications à chacune de ces lois spéciales. Toutefois – et c'est là l'un des avantages de la partie générale – lorsqu'il s'agit de normes débordant le système, il est censé tenir compte de leurs répercussions sur les autres branches de l'assurance sociale et de les ordonner de façon générale, si besoin est.

### **33            Coordination et harmonisation des normes d'assurance sociale**

Conformément au présent projet – et de façon similaire à ce qui était prévu dans le modèle SSDA – la cohérence des huit systèmes d'assurance sociale doit être réalisée à trois niveaux, à savoir par la définition uniformisée ou l'aménagement de concepts et de termes juridiques communs, par l'harmonisation de la procédure et par une coordination recouvrant tous les systèmes, principalement dans le domaine des prestations; en outre, un certain nombre de conditions de droit administratif, pénal et fiscal devrait faire l'objet d'une normalisation commune.

Les définitions et réglementations contenues dans le projet relatif au domaine de l'assurance, des prestations et des cotisations ne s'écartent que sur quelques points seulement de celles de la proposition SSDA. Ces définitions et réglementations portent sur des notions fondamentales et des éléments de calcul (tels qu'accident, impotence, invalidité, salarié, salaire déterminant), sur des principes relatifs à la fourniture de prestations en nature (admission des prestataires, rentabilité, tarifs), sur les règles concernant la réduction ou le refus de prestations, notamment lors de comportement fautif de l'assuré. Enfin, ces définitions et réglementations concernent également les règles juridiques communes à tous les systèmes (renonciation à la prestation, restitution, compensation). La fixation des normes concrètes relatives au domaine d'assurance, aux droits à des prestations et à l'obligation de cotiser demeurent réservées à chacune des lois respectives. En conséquence, dans le présent projet – contrairement à la proposition SSDA, la notion de salarié est effectivement définie, mais, par contre, le cercle des

personnes assurées dans le domaine des assurances dites «travailleurs» n'y est pas circonscrit (art. 10). De même, pour les tarifs médicaux, seules les structures doivent être établies en commun. En revanche, la fixation des remboursements dans le cadre de ces structures reste du ressort respectif des diverses branches de l'assurance sociale (art. 19). Ce n'est que pour certaines prestations en nature spécifiques (médicaments, p.ex.) que le taux d'indemnisation doit être fixé en commun, sur la base de la partie générale, ceci pour toutes les branches concernées. Quant aux règlements concernant la réduction et le refus de prestations (art. 27), ils ont été conçus d'un point de vue divergent de la proposition SSDA; essentiellement dans la perspective des engagements pris par la Suisse dans le cadre d'accords internationaux, lors de la survenance – par négligence grave – d'un cas d'assurance, on renoncera à des sanctions. Pour les autres modifications du projet SSDA, on se reportera aux commentaires (ch. 4).

Concernant le domaine du droit formel des assurances sociales, le projet comporte – de façon similaire à la proposition SSDA – des dispositions qui facilitent à l'assuré l'accès à l'assurance sociale et qui réglementent sa participation et ses droits aux prestations. De plus, ces dispositions garantissent l'action conjointe des institutions d'assurance et des autorités administratives, fixant les limites de l'obligation de garder le secret – à l'exemple de la législation sur la protection des données. La procédure sur le plan de l'exécution des dispositions est uniformisée. De même, des tribunaux et des principes de procédure communs sont également prévus en ce qui concerne la jurisprudence de première instance. Pour ce qui a trait aux quelques divergences par rapport au projet SSDA, on se référera aux commentaires (ch. 4).

Pour la coordination débordant le système des diverses prestations d'assurance sociale entre elles, le projet applique les critères connus, soit le principe des priorités ou encore le principe du cumul, limité par une clause de surindemnisation. Le principe de priorité s'applique principalement dans les cas des traitements médicaux et autres prestations en nature, pour diverses formes d'indemnités journalières, pour des rentes justifiées par des accidents et dépassant le cadre AVS/AI ainsi que dans le cas d'allocations pour impotents. A ce propos cependant, l'ordre des priorités des systèmes prestataires sera défini de façon concise et l'on renoncera à exclure les retraités AVS du droit à percevoir une rente d'assurance-accidents ou d'assurance militaire, proposition, très contestée, qui avait été faite à l'origine par la SSDA. En cas de concordance de rentes ou d'indemnités journalières et de rentes d'un autre système servies concomitamment, c'est le principe du cumul qui doit en règle générale être observé, sous réserve cependant d'une surindemnisation. La clause de surindemnisation a été redéfinie par rapport à la proposition SSDA et a été rapportée aux situations financières des assurés, aux frais supplémentaires éventuels dus à des dommages qu'ils pourraient subir ainsi qu'aux pertes de revenus de proches. L'obligation de prestation préalable lors de droit contesté à des prestations a été réglementée dans le détail. Il convient plus particulièrement de mentionner que la prévoyance professionnelle exceptée de la partie générale a dû être intégrée sous deux points spécifiques dans la réglementation de coordination, notamment en ce qui concerne ses liens avec les rentes de l'assurance-accidents et de l'assurance militaire ainsi qu'avec l'obligation de prestation préalable de ces deux assurances

en cas de litige. Les règles portant sur la possibilité de recours de l'assureur social contre le tiers responsable correspondent à celles énoncées dans le projet SSDA. Cependant, en vertu de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, le recours contre les proches est limité.

La perception générale des cotisations sur les indemnités journalières des diverses branches de l'assurance sociale en faveur de l'AVS/AI et des APG est prévue dans le projet – de même qu'elle l'était déjà dans la proposition SSDA. Néanmoins, elle ne s'applique pas aux indemnités journalières de l'assurance-maladie qui continuent d'être fixées sur une base volontaire.

Les dispositions communes contenues dans la partie générale – en dehors du domaine de l'assurance, des prestations et des cotisations – englobent les règles proposées par la SSDA concernant le droit de surveillance, des prescriptions sur la responsabilité des organes – qui ont été adaptées à la loi sur la responsabilité – ainsi que des dispositions sur l'exonération d'impôts des institutions d'assurance et, enfin, des dispositions pénales. En revanche, de l'avis de la Commission du Conseil des Etats, il convient de renoncer à la création d'une Commission fédérale pour l'assurance sociale, du fait que la coordination des divers systèmes incombe de toute façon au Conseil fédéral.

Le passage du droit actuel au nouveau droit ne demande une réglementation particulière que pour le domaine des tarifs, pour la réduction ou le refus de prestations ainsi que pour le traitement juridique. Les dispositions finales ont été conçues conformément à une requête formulée par la Chancellerie fédérale; l'édition complète du droit des assurances sociales telle qu'elle a été proposée par la SSDA n'a pas besoin d'être mentionnée expressément, car le Conseil fédéral peut en prendre l'initiative de sa propre autorité.

### **34 Adaptation des lois spéciales**

Dans les huit lois d'assurance sociale englobées par la partie générale, les dispositions correspondant aux règles générales ou celles qui s'en écartent sont, soit supprimées, soit modifiées (annexe 1). Si, après modification de chacune des lois particulières, une quelconque norme devait malgré tout continuer à entrer en conflit avec la partie générale, c'est cette dernière qui aurait la priorité, conformément à la clause générale (art. 2, 1<sup>er</sup> al.). Dans l'Appendice également, la LFA et la PA ont été adaptées sur certains points particuliers à la partie générale. Par contre, comme mentionné au chiffre 32, l'adaptation nécessaire de la LPP à la partie générale est du ressort de la prochaine révision de la LPP; la proposition de la commission pouvant servir de base aux futurs travaux est indiquée dans l'ajout à ce rapport.

D'une manière générale, il faut signaler que seules sont prévues des modifications des différentes lois qui ont une relation directe avec la partie générale. Certaines consultations ont apporté la proposition qu'avec la partie générale de nouvelles dispositions soient introduites dans les différents systèmes (p.ex. les prestations en cas de suicide dans l'assurance-accidents). De telles modifications doivent,

cependant, être réservées aux révisions des lois particulières qui seront préparées par les différentes commissions.

Voir pour les détails des adaptations proposées des lois particulières, les commentaires du chiffre 4.

## **4 Commentaires sur le projet de la LPGA et sur l'annexe**

### **41 Projet de la LPGA**

#### **Chapitre premier: Champ d'application**

##### *Article premier* Dispositions communes

Selon la proposition de la Société suisse de droit des assurances (SSDA), la partie générale devrait s'appliquer à toutes les dix lois qui réglementent le domaine des assurances sociales fédérales. Lors des consultations, des objections ont été formulées à ce que la partie générale soit valable pour la législation relative aux allocations familiales dans l'agriculture et pour celle de la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP). La CCE a tenu compte de ces arguments comme mentionnés sous chiffre 32. La partie générale ne s'appliquera que dans une mesure limitée aux allocations familiales dans l'agriculture, car elles sont un élément de la politique agricole de la Confédération et sont étroitement liées aux systèmes cantonaux d'allocations familiales. La LFA ne sera donc pas mentionnée à l'article premier mais, autant que possible, harmonisée avec la LPGA par les modifications de l'annexe 1/chiffre 9. La prévoyance professionnelle VSI fait incontestablement partie de l'assurance sociale étant donné ses objectifs; son organisation et son application relèvent cependant à la fois du domaine des assurances sociales et de celui des assurances privées; c'est pourquoi la partie générale n'a qu'une portée relative et la LPP n'est pas mentionnée à l'article premier. Il appartiendra à la prochaine révision de la LPP de l'adapter à la partie générale sur plusieurs points pour lesquels le projet annexé de la CCE à ce rapport apporte quelques indications concrètes.

Par contre, pour les huit assurances sociales fédérales citées à l'article premier, la partie générale – pour autant que certaines dispositions ne fassent pas l'objet d'exceptions formelles – devrait être pleinement appliquée.

##### *Article 2* Rapports entre les différentes lois sur les assurances sociales

Cette disposition règle les rapports entre la partie générale et les lois d'assurances sociales mentionnées à l'article premier. Au 1<sup>er</sup> alinéa, il est dit qu'en principe la partie générale prime les dispositions contenues dans des lois particulières et ayant trait au même domaine. Cette règle est concrétisée principalement par l'adaptation des lois spéciales selon l'annexe. Néanmoins, le principe garantit la primauté de la partie générale également à l'égard des dispositions légales spéciales existantes et, le cas échéant, insuffisamment adaptées à cette partie et facilite l'interprétation en cas de collision entre les prescriptions générales et spéciales. Cependant, la partie générale ne revêt pas un statut «supra-légal». Limitée, la primauté de la «Partie générale» l'est dans la mesure où celle-ci – comme aux articles 22, 2<sup>e</sup> alinéa, et 27, 4<sup>e</sup> alinéa – renvoie à des normes com-

plémentaires ou particulières. En outre, la partie générale est conforme à la structure juridique des diverses branches des assurances sociales. C'est ainsi que ses normes – au même titre que la LAVS – sont directement applicables à l'AVS, alors qu'elles représentent dans l'assurance-maladie – tout comme celles de la LAMA – des dispositions servant de cadre aux statuts, règlements et accords.

Le 2<sup>e</sup> alinéa précise que la partie générale ne touche pas le domaine, varié, de l'organisation et de la compétence des assureurs et organes d'exécution. Cela n'exclut toutefois pas que certaines prescriptions sur la procédure se répercutent sur l'organisation des assurances.

Il est prévu que certaines dispositions de la partie générale fassent l'objet de prescriptions d'exécution à édicter par le Conseil fédéral après l'adoption de la loi. Conformément au 3<sup>e</sup> alinéa, ces prescriptions sont elles aussi applicables à toutes les branches des assurances sociales énumérées à l'article 1<sup>er</sup>, au même titre que les dispositions des ordonnances respectives.

## **Chapitre 2: Définitions de notions générales**

### **Section 1: Domaine des prestations**

#### *Article 3 Maladie*

La définition de la notion de maladie au 1<sup>er</sup> alinéa s'inspire de la jurisprudence du TFA. Il y a lieu de relever ici trois éléments: l'atteinte à la santé peut être physique ou mentale; elle doit être grave au point d'exiger un examen ou un traitement médical ou de provoquer une incapacité de travail; de plus, elle ne doit pas être due à un accident.

Au 2<sup>e</sup> alinéa, on précise que les infirmités congénitales représentent des maladies. Par conséquent et dans la mesure où elles ne sont pas prises en charge par l'AI, les prestations en faveur des victimes de telles infirmités sont du domaine des assurances dont les prestations sont destinées aux malades.

#### *Article 4 Accident*

La notion d'accident est définie par la doctrine et par la jurisprudence; elle a été récemment reprise à l'article 9, 1<sup>er</sup> alinéa, OLAA. Comme elle est importante non seulement pour l'assurance-accidents, mais aussi pour d'autres branches des assurances sociales (en particulier pour l'assurance-maladie et l'assurance militaire), la définition a été adoptée telle quelle au 1<sup>er</sup> alinéa.

Dans l'assurance-accidents, sont également considérées comme accidents les lésions corporelles qui peuvent leur être assimilées, en particulier les mutilations volontaires (art. 6, 2<sup>e</sup> al., LAA; art. 9, 2<sup>e</sup> al., OLAA) et les maladies professionnelles (art. 9, 3<sup>e</sup> al., LAA). Cette extension de la notion d'accident doit, selon le 2<sup>e</sup> alinéa, être appliquée à titre général.

#### *Article 5 Maternité*

On y détermine uniquement le concept de maternité dans l'optique des assurances sociales. La réglementation de la durée des prestations en cas de maternité continue – surtout après le refus d'une assurance-maternité générale – de relever des lois particulières.

### *Article 6 Incapacité de travail*

La notion d'incapacité de travail figure dans de nombreuses lois d'assurance sociale, le plus souvent comme condition à l'octroi de prestations en espèces, sans toutefois avoir été définie plus en détail. La jurisprudence lui a cependant donné une définition précise, qui a désormais sa place dans la présente disposition. Est déterminant la perte, pour l'assuré, par suite d'une atteinte à sa santé, de la faculté d'accomplir son travail dans sa profession ou dans son domaine d'activité; entrent également en ligne de compte, après une assez longue durée d'incapacité de travail (en règle générale plus de six mois), une autre profession ou un autre domaine d'activité.

### *Article 7 Incapacité de gain*

L'incapacité de gain est, selon différentes lois d'assurance sociale, le facteur déterminant de l'invalidité; toutefois, elle n'est pas définie clairement comme telle. Ici également, la jurisprudence a établi une définition précise. Est déterminant ici, non pas – contrairement à l'incapacité de travail – l'aptitude de l'assuré à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui subsiste, pour lui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain totale ou partielle.

### *Article 8 Invalidité*

Dans toutes les lois qui prévoient des prestations en cas d'incapacité de gain totale ou partielle, la notion d'invalidité est définie de manière semblable, quoique plus ou moins nuancée. La définition contenue dans cette disposition s'inspire des articles 4 et 5 LAI en portant aussi bien sur les personnes exerçant une activité lucrative (1<sup>er</sup> al.) que sur les assurés mineurs (2<sup>e</sup> al.) et majeurs (3<sup>e</sup> al.) qui n'en exercent pas.

### *Article 9 Impotence*

La notion d'impotence est définie uniformément dans la LAI et la LAA et s'applique également, par analogie, aux autres branches qui accordent des allocations pour impotence. De ce fait, cette définition figure également dans la présente disposition.

## **Section 2: Domaine de l'assurance et des cotisations**

### *Article 10 Salariés*

Contrairement au projet de la SSDA, la Commission du Conseil des Etats a intentionnellement renoncé à délimiter d'une manière définitive le cercle des salariés assurés dans les assurances dites «de travailleurs». Elle s'est bornée à définir généralement la notion du salarié et à charger le Conseil fédéral de désigner comme salariés des personnes se trouvant dans un rapport de travail analogue. Dans la mesure où le Conseil fédéral fera suite à ce mandat dans l'ordonnance sur la LPGA, celle-ci s'appliquera de la même manière à toutes les branches d'assurances concernées.

Dans les secteurs marginaux du salariat, les intérêts des différentes branches des assurances sociales sont toutefois divergents. Dans les assurances étendues à toute la population (l'AVS et l'AI), c'est l'assujettissement sans lacune des assurés et l'institution d'un mode pratique de décompte par le gain du travail qui est au premier plan, alors que dans les assurances limitées aux salariés (l'assurance-accidents) la protection accordée par l'assurance est l'élément prioritaire. Dans les premières, il peut paraître, par exemple, judicieux d'assimiler les administrateurs de sociétés anonymes aux salariés alors que, dans les secondes, une telle assimilation n'a pas sa place, pour des raisons tenant à la technique de l'assurance. Pour tenir compte des exigences spécifiques des systèmes d'assurance, le 3<sup>e</sup> alinéa laisse aux différentes lois sur les assurances sociales le soin de réglementer l'assimilation d'autres catégories de personnes aux salariés ou d'admettre des exceptions particulières.

#### *Article 11* Employeur

La notion d'employeur est en corrélation avec la notion de salarié fixée à l'article 10. Dans de nombreux systèmes, l'employeur et le salarié sont en effet tenus conjointement de payer des cotisations.

#### *Article 12* Indépendants

La personne exerçant une activité indépendante qui, suivant le régime, est tenue de cotiser ou peut s'assurer à titre facultatif, est définie dans tous les cas comme une personne ne tirant pas un revenu de salarié. A ce propos, on relève expressément que les deux formes d'activité lucrative – indépendante et salariée – peuvent coexister.

#### *Article 13* Domicile et résidence ordinaire

Dans de nombreux systèmes, l'obligation d'être assuré ou l'octroi de certaines prestations est lié au domicile en Suisse. En matière d'assurances sociales, le domicile doit, comme jusqu'à présent, correspondre au domicile civil. Parfois, «habiter» y signifie toutefois «séjourner dans un lieu déterminé». Afin de différencier les choses, on a introduit dans la «Partie générale» la notion de résidence ordinaire, utilisée dans de nombreuses conventions internationales et accords entre pays, qui a entre-temps été inscrite dans le droit international privé (loi fédérale du 18 déc. 1987, LDIP; RS 291, p.ex. art. 20). Le lieu de résidence ordinaire est celui où une personne vit pendant une période de longue durée. Les modifications prévues des lois (cf. annexe 1) visent ainsi à subordonner certaines prestations non plus à l'«habiter» mais à la résidence ordinaire (p.ex. indemnités de chômage) ou, à titre cumulatif, au domicile et à la résidence ordinaire en Suisse (p.ex. rentes extraordinaires de l'AVS).

### **Chapitre 3:**

## **Dispositions générales concernant les prestations et les cotisations**

### **Section 1: Prestations en nature**

#### *Article 14* En général

Au 1<sup>er</sup> alinéa, on délimite le domaine des prestations en nature qui englobent, outre des mesures curatives, également des mesures de réadaptation professionnelles ou sociales et des mesures de prévoyance, notamment quant à la prévention des accidents ou des maladies. Chaque loi détermine les conditions dans lesquelles les prestations en nature sont dues en tant que telles (principe des prestations en nature) ou les conditions du remboursement intégral ou partiel de leurs frais (principe du remboursement des frais). N'entrent pas dans les prestations en nature, selon le 2<sup>e</sup> alinéa, les mesures préventives inhérentes au marché du travail fixées dans la LACI (art. 59 ss).

#### *Article 15* Traitement médical

Dans les branches d'assurances sociales concernées, le traitement médical (frais médicaux et pharmaceutiques) n'est pas défini de manière uniforme. Le 1<sup>er</sup> alinéa fixe un cadre général pour le domaine des prestations et le 3<sup>e</sup> alinéa renvoie aux lois respectives pour la désignation détaillée des prestations et la fixation des conditions et de l'étendue des prestations spéciales (subsistance et logement à l'hôpital, soins à domicile, etc.). Ce qui importe, c'est que le traitement médical soit exécuté à l'aide de moyens et selon des méthodes dont l'efficacité est prouvée et qui permettent d'atteindre le but visé de façon adéquate et économique. C'est ce qui est stipulé au 2<sup>e</sup> alinéa. Si ce principe est en fait incontesté, son application était jusqu'à présent assez différente d'un système à l'autre. Afin d'obtenir une concordance lors de l'appréciation des moyens et des méthodes d'examen et de traitement nouveaux ou contestés, la SSDA a proposé que les constatations des organes de l'assurance-maladie lient également d'autres branches d'assurance. Cette proposition a cependant suscité une large opposition dans la procédure de consultation. C'est pourquoi la CCE estime que le Conseil fédéral – après qu'il aura entendu les commissions spéciales constituées par lui et selon des critères impératifs applicables à toutes les branches – devra se déterminer sur les moyens et méthodes nouveaux ou contestés.

#### *Article 16* Examen et traitement économiques

Le principe selon lequel les prestations en nature, notamment les examens et traitements médicaux, doivent revêtir un caractère économique est déjà inscrit dans certaines lois (art. 23 LAMA, art. 54 LAA). Il faut y ajouter la conclusion, reconnue par le tribunal de dernière instance, que des prestations dépassant le but de l'examen ou du traitement ne sont pas prises en charge et que leurs frais doivent être remboursés par l'assuré si elles ont déjà été fournies.

#### *Article 17* Personnes ayant une activité dans le domaine médical; qualifications

La définition des personnes ayant une activité dans le domaine médical et pouvant œuvrer en faveur des assurances sociales est presque la même dans toutes les lois concernées. Aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, cette définition uniforme s'inspire également du

point de vue terminologique des différentes lois. En revanche, il est dorénavant prévu que l'admission de médecins, notamment, peut dépendre le cas échéant, d'une formation professionnelle continue reconnue par le Conseil fédéral. La question de la reconnaissance de diplômes étrangers ne doit pas préjuger d'une éventuelle réglementation européenne. Au 3<sup>e</sup> alinéa, on renonce à l'appellation vieillotte de «personnel paramédical»; on parle maintenant de personnel médicothérapeutique (p.ex. physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue) de sages-femmes et de personnel spécialisé pour les soins à domicile.

#### *Article 18* Etablissements hospitaliers et de cure

La définition unique de la notion d'établissement hospitalier au 1<sup>er</sup> alinéa s'appuie sur les critères établis selon la jurisprudence du TFA, notamment dans le domaine de l'assurance-maladie. La définition des établissements de cure et balnéaires qui figure au 2<sup>e</sup> alinéa s'inspire de celle qui découle de l'article 68,2<sup>e</sup> alinéa, OLAA. Afin que le cercle des établissements hospitaliers et de cure exerçant leur activité en faveur des assurances sociales soit le même dans toutes les branches concernées, le Conseil fédéral a qualité, en vertu du 3<sup>e</sup> alinéa, pour fixer les conditions et régler la procédure d'admission. En cela, il tiendra compte de la souveraineté des cantons en matière de santé publique. Le Conseil fédéral n'édicterait donc ses prescriptions qu'après avoir consulté les cantons. Il s'agit, avant tout, de définir les particularités des différentes catégories d'établissements hospitaliers (hôpitaux pour urgences, institutions pour malades chroniques, etc.), de les délimiter par rapport aux institutions non-médicales et de tenir compte d'une planification hospitalière appropriée. Il incombe aux cantons d'établir des listes des établissements hospitaliers et de cure admis sur leur territoire.

#### *Article 19* Tarifs médicaux

En ce qui concerne le remboursement des frais médicaux, la SSDA a proposé une simplification étendue du procédé. Selon elle, le principe applicable aux cas normaux devait être celui du tiers payant; en outre, un tarif unique devait être fixé pour toutes les personnes ayant une activité dans le domaine médical ainsi que pour tous les établissements hospitaliers et de cure; finalement, la réglementation de l'assurance-maladie devrait être déclarée obligatoire pour les médicaments, analyses et moyens et appareils thérapeutiques. Ces propositions ont suscité en partie une critique assez vive lors de la procédure de consultation. C'est pourquoi la CCE a revu les dispositions. Celle-ci veut maintenir dans les différentes lois la réglementation concernant le mode de remboursement des frais (tiers payant / tiers garant) et vise uniquement à une unification des structures tarifaires et non pas des taux de remboursement pour les personnes ayant une activité dans le domaine médical et les établissements hospitaliers et de cure; de plus, elle prévoit pour toutes les branches d'assurance l'établissement commun des listes des prestations obligatoires et des tarifs applicables aux médicaments, analyses et moyens et appareils thérapeutiques.

Selon le 1<sup>er</sup> alinéa, une commission nommée par les assurances sociales concernées doit ainsi, d'accord avec les personnes ayant une activité dans le domaine médical et avec les établissements hospitaliers et de cure, fixer les structures

tarifaires. De la sorte, on veut uniformiser en particulier la valeur relative des prestations (points de taxe). Cette convention sur les structures serait soumise à l'approbation du Conseil fédéral qui pourrait à son tour compléter les structures ou arrêter des taxes maximales ou indicatives, notamment en vue du remboursement des frais de prestations techniques coûteuses. Par contre, le remboursement proprement dit doit être réglé selon la procédure habituelle, conformément à l'accord sur les structures, c'est-à-dire à l'échelon cantonal dans l'assurance-maladie et à l'échelon fédéral dans l'AA, l'AI et l'AMF.

Le choix des médicaments, des analyses et des moyens et appareils thérapeutiques et leur tarification relèvent, conformément au 2<sup>e</sup> alinéa, du Conseil fédéral qui s'appuie à cet effet sur les propositions d'une commission spéciale dans laquelle sont représentées toutes les branches d'assurance intéressées. La Commission fédérale des médicaments qui existe actuellement dans l'assurance-maladie devrait par conséquent être élargie. Le Conseil fédéral détermine, en outre, la mesure dans laquelle de telles prestations, qui ne sont pas pleinement reconnues, doivent être prises en charge par les assurances sociales. Il peut confier ces tâches au Département ou à l'Office fédéral concernés.

#### *Article 20* Tarifs pour d'autres prestations en nature

Le principe des conventions tarifaires communes valables pour toute la Suisse doit être appliqué aussi pour d'autres prestations en nature – par exemple prothèses et autres moyens auxiliaires – qui peuvent être accordées par plusieurs branches des assurances sociales. En l'absence de convention, la procédure serait la même que pour les tarifs médicaux.

## **Section 2: Prestations en espèces**

#### *Article 21* En général

Cet article contient une définition de la notion de prestations en espèces. Cette définition n'exclut pas la possibilité de prévoir encore d'autres types de prestations en espèces (p.ex. les allocations de secours de l'AVS/AI en faveur des Suisses à l'étranger) tout en précisant que la prestation en espèces versée en remplacement d'une prestation en nature n'entre pas dans cette catégorie.

#### *Article 22* Degré de l'incapacité de travail et de l'invalidité

La notion d'incapacité de travail est définie d'une manière uniforme à l'article 6. Mais pour arriver à une concordance entre l'attestation faite selon des méthodes aujourd'hui encore très diverses par le médecin et/ou l'employeur, et l'estimation de l'assureur, le Conseil fédéral est autorisé à édicter des prescriptions appropriées.

Pour ce qui est de l'évaluation du degré d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents prévoient d'ores et déjà des réglementations semblables (art. 28, 2<sup>e</sup> al., LAI, art. 18, 2<sup>e</sup> al., LAA). Cette norme d'évaluation figure dans la partie générale et a donc force obligatoire pour tous les systèmes prévoyant des prestations d'invalidité. En revanche, étant donné son importance différente selon les systèmes applicables, l'évaluation de

l'invalidité de personnes exerçant une activité lucrative partielle et de personnes sans activité lucrative doit être, comme jusqu'à présent, fixée dans les lois spéciales.

#### *Article 23 Révision de la rente d'invalidité*

Les circonstances entraînant une révision de la rente d'invalidité et les effets de cette révision sont définis de la même manière dans la LAI (art. 41) et la LAA (art. 22, 1<sup>er</sup> al.) et différemment dans la LAMF (art. 26, 1<sup>er</sup> al.). Comme pour l'estimation de l'invalidité, la réglementation de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents doit logiquement être aussi généralisée en ce qui concerne la révision de la rente d'invalidité. Les lois spéciales peuvent prévoir des exceptions à cette révision, en particulier pour les personnes en âge de toucher une rente de vieillesse de l'AVS (art. 22, 1<sup>er</sup> al., LAA) et régler la procédure (d'office ou sur demande).

#### *Article 24 Gain déterminant*

Certaines branches des assurances sociales fixent les prestations en espèces en pour-cent du gain déterminant. Tel est le cas notamment pour les indemnités journalières (AA, AMF, AC), mais aussi pour les rentes (AA, AMF). Le montant maximum du gain déterminant (dans l'AA et l'AC, il est fixé depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1991 à 97 200 fr. par année et à 8100 fr. par mois respectivement, dans l'AMF à 97 229 fr. par année depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1990) doit être le même pour toutes les branches d'assurance qui connaissent un tel plafond. L'AMF devra donc s'aligner sur ce point, alors que le régime des APG n'est pas concerné puisque la LAPG ne limite pas le gain déterminant mais le montant de l'allocation à l'intérieur d'un système particulier.

En ce qui concerne la fixation du montant maximum du gain déterminant, nous renvoyons au commentaire relatif à l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, ci-après. L'on renonce à une définition uniforme des éléments du gain déterminant, telle qu'elle a été proposée par la SSDA.

#### *Article 25 Versement des prestations en espèces*

D'après les lois spéciales, les rentes sont généralement versées mensuellement; pour les indemnités journalières, ces lois prévoient des termes divers, mais le paiement mensuel tend à devenir de plus en plus courant. La règle générale qui peut donc être fixée pour les rentes et les indemnités journalières est le paiement mensuel.

Les indemnités journalières versées à titre de salaire de remplacement reviennent à l'employeur pour autant que celui-ci continue à payer le salaire à l'assuré. Cette disposition se retrouve dans plusieurs lois spéciales (AA, APG, AI). La formulation du 2<sup>e</sup> alinéa comprend également l'indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail et l'indemnité en cas d'intempéries au sens de l'AC.

Le moment de la naissance et de l'extinction du droit aux rentes et aux allocations pour impotents est réglé par les lois spéciales. D'une manière générale, il est cependant prévu que ces prestations sont versées pour tout le mois au cours duquel le droit est né ou s'éteint, et ne sont pas allouées pro rata temporis. Sont exclus les cumuls de prestations en cas de mutations.

### Article 26 Garantie d'un emploi de la prestation conforme à son but

Tous les assureurs sociaux sont unanimes à prévoir que les prestations en espèces peuvent être payées à un tiers au cas où le bénéficiaire ne serait pas en état de les utiliser judicieusement. Cette règle est ancrée dans la «Partie générale».

Le 2<sup>e</sup> alinéa porte sur l'interdiction – déjà prévue généralement – faite au tiers destinataire de compenser des créances envers le bénéficiaire. Cette règle ne concerne pas des avances sur des prestations (dues rétroactivement) de l'assurance sociale (cf. art. 29, 2<sup>e</sup> al.).

## Section 3: Réduction et refus de prestations

### Article 27

Pour ce qui est de la réduction et du refus de prestations lorsque le cas d'assurance a été provoqué par un comportement fautif de l'assuré ou de ses proches, la SSDA a proposé une réglementation uniforme s'inspirant de dispositions légales en vigueur et prévoyant des sanctions pour les cas où l'assuré ou ses proches ont provoqué l'atteinte à la santé intentionnellement ou par une faute grave, ou encore en commettant un crime ou un délit. Dans son commentaire y relatif, la SSDA a toutefois exprimé ses doutes sur la question de savoir si la prise en considération de la seule atteinte provoquée par une faute grave concordait avec les conventions internationales ratifiées par la Suisse; elle estimait en effet que cette question devait d'abord être tranchée par la voie de la jurisprudence. Par la suite, le TFA s'est prononcé, dans un arrêt du 23 octobre 1985 en la cause A.C. (ATF 111 V 201), sur cette question, constatant qu'aux termes de l'article 32, chiffre 1, lettre e, de la Convention n° 128 de l'Organisation internationale du travail concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, du 29 juin 1967 (en vigueur pour la Suisse depuis le 13 sept. 1978) et de l'article 68, lettre f, du Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 (en vigueur pour la Suisse depuis le 17 sept. 1978), les prestations d'assurances sociales ne peuvent être refusées, réduites ou retirées que lors de faute intentionnelle ou de comportement délictueux, mais non pas en cas de faute grave. Selon le TFA, ces normes internationales ne sont toutefois pas directement applicables à la Suisse («self executing»); bien plutôt, il importe au législateur d'éliminer la divergence entre le droit national et le droit international.

Répondant aux interventions parlementaires (motion Rechsteiner du 8 oct. 1986, question ordinaire Gadiet du 18 mars 1987), le Conseil fédéral a expliqué qu'il ne s'opposait pas à ce que la question soit rediscutée dans toute son ampleur dans le cadre d'une partie générale du droit des assurances sociales. Dans de nombreuses consultations au sujet du projet de la SSDA, l'on a également signalé la dérogation gênante au droit international et postulé la renonciation à une réduction des prestations en cas de faute grave. Ayant examiné la question de la faute propre dans le domaine des assurances sociales, la CCE a conclu que la réduction ou le refus de prestations pouvait être limité aux cas où la réalisation du risque est provoquée intentionnellement ou par un comportement délictueux. S'il est vrai qu'une faute grave, telle que les atteintes permanentes à la santé par un abus d'alcool ou de tabac, peut entraîner la nécessité d'un traitement ou une

invalidité, il n'en demeure pas moins qu'une réduction ou que le refus de la prestation après la survenance du dommage est, tout comme l'effet préventif général d'une telle sanction, incertain. Une sanction relative aux prestations prise uniquement en cas de faute intentionnelle et de comportement délictueux doit cependant s'appliquer, conformément aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, non seulement aux prestations en espèces mais également, le cas échéant, aux prestations d'assurances sociales en nature. Aux termes du 2<sup>e</sup> alinéa, les rentes de survivants ou les parties de rentes d'invalidité ou d'indemnités journalières destinées aux proches ne sont réduites que dans la mesure où ceux-ci ont provoqué eux-mêmes, intentionnellement ou en commettant un crime ou un délit, la réalisation du risque; là où la partie de la prestation destinée aux proches n'est pas fixée par la loi, la moitié de la prestation peut être octroyée à ce titre.

Au 3<sup>e</sup> alinéa, on règle de manière uniforme la réduction ou le refus de prestations lorsque l'assuré s'oppose à un traitement ou à une réadaptation raisonnablement exigible et, partant, à ce que le dommage diminue ou soit limité au maximum conformément à l'article 31 LAI.

Le 4<sup>e</sup> alinéa réserve des compléments et des restrictions des différentes lois ou prévoit un traitement particulier pour les sanctions relatives aux prestations. Une réglementation plus extensive est nécessaire avant tout pour le domaine de l'assurance-accidents, c'est-à-dire lorsque l'assuré a provoqué l'accident intentionnellement, qu'il s'est exposé à des dangers ou qu'il a enfreint les injonctions découlant de la prévention des accidents et des maladies professionnelles (let. a); pour ce qui est des restrictions, elles s'imposent pour certains genres de prestations (p.ex. mesures de réadaptation) et certaines catégories de bénéficiaires (let. b); finalement, le domaine, particulier quant aux éléments constitutifs et aux conséquences juridiques, du chômage imputable à une faute de l'assuré doit être réglé exclusivement dans la LACI (let. c).

## **Section 4: Salaire déterminant**

### *Article 28*

Le but consistant à unifier autant que possible le concept de salaire déterminant, sur lequel des cotisations fixées en pour-cent du salaire sont perçues, a été largement atteint. Il y a lieu de déléguer au Conseil fédéral, qui édictera à leur sujet des normes plus concrètes, les domaines qu'il peut réglementer sur un plan général, tels l'évaluation du salaire en nature ou le fait d'excepter du salaire déterminant certaines prestations à caractère social ou allouées lors d'événements particuliers (allocations pour enfants, cadeaux de noce, cadeaux en nature de minime importance, etc.).

A vrai dire, le salaire déterminant ne pourra pas faire l'objet d'une définition absolument unifiée. Ainsi que les commentaires concernant l'article 10 l'ont déjà souligné, il reste judicieux, vu la nature des choses, d'assimiler, dans certaines branches d'assurance, certains groupes de personnes aux salariés, alors que, dans d'autres branches, cette assimilation ne s'impose pas. C'est ainsi que les honoraires versés aux administrateurs de sociétés anonymes continueront, par exemple, à faire partie du salaire déterminant dans l'AVS/AI/APG, alors qu'ils ne

sont pas saisis comme tels dans l'assurance-accidents. Dans ces «secteurs marginaux», les différentes lois sur les assurances sociales (et, le cas échéant, les ordonnances et les règlements qui s'y rapportent) devront donner une définition plus détaillée du salaire déterminant. La formulation du texte de l'article permet une telle solution.

Le 2<sup>e</sup> alinéa porte sur la fixation du montant maximum du gain assuré; sa teneur est la même que celle de l'article 15, 3<sup>e</sup> alinéa, LAA en vigueur.

## **Section 5: Divers aspects juridiques**

### *Article 29* Garantie du droit aux prestations

Toutes les lois spéciales garantissent le droit aux prestations contre des prétentions indues des bénéficiaires, en spécifiant que ce droit ne peut être ni cédé ni remis en gage. Ce principe est repris dans la Partie générale. En revanche, les dispositions de protection correspondantes prévues ici ou là dans le cadre de la loi sur la poursuite et la faillite (p.ex. interdiction de saisie) diffèrent selon la prestation et restent donc du domaine des lois spéciales en matière d'assurance sociale.

Le 2<sup>e</sup> alinéa précise expressément que l'interdiction de cession ne s'oppose pas au remboursement de versements d'avance d'institutions sociales ou d'autres assurances.

### *Article 30* Renonciation aux prestations

La renonciation à des prestations des assurances sociales se rencontre occasionnellement dans les domaines de ces assurances; il n'y a pas de dispositions légales à ce sujet, à l'exception de l'article 65 OLAA. La réglementation uniforme, telle qu'elle est prévue, se fonde sur la jurisprudence et permet en principe également de révoquer la renonciation avec effet pour l'avenir. Renonciation et révocation ne sauraient cependant léser les intérêts de tierces personnes, d'institutions d'assurance ou d'assistance. Cela serait notamment le cas lorsqu'une telle renonciation concerne également des proches de l'assuré ou que l'assurance sociale doit être remplacée par l'assistance sociale. En outre, il s'agit d'exclure les abus lors de recours des assurances sociales contre le tiers responsable (art. 79 à 82). Lorsqu'une personne lésée préfère en effet toucher une importante prestation en capital de l'assurance responsabilité civile de l'auteur du dommage plutôt qu'une rente des assurances sociales, une révocation ultérieure de cette renonciation devrait être considérée comme un abus de droit et par conséquent déclarée nulle.

### *Article 31* Extinction du droit

Les lois spéciales fixent généralement le délai de péremption du droit à des prestations ou à des cotisations arriérées de cinq ans. Ce délai est ancré dans la partie générale. Pour les créances de cotisations, le 1<sup>er</sup> alinéa précise que le délai ne commence à courir qu'à la fin de l'année. En effet, ces créances portent en général sur une année civile. Toutefois, dans certains cas, les lois spéciales peuvent s'écarter du délai de cinq ans et fixer notamment des délais plus courts en cas de

demandes tardives de prestations ou plus longs pour la récupération de cotisations en cas de procédure de rappel d'impôts ou de succession, etc. En outre, la matière justifie semble-t-il également l'inscription, dans les lois particulières, d'une disposition prévoyant une prescription de la peine. Par conséquent, il y a lieu de maintenir la division, éprouvée, des délais pour la perception des cotisations dans l'AVS/AI/APG, à savoir un délai de cinq ans pour la fixation ou la réclamation de cotisations par la voie d'une décision de la caisse de compensation et un délai de trois ans pour l'exécution forcée pour les créances, passées en force, résultant de cotisations dues.

Le nouveau texte contient, au 2<sup>e</sup> alinéa, la réserve d'un délai de péremption plus étendu en liaison avec le fait qu'un acte punissable a été commis, pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long. Cette réserve figure dans la plupart des lois d'assurances sociales, en sorte que son insertion dans la «Partie générale» se justifie.

### *Article 32* Restitution

Les dispositions concernant la restitution de prestations indûment touchées, ainsi que la remise et la prescription de créances en restitution ne sont pas réglées de manière identique, quand elles le sont par les lois qui en font mention, mais sont toutefois assez semblables. En général, la norme uniforme se rapproche de la teneur de l'article 47 LAVS. Ceci est important pour la restitution de prestations indûment touchées par suite d'une erreur de l'assureur. Conformément aux nombreuses demandes formulées dans la procédure de consultation, le bénéficiaire de prestations qui est de bonne foi doit être dans tous les cas délié de l'obligation de restitution, donc même si celle-ci ne devrait lui causer aucun problème financier.

La nouvelle teneur du 2<sup>e</sup> alinéa précise qu'il ne s'agit pas ici d'une prescription pouvant être interrompue (comme en droit civil), mais bien plutôt d'une extinction irrévocable du droit de demander la restitution de l'indû.

Le 3<sup>e</sup> alinéa définit le droit de demander la restitution de cotisations indûment versées et statue la péremption de ce droit. Lorsque la demande en restitution est liée à une taxation fiscale, comme il en va fréquemment dans l'AVS, le texte de la «Partie générale» fait, par analogie avec l'article 31, 1<sup>er</sup> alinéa, référence aux différentes lois sur les assurances sociales.

### *Article 33* Intérêts moratoires

La question de savoir dans quels cas des intérêts moratoires sont dus dans l'assurance sociale est réglée d'une manière très incomplète. La jurisprudence reconnaît l'obligation de payer de tels intérêts dans des cas où le retard est particulièrement important. La disposition y relative est fondée sur le principe que le débiteur d'une cotisation ou d'une prestation est toujours tenu de payer des intérêts moratoires en cas de comportement dilatoire ou illicite de sa part. Au surplus, les lois spéciales peuvent prévoir expressément le paiement d'intérêts moratoires dans des cas concrets (p.ex. art. 14, 4<sup>e</sup> al., let. e, et 41<sup>bis</sup> RAVS). Une obligation plus étendue d'acquitter des intérêts moratoires ou rémunérateurs ne serait pas indiquée dans la «Partie générale». Il se trouve en effet qu'il est

impossible de fixer des «délais normaux» pour le règlement d'un cas, qui s'appliqueraient à toutes les branches des assurances sociales.

#### *Article 34* Compensation

Le principe de la compensation «multilatérale» des prestations d'une branche d'assurance sociale avec des créances ou fractions de créances d'autres assureurs sociaux a, ces derniers temps, été introduit de plus en plus fréquemment dans les différentes lois sociales (art. 50, 3<sup>e</sup> al., LAA, art. 94, 2<sup>e</sup> al., LACI, art. 20, 2<sup>e</sup> al., LAVS). Il sera dorénavant étendu, en vertu de la présente disposition, à toutes les branches des assurances sociales soumises à la «Partie générale» ainsi qu'aux créances y relatives. Demeure toutefois garanti, dans un tel cas, le minimum d'existence au sens de la législation sur la poursuite et la faillite.

### **Chapitre 4: Dispositions générales de procédure**

#### **Section 1:**

#### **Information, assistance administrative, obligation de garder le secret**

#### *Article 35* Information et conseils

Les différentes lois d'assurances sociales ne prévoient pas de dispositions selon lesquelles les assureurs et les autres organes d'exécution seraient tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et leurs obligations. Néanmoins, comme il s'agit ici d'un principe en relation avec la bonne foi, une telle disposition doit avoir sa place dans la partie générale. Sa teneur se fonde sur les paragraphes 13 et 14 du code allemand de droit social I. L'obligation de renseigner s'étend de l'information générale (p.ex. par des publications; 1<sup>er</sup> al.) aux conseils donnés personnellement aux intéressés par les assureurs, cela dans les limites de leurs compétences (2<sup>e</sup> al.); de plus, les assureurs doivent attirer l'attention des intéressés sur les prestations auxquelles ils pourraient prétendre auprès d'autres assureurs sociaux (3<sup>e</sup> al.).

#### *Article 36* Collaboration lors de l'application de l'assurance

Cette disposition définit l'obligation pour les assurés et les employeurs de collaborer gratuitement à l'application des différentes lois sur les assurances sociales (1<sup>er</sup> al.). Elle oblige, en plus, les personnes faisant valoir un droit à des prestations d'assurance à fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires (2<sup>e</sup> al.) et à veiller, au moyen d'une autorisation correspondante, à ce que toutes les personnes et toutes les institutions qui peuvent contribuer à l'établissement de ce droit (employeurs, médecins, assurances, autorités, etc.) donnent à l'assureur les indications requises (3<sup>e</sup> al.). Les destinataires des renseignements et la manière dont le fournisseur de prestations en nature (médecins, hôpitaux, centres de réadaptation, etc.) doivent fournir ceux-ci sont déterminés dans chaque loi (4<sup>e</sup> al.).

#### *Article 37* Exercice du droit aux prestations

Le principe selon lequel l'ayant droit qui prétend à une prestation doit s'annoncer à l'assureur est présent dans toutes les lois d'assurance sociale et, de ce fait, peut

figurer dans la partie générale (1<sup>er</sup> al.). Les lois spéciales précisent la forme sous laquelle la demande doit être présentée, et qui est tenu de fournir les renseignements requis (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> al.). Est nouvelle la règle selon laquelle il ne peut résulter pour l'assuré aucun inconvénient pour dépassement de délai s'il ne respecte pas les exigences de forme ou s'il adresse sa demande à un organisme incompétent (83<sup>e</sup> al., voir aussi art. 38).

#### *Article 38* Obligation de transmettre les documents à l'autorité compétente

Dans l'intérêt des assurés peu au courant des questions relatives aux assurances sociales, les assureurs et les organes d'exécution sont tenus, en vertu de la présente disposition, de transmettre à l'organisme compétent les requêtes et mémoires qui leur seraient parvenus par erreur. Cela ne signifie toutefois pas qu'un assuré peut faire valoir le droit à une certaine prestation des assurances sociales auprès d'un organe d'exécution quelconque.

#### *Article 39* Avis obligatoire en cas de modification des circonstances

La règle selon laquelle tout changement important survenu dans les circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation doit être communiqué à l'assureur ou à l'organe d'exécution concerné (commission AI, office de travail) se retrouve également dans toutes les lois spéciales d'assurance sociale; cette règle peut donc figurer dans la partie générale. Une telle obligation incombe non seulement au bénéficiaire d'une prestation et à ses proches (1<sup>er</sup> al.), mais également à toutes les personnes et toutes les institutions participant à la mise en œuvre de l'assurance sociale qui ont connaissance de modifications de ce genre (2<sup>e</sup> al.).

#### *Article 40* Entraide et assistance administrative

La plupart des lois d'assurance sociale contiennent des dispositions, formulées de façon différente, sur l'obligation incombant aux autorités administratives et judiciaires de fournir des informations portant sur l'assistance administrative mutuelle – le plus souvent ponctuelle – des assureurs. Ces règles seront dorénavant réunies en une disposition générale, correspondant à la législation la plus récente (art. 93 LAVS, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1987). L'assistance administrative mutuelle des organes d'assurances sociales, qui consiste le plus souvent à fournir des renseignements, est elle aussi fixée dans cet article (2<sup>e</sup> al.).

#### *Article 41* Obligation de garder le secret

Conformément aux lois spéciales, la plupart des personnes qui ont à s'occuper de l'application des lois d'assurance sociale ou d'en contrôler l'exécution sont soumises à l'obligation de garder le secret envers les tiers. C'est pourquoi, un principe général concernant cette obligation applicable à l'ensemble des assurances sociales s'impose. Celle-ci doit être concrétisée selon les règles de la future législation fédérale en matière de protection des données (en particulier l'art. 16 du projet de loi conformément au message du 23 mars 1988; FF 1988 II 421); lesdites règles doivent être déterminantes même lorsque les données à tenir secrètes sont traitées par des organes cantonaux ou communaux qui ne sont normalement pas soumis à la loi sur la protection des données. Afin d'améliorer, vu le fractionnement des assurances sociales, la sécurité juridique lors de

l'application pratique, le Conseil fédéral est habilité à préciser les exceptions à l'obligation de garder le secret en s'inspirant du droit en vigueur dans les domaines de l'AVS/AI/APG (art. 209<sup>bis</sup> RAVS) et de l'assurance-accidents obligatoire (art. 125 LAA).

## **Section 2: La procédure en matière d'assurance sociale**

### *Articles 42 à 50* En général

L'unification de la procédure des organes d'assurances des diverses branches de l'assurance sociale en ce qui concerne le règlement des droits des parties, l'examen de la compétence, la récusation et le délai légal se fonde sur les dispositions de la loi fédérale sur la procédure administrative (LPA). Les articles 42 à 50 correspondent ainsi, après avoir été adaptés aux caractéristiques des assurances sociales et quelque peu simplifiés, aux articles 6, 7, 1<sup>er</sup> alinéa, 9, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, 10, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, 11, 20 à 24 et 29 de la loi fédérale précitée.

### *Article 51* Instruction de la demande

Selon une règle, écrite ou non, aujourd'hui déjà en vigueur, l'assureur doit élucider le cas de sa propre initiative; toutefois, l'assuré ou d'autres personnes sont tenus de collaborer eux aussi à l'instruction et de se soumettre aux examens médicaux ou techniques qu'on peut raisonnablement exiger. Les conséquences du refus de collaborer, c'est-à-dire notamment la suspension de l'instruction et la prise d'une décision en l'état du dossier, figurent déjà dans des lois spéciales (p. ex. art. 47, 3<sup>e</sup> al., LAA). Par ailleurs, la jurisprudence (ATF 108 V 229) permet le cas échéant de déclarer une cause irrecevable. La réglementation figurant dans la «Partie générale» n'exclut d'ailleurs pas une définition plus détaillée de certaines méthodes d'instruction dans les lois spéciales (art. 61).

### *Article 52* Expertise

Le recours à un expert indépendant pour tirer une situation au clair n'est pas rare dans l'assurance sociale; néanmoins, le «droit d'expertise» est conçu différemment dans la loi fédérale sur la procédure administrative et dans certaines lois spéciales d'assurance sociale. La règle uniforme contenue dans la «Partie générale» est simple et sauvegarde les droits des parties.

### *Article 53* Frais de l'instruction

Il va de soi que les frais de l'instruction sont à la charge de l'assureur qui a ordonné les mesures à cet effet. Exceptionnellement, les frais de mesures ordonnées par l'assuré pour l'appréciation du cas peuvent également être pris en charge par l'assureur. D'autre part, des frais peuvent être mis à la charge de l'assuré qui, par son comportement, empêche ou entrave l'instruction. Cette disposition est reprise en partie des lois spéciales en vigueur.

### *Articles 54 et 55* Consultation des pièces

Le droit de consulter les pièces est réglementé par ces dispositions et par les prescriptions d'exécution à édicter par le Conseil fédéral et s'appliquant à l'ensemble des assurances sociales. La réglementation se fonde sur l'article 98

LAA et correspond aux dispositions légales, projetées, sur la protection des données. La réglementation détaillée et très diversifiée de la LPA ne tiendrait pas compte des caractéristiques des lois spéciales (art. 26 et 27 LPA). Seules les pièces dont la consultation est refusée sont indiquées à l'article 28 LPA, avec la remarque toutefois que les documents médicaux peuvent être portés à la connaissance de l'assuré uniquement par l'intermédiaire d'un médecin agréé par celui-ci.

#### *Articles 56 et 57* Décision et procédure simplifiée

Dans toutes les branches d'assurance sociale, les rapports juridiques concrets doivent par principe être réglés par des décisions. Tel est déjà le cas pour les prestations, les créances et les injonctions d'une importance particulière, telles que les rentes et les allocations en capital, la récupération de cotisations en souffrance et les prescriptions importantes dans le domaine de la prévention des accidents, etc. En revanche, d'autres rapports juridiques, notamment en ce qui concerne les indemnités journalières, les prestations en nature, les cotisations des employeurs et des employés, etc. doivent, pour des raisons pratiques, être réglés, comme jusqu'à présent, d'une manière simplifiée, c'est-à-dire par décompte ou par communication (liquidation de facto). Mais une décision doit être prise dans ces cas également si l'intéressé manifeste son désaccord. Il y a aussi lieu de prendre, sur demande, une décision de constatation lorsque l'existence d'un intérêt digne de protection est prouvée. Cette conception figure dans la «Partie générale». C'est aux lois spéciales qu'il incombe de définir les cas où une décision doit être prise et ceux pour lesquels une procédure a priori simplifiée peut être envisagée.

La forme sous laquelle la décision doit être prise et sa motivation sont réglées de manière identique aux dispositions des articles 35 et 38 LPA.

#### *Article 58* Opposition

Vu le grand nombre de cas dont l'assurance sociale doit s'occuper, des instructions insuffisantes, des appréciations erronées et aussi des malentendus ne sont pas exclus. Celui qui n'est pas d'accord avec une décision ne doit donc pas recourir immédiatement aux tribunaux, mais demander de plus amples explications à l'assureur. Il est prévu à cet effet une procédure d'opposition, gratuite et considérablement simplifiée, telle que l'applique aujourd'hui avec de bons résultats l'assurance-accidents obligatoire (art. 105 LAA, art. 130 OLAA).

En fait, une telle procédure générale d'opposition a suscité certaines objections. On a relevé par exemple que pour l'évaluation de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, c'est la commission de l'AI qui est compétente, et non pas la caisse de compensation, chargée en vertu de la loi actuelle de prendre des décisions (cf. à ce sujet le projet de loi concernant la 3<sup>e</sup> révision de l'AI selon le message du 25 mai 1988 relatif au second train de mesures pour une nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons; FF 1988 II 1293). Afin de tenir compte de cette situation, il est prévu que les lois spéciales peuvent déjà autoriser l'opposition à l'égard de décisions préalables (donc, p. ex., de prononcés de la commission de l'AI). En revanche, l'opposition est exclue dans les cas d'urgence particulière, par exemple dans le domaine de la prévention des accidents. Dans ces cas, la décision est assimilée à une décision prise sur opposition.

### *Article 59 Révision et reconsidération des décisions*

Conformément aux critères fixés par la jurisprudence, la révision et la reconsidération de décisions, formellement passées en force ainsi que de décisions sur opposition sont réglées d'une manière uniforme pour l'ensemble des assurances sociales.

Lorsque des motifs de révision proprement dits font défaut, la résolution de reconsidérer ou pas des décisions passées formellement en force ou des décisions sur opposition incombe, conformément à la doctrine et à la jurisprudence, à l'assureur. En dérogeant à ce principe, on dévaluerait lesdites pièces administratives et porterait atteinte à la sécurité du droit.

### *Article 60 Exécution*

Les lois spéciales contiennent des dispositions – diversement rédigées – sur l'exécution des décisions. La réglementation uniforme de la «Partie générale» correspond aux articles 39 et 40 LPA.

### *Article 61 Règles particulières de procédure*

Comme déjà relevé, c'est aux lois spéciales qu'il incombe de prévoir une structuration plus concrète de la procédure ou d'une partie de celle-ci, et cela dans les limites des dispositions de la «Partie générale».

## **Section 3: Contentieux**

### *Article 62 Droit de recours*

Le contentieux est conçu d'une manière uniforme pour tout le domaine des assurances sociales. Cela signifie, pour les différentes branches, qu'il n'en résultera pas pour elles de modifications fondamentales, mais tout au plus l'élimination de quelques particularités. Pour la réglementation des questions de détail, on peut donc se reporter ici aux dispositions des lois spéciales.

### *Article 63 Autorités de recours*

Dans l'intérêt d'une jurisprudence uniforme, chaque canton est tenu de charger une autorité commune de recours à toutes les institutions d'assurance (tribunal des assurances), de connaître en première instance des recours dans le domaine des assurances sociales. La coexistence – que l'on trouve aujourd'hui encore dans certains cantons – de plusieurs tribunaux des assurances (pour AM, AA, AMF) et de commissions de recours (pour AVS/AI/APG/PC) serait ainsi supprimée. En revanche, les lois spéciales peuvent toujours prévoir, pour l'appréciation de situations juridiques particulières (compétence de l'institution d'assurance, droit médical, rapports de droit avec des assurés à l'étranger, etc.), des instances particulières sur le plan cantonal ou fédéral (office public, tribunal arbitral, commission de recours, etc.).

### *Article 64 Compétence des autorités de recours*

La compétence dépend des rapports de droit au sein des différents systèmes et doit donc être fixée par les lois spéciales. Seul peut être établi d'une manière

générale le principe selon lequel l'autorité qui a reçu indûment un recours doit le transmettre sans délai à qui de droit. Il ne peut en résulter une inobservation du délai, puisque l'article 47, 2<sup>e</sup> alinéa, est déclaré applicable par analogie à l'article 66.

#### *Article 65* Qualité pour recourir

La définition de portée générale de la personne ayant qualité pour recourir est reprise de l'article 48 LPA et remplace les multiples et souvent quelque peu casuistiques dispositions des lois spéciales.

#### *Article 66* Délai de recours

Le délai de recours est fixé uniformément à 30 jours. Etant donné l'introduction générale d'une procédure d'opposition, on peut renoncer à des délais de recours plus longs, tels que les prévoient la LAA et la LAMF (1<sup>er</sup> al.). Les prescriptions concernant le début du délai et les conséquences de son inobservation dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales doivent s'appliquer par analogie à la procédure de recours, ce qui représente une unification bienvenue. C'est ainsi que le fait qu'un recours a été adressé dans les délais prescrits à une autorité incompétente et qu'il a ensuite dû être transmis à une autre autorité ne saurait entraîner pour le recourant une inobservation du délai.

#### *Article 67* Règles de procédure

La procédure de recours devant les autorités fédérales de recours (p.ex. commission de recours AVS pour les assurés à l'étranger) se fonde principalement sur les dispositions de la LPA. Pour la procédure devant les autorités cantonales, c'est toutefois le droit cantonal qui fait foi. C'est uniquement pour la notification des jugements et la suppression de l'effet suspensif qu'il convient de tenir compte de la LPA (art. 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> al., LPA). Au reste, aujourd'hui déjà, les lois d'assurance sociale contiennent des exigences auxquelles les prescriptions cantonales doivent satisfaire. Ces exigences, qui concordent généralement, mais pas sur tous les points (p.ex. sur la question du remboursement des frais), sont uniformisées et introduites dans la partie générale. Il en va de même pour quelques principes qui ont été établis selon la jurisprudence récente. C'est ainsi que le comportement d'une partie défini sous lettre a se répercute pendant toute la procédure sur l'obligation de supporter les dépens. D'après la lettre h, la décision sur recours doit contenir les noms des juges qui l'ont rendue afin que le recourant puisse examiner si les règles en matière de récusation ont été observées.

#### *Article 68* Tribunal fédéral des assurances

Le Tribunal fédéral des assurances est l'instance suprême de recours et, pour des cas particuliers, la seule et unique instance de recours pour toutes les assurances sociales. Sa procédure est régie par l'OJ.

## Chapitre 5: Règles de coordination

### Section 1: Coordination des prestations

#### *Article 69* En général

La «Partie générale» régleme la coordination des prestations des différentes branches d'assurance sociale. Les dispositions sur la coordination des prestations au sein d'une branche, par exemple sur le rapport des rentes de survivants et de vieillesse ou sur la réduction des rentes d'enfant et d'orphelin en cas de surassurance dans l'AVS, ne sont pas touchées par la réglementation générale. L'AVS et l'AI étant tellement liées l'une à l'autre qu'elles forment pratiquement un seul système, leurs prestations (p.ex. rente de veuve/rente d'invalidité en faveur de la veuve) doivent aussi être coordonnées exclusivement selon les dispositions de la LAVS et de la LAI (1<sup>er</sup> al.).

Restent en vigueur, en dehors de la réglementation générale de coordination, certaines dispositions des lois spéciales qui prévoient la fixation des prestations après imputation de celles d'autres branches des assurances sociales, comme celles qui se rapportent aux prestations de besoin de l'AVS/AI, aux prestations complémentaires ou aux rentes complémentaires de la LAA (2<sup>e</sup> al.).

Au demeurant, les règles de coordination concernent les prestations des assurances sociales. Pour éviter toute surindemnisation, en particulier dans le domaine des prestations en nature et des prestations en cas de perte de gain, le Conseil fédéral peut assimiler aux prestations de l'assurance sociale des prestations de même nature, par exemple remboursement des frais médicaux ou indemnités journalières versées par des assureurs privés à titre d'allocations pour perte de gain, mais pas des prestations d'assurances supplémentaires de personnes (3<sup>e</sup> al.).

#### *Article 70* Traitement médical

Le traitement médical est à la charge exclusive d'une seule et même branche d'assurance sociale qui alloue les prestations selon ses règles; il n'y a donc pas fractionnement de la prestation (1<sup>er</sup> al.). Une réglementation de priorité prévoit que, selon la cause de l'atteinte à la santé, le versement des prestations est à la charge d'abord de l'AMF, de l'AA ou de l'AI et, si aucune de ces institutions n'entre en ligne de compte, de l'AM (2<sup>e</sup> al.). Il résulte de ce principe que, si les conditions donnant droit à la prestation ne sont que partiellement remplies (p.ex. si l'atteinte à la santé n'est due qu'en partie à un accident) ou que d'autres atteintes à la santé surviennent en cours de traitement, l'assureur social compétent doit verser la prestation entière. Quoi qu'il en soit, le Conseil fédéral doit pouvoir édicter des prescriptions, lors de cas complexes, à propos de la désignation de l'assureur social tenu de prendre en charge un tel cas (3<sup>e</sup> al.).

#### *Article 71* Autres prestations en nature

Le principe de la priorité est valable aussi pour d'autres prestations en nature servies par plusieurs systèmes, notamment pour les moyens auxiliaires et les mesures de réadaptation; ici, toutefois, les systèmes de l'AMF et de l'AA ont la priorité sur le système général de l'AI. Des remboursements entre les différentes branches d'assurance sociale sont exclus.

## *Article 72 Indemnités journalières*

Les indemnités journalières sont, en principe, allouées seulement par un système. Deux règles fondamentales sont applicables à ce propos: en cas d'incapacité de travail ou d'empêchement de travailler (p. ex. en cas de maternité, de reclassement ou d'interdiction de travailler), c'est l'assureur social tenu de fournir les prestations en nature qui doit payer entièrement les indemnités journalières fixées par sa propre loi, autrement dit, selon les articles 70 et 71, soit l'AI, l'AMF, l'AA ou l'AM (1<sup>er</sup> al.). Les indemnités journalières destinées à couvrir la perte de gain en cas de service militaire (APG) ou de chômage, accordées temporairement pour des périodes d'incapacité de travail ou d'empêchement de travailler, excluent, conformément au 2<sup>e</sup> alinéa, les indemnités journalières découlant des prestations de l'AI, de l'AMF, de l'AA ou de l'AM, cela contrairement à la réglementation actuelle (art. 28 LACI). Dans les cas particuliers, d'autres règles de coordination peuvent s'avérer nécessaires; celles-ci peuvent être fixées par le Conseil fédéral en vertu du 3<sup>e</sup> alinéa.

## *Article 73 Rentes et allocations pour impotents*

Le principe du cumul est applicable, toutefois dans les limites de l'interdiction de la surindemnisation (art. 76), pour les rentes et les indemnités en capital servies par différentes branches d'assurance sociale (art. 69) et découlant d'un ou de plusieurs cas d'assurance (1<sup>er</sup> al.).

Le projet de la SSDA prévoyait pour les personnes âgées une restriction du principe du cumul: dès l'âge ouvrant droit à la rente AVS, seuls ne devaient pouvoir être fondés des droits à une rente de l'AVS et de la prévoyance professionnelle et non pas de ce qu'il est convenu d'appeler les assurances de risques (AA, AMF); un rentier AVS exerçant une activité lucrative n'aurait donc, en cas d'accident, touché aucune rente de l'AA. Au cours de la procédure de consultation, cette proposition a été considérée comme un empiètement excessif sur le système de rentes actuel. C'est pourquoi la CCE renonce à une telle coordination matérielle. Par contre, elle veut maintenir le principe visant à donner la priorité aux rentes et aux indemnités en capital de l'AA et de l'AMF par rapport aux prestations correspondantes prévues par la loi sur la prévoyance professionnelle pour les cas semblables (art. 34 LPP). Elle est d'avis qu'en raison de son applicabilité à tous les systèmes, ce principe doit être inscrit dans la «Partie générale», malgré la réglementation spéciale de la prévoyance professionnelle (2<sup>e</sup> al.).

La réglementation relative aux allocations pour impotents prévoit un ordre de priorité: les prestations de l'AA ou de l'AMF passent avant celles de l'AVS/AI (3<sup>e</sup> al.).

C'est au Conseil fédéral qu'il incombe de régler les questions de détail, notamment quant à la procédure, et les cas spéciaux, avant tout dans le domaine des allocations pour impotents (4<sup>e</sup> al.).

## *Article 74 Traitement médical et prestations en espèces*

Une forme de surindemnisation fréquemment critiquée peut provenir du fait qu'une hospitalisation de longue durée est entièrement prise en charge par

l'assurance sociale et que, même si l'assuré n'a pas de grandes charges de famille, des indemnités journalières ou des rentes lui sont payées sans réduction. La présente réglementation autorise l'assureur social qui prend en charge l'hospitalisation à réduire ses prestations pour les frais de pension dans l'établissement hospitalier, afin qu'on fasse intervenir les prestations en espèces pour les couvrir. Cette disposition se fonde sur l'article 17, 2<sup>e</sup> alinéa, LAA. Il appartiendrait ainsi au Conseil fédéral de fixer le montant de la réduction des prestations d'hospitalisation, compte tenu des charges de famille de l'assuré (1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> al.).

Le 2<sup>e</sup> alinéa prévoit en outre, également pour éviter un cumul injustifié, que les allocations pour impotents soient supprimées lorsque le bénéficiaire séjourne aux frais de l'assurance sociale dans un établissement hospitalier (art. 26, 2<sup>e</sup> al., LAA, par analogie).

#### *Article 75 Indemnités journalières et rentes*

Sous réserve de surindemnisation, les indemnités journalières et les rentes de différentes branches des assurances sociales doivent être octroyées à titre cumulatif, que les prestations en espèces découlent du même cas d'assurance ou de cas divers. La réglementation particulière figurant dans le projet de la SSDA et destinée à exclure les cumuls de prestations, notamment lors de fixation rétroactive de rentes AI, aurait acquis une grande importance si l'assurance obligatoire d'une indemnité journalière en cas de maladie avait été introduite. Pour les cas, rares, d'un concours entre les indemnités journalières de l'AA ou de l'AMF ou encore des indemnités journalières (facultatives) de l'AM avec des rentes de l'AI, l'interdiction de la surindemnisation inscrite à l'article 76 suffit.

#### *Article 76 Surindemnisation*

Différentes dispositions de coordination de la «Partie générale» et des lois spéciales limitent fortement la possibilité d'une surindemnisation. Cependant, le cumul en particulier de plusieurs prestations en espèces et du revenu de l'activité lucrative peuvent notamment provoquer une amélioration choquante de la situation financière de l'ayant droit. C'est pourquoi une interdiction générale de surindemnisation doit rester ancrée dans le droit des assurances sociales.

La réglementation contenue dans le projet de la SSDA a toutefois été critiquée de différentes manières durant la procédure de consultation, étant jugée exagérée parce que contenant trop d'éléments d'assistance. C'est la raison pour laquelle la CCE a revu cette disposition en la rendant plus concise.

Le 1<sup>er</sup> alinéa s'appuie sur le maintien du principe de l'interdiction de la surindemnisation lors du concours de prestations de différentes assurances sociales. Il contient cependant la réserve selon laquelle la coordination et l'harmonisation systématiques des taux de prestations des différentes branches d'assurance sociale ne sont pas touchées par la clause interdisant la surindemnisation. Cela vaut, par exemple, pour les rentes dites complémentaires de l'AA qui sont accordées dans les cas où l'assuré a simultanément droit à des rentes de l'AVS ou de l'AI et qui, vu l'échelonnement différencié des rentes de ces deux assurances, peuvent, dans un petit nombre de cas, conduire à de minimes surindemnisations. En revanche, les normes indifférenciées de surindemnisation prévues dans certaines lois d'assu-

rances sociales (il en va ainsi de l'AMF, p.ex.) doivent céder le pas à la réglementation de la «Partie générale».

Pour évaluer la surindemnisation, il convient, comme le 2<sup>e</sup> alinéa le prévoit – et comme il en va aujourd'hui dans la plupart des branches des assurances sociales – de se fonder sur le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé. Pour la détermination de ce gain, le revenu obtenu avant la réalisation du risque assuré constitue naturellement un indice important. On renonce, en revanche, à calculer le revenu global, y compris celui des proches faisant ménage commun avec l'assuré, conformément à la proposition de la SSDA. C'est seulement lorsque les proches subissent une diminution de revenu, parce qu'ils doivent, par exemple, soigner un invalide, que le montant de cet amoindrissement du gain sera, à l'instar des frais supplémentaires éventuels dus au traitement ou à la surveillance dont l'assuré a besoin, ajouté au gain dont ce dernier a été privé et pris en compte aux fins de voir si la limite de surindemnisation a ou n'a pas été atteinte. Ce montant-limite est comparé avec les prestations fixées directement ou indirectement par la loi. S'il en résulte que la situation s'est améliorée après la survenance du cas d'assurance, les prestations prévues au 3<sup>e</sup> alinéa sont réduites. Le catalogue des prestations «irréductibles» a, par ailleurs, été quelque peu élargi par rapport au projet de la SSDA. L'idée est cependant que les rentes de l'AVS et de l'AI ne doivent pas être réduites comme telles, mais peuvent être incorporées dans le calcul de la réduction des prestations allouées par d'autres assurances (celles de l'AMF, par exemple). En revanche, les allocations pour impotents et les indemnités pour atteinte à l'intégrité doivent, d'une manière générale, être exceptées de toute réduction.

Les modalités concernant la réduction des prestations sont à fixer par le Conseil fédéral (4<sup>e</sup> al.).

#### *Article 77* Prise en charge provisoire des prestations

L'obligation de servir des prestations peut faire l'objet de contestations entre plusieurs assureurs sociaux, par exemple lorsque la cause réelle d'une atteinte à la santé n'est pas clairement établie. L'ayant droit ne doit subir aucun dommage de ce fait. C'est la raison pour laquelle une réglementation détaillée est édictée sur l'avance des prestations, permettant ainsi d'éviter une lacune dans le service des prestations jusqu'à ce que soit déterminée l'assurance sociale qui prendra le cas en charge. Pour compléter cette disposition, il y a lieu de fixer également l'obligation de prendre en charge des prestations à titre provisoire pour l'AA et l'AMF par rapport à la prévoyance professionnelle obligatoire qui n'est sinon pas recouverte par la partie générale (2<sup>e</sup> al., let. d). La réglementation générale remplace les dispositions actuelles, forcément limitées, des lois spéciales (p.ex. art. 26, 4<sup>e</sup> al., LAMA, art. 18 et 19, de l'ordonnance III LAMA). Des considérations de principe conduisent à ne pas englober les prestations d'assurance privée dans la réglementation dans les avances de prestations; toutefois, l'assouplissement de l'interdiction de cession (art. 29, 2<sup>e</sup> al.) et l'élargissement du droit de recours (art. 79 ss) devraient permettre d'éviter à l'avenir les lacunes de prestations momentanées notamment dans la relation assurance-maladie et responsabilité civile.

## *Article 78* Droit de recours réciproque

Les différends entre assureurs sociaux à propos de l'obligation de verser des prestations ne peuvent pas être définitivement réglés par une décision unilatérale de l'un d'eux. L'autre assureur doit être mis au courant de cette décision afin qu'il puisse recourir, le cas échéant.

## **Section 2: Subrogation**

### *Articles 79 à 82* Droits envers le tiers responsable

Le principe de la subrogation doit pouvoir être appliqué d'une manière générale dans les rapports de l'assurance sociale avec le tiers responsable. L'assureur social est subrogé aux droits de l'assuré ou de ses survivants pour ses prestations légales et peut faire valoir un droit de recours contre le tiers responsable (ou son assureur). Cette disposition est valable également pour les branches d'assurance sociale où le droit de recours n'était pas encore prévu légalement (AM). La structuration du droit de recours de l'assurance sociale se fonde sur les dispositions établies par la plus récente législation (art. 41 à 43 LAA, art. 48<sup>ter</sup> à 48<sup>sexies</sup> LAVS, art. 52 LAI). Ce droit a toutefois été limité par la CCE sur le modèle de la jurisprudence la plus récente (art. 82).

Dans un arrêt de principe du 29 avril 1986 en la cause AVS contre l'assurance X. (ATF 112 II 167), le Tribunal fédéral a jugé que le droit de recours contre les membres de la famille de l'assuré – par analogie à l'article 72, 3<sup>e</sup> alinéa, de la loi fédérale sur le contrat d'assurance – n'est admissible que si l'auteur du dommage a commis une faute grave. «L'assurance sociale ne doit pas» – comme le Tribunal fédéral le relève – «reprandre de la main gauche ce qu'elle a donné de la main droite» (traduction de l'allemand). Ce privilège accordé à ce groupe de personnes concernées par le droit de recours peut être inscrit dans la «Partie générale». Ne sont en revanche pas modifiées les limitations plus étendues de la responsabilité, telles qu'elles sont notamment prévues dans la LAA en cas d'accidents professionnels, en faveur des employeurs comme au profit des autres salariés de l'entreprise.

## **Section 3: Indemnités journalières et salaire**

### *Article 83* Perception des cotisations

En prélevant des cotisations AVS/AI/APG/AC sur les indemnités journalières légalement octroyées par les assurances sociales, on conjure d'une part le danger de voir un bénéficiaire de telles indemnités recevoir une prestation nette à peu près aussi élevée, voire plus élevée que celle qui est accordée à celui qui travaille. Il convient d'autre part d'atténuer les conséquences négatives des pertes de revenu sur le montant des futures rentes AVS et AI. Le projet de la SSSA était encore fondé sur le versement obligatoire d'indemnités journalières en cas de maladie et de maternité. Le projet de la CCE ne fait en revanche plus mention de ces deux genres d'indemnités journalières, les objets correspondants ayant entre-temps été rejetés. En accord avec les réponses fournies dans la procédure de consultation, le 2<sup>e</sup> alinéa prévoit en outre la possibilité de soumettre également à cotisations, à la demande des cantons, des «prestations analogues» prévues par le

droit cantonal. On vise ici avant tout les prestations cantonales en faveur des chômeurs qui vont au-delà de la réglementation fédérale.

En outre, la teneur de cet article correspond à celle de l'article 25<sup>ter</sup> LAI et de l'article 19a LAPG en vigueur. Selon l'assurance-chômage également, les indemnités sont depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1984 soumises à cotisations AVS/AI/APG. La seule innovation serait la perception de cotisations sur les indemnités journalières dans l'AA obligatoire et dans l'AMF.

## Chapitre 6: Dispositions diverses

### *Articles 84 et 85* Surveillance

La forme de surveillance est conditionnée par l'expression juridique et l'organisation des différentes branches d'assurance sociale et doit par conséquent être fixée par les lois spéciales. D'une manière générale, seuls peuvent être posés certains principes applicables à l'ensemble des assurances sociales qui en soulignent l'homogénéité: le Conseil fédéral est chargé de la surveillance de l'ensemble du domaine de l'assurance sociale, de l'établissement des rapports à ce propos; de plus, il doit intervenir lors d'infractions graves aux prescriptions légales par une institution d'assurance sociale. De leur côté, les assureurs sociaux sont tenus de renseigner l'autorité de surveillance, de lui fournir des données statistiques et de lui faire rapport.

En outre, le projet de la SSDA prévoyait la constitution d'une «Commission fédérale des assurances sociales» en tant qu'organe consultatif du Conseil fédéral. La CCE a supprimé cette disposition, estimant que le Conseil fédéral était en mesure également sans une telle commission de surveiller et d'encourager la coopération entre les différentes branches des assurances sociales. En renonçant à une commission permanente, on n'exclut pourtant pas la constitution d'une commission d'experts qui serait chargée d'assumer certaines tâches de coordination.

### *Article 86* Responsabilité des organes

Certaines lois spéciales contiennent des dispositions sur la responsabilité des assureurs et de leurs institutions d'assurance pour les dommages occasionnés par les organes d'exécution ou par des fonctionnaires (art. 82 LACI, art. 70 LAVS). De plus, dans certains domaines de l'assurance sociale (p.ex. AMF), une responsabilité de la Confédération peut découler de la loi fédérale du 14 mars 1958 sur la responsabilité de la Confédération, des membres de ses autorités et de ses fonctionnaires (RS 170.32). La présente disposition définit donc d'une manière uniforme la responsabilité, sur le plan juridique, des assureurs, des corporations de droit public, des organisations et des institutions d'assurance; la loi relative à la responsabilité de la Confédération leur est applicable par analogie, de même qu'aux institutions de droit privé. En conséquence et contrairement au projet de la SSDA, une telle responsabilité ne doit pouvoir être engagée que s'il s'agit d'une inobservation de prescriptions résultant d'une négligence grave. Comme actuellement, les lois spéciales peuvent prévoir des dispositions particulières en matière de responsabilité, par exemple pour le cas où des complications surviendraient au

cours d'un traitement médical ou pour des dommages causés par un employeur (art. 6, 3<sup>e</sup> al., LAA, art. 11 LAI, art. 52 LAVS).

De même, les dispositions relatives à la responsabilité pénale des employés d'une institution d'assurance et d'organes de contrôle sont unifiées en ce sens que, quel que soit leur statut de travail sur le plan juridique, ces personnes sont soumises à la même responsabilité que les membres des autorités et que les fonctionnaires, conformément aux dispositions du Code pénal suisse.

#### *Article 87* Dispositions pénales

Les faits qui, selon certaines lois spéciales, entraînent une sanction, sont très divers. Il n'est donc pas possible d'insérer dans la «Partie générale» une disposition pénale uniforme à propos des peines encourues en cas de délits ou de contraventions, ainsi qu'en cas d'inobservation des prescriptions d'ordre et de contrôle dans le domaine de l'assurance sociale. C'est pourquoi il est uniquement fait mention de la législation applicable d'une manière générale dans de tels cas et du fait que c'est aux cantons qu'incombe la poursuite pénale.

#### *Article 88* Exonération d'impôts des assureurs

Selon des réglementations, dont le libellé peut varier légèrement, dans les différentes lois spéciales, les assureurs sociaux et leurs organes d'exécution sont, aujourd'hui déjà, exonérés des impôts directs, ainsi que des taxes et des émoluments. L'exonération d'impôts peut ainsi figurer d'une manière uniforme dans la «Partie générale» pour toutes les institutions d'assurance et tous les organes d'exécution. La rédaction de cette disposition se fonde sur les articles 71 LAA et 94 LAVS.

## **Chapitre 7: Dispositions finales**

#### *Article 89* Exécution

Comme déjà mentionné, une édition complète formellement adaptée de la législation relative aux assurances sociales devrait être effectuée avec la création d'une partie générale. A cet effet, les lois spéciales devraient être révisées quant à leur forme et il s'agirait avant tout de modifier l'ordre des articles et des alinéas et, si possible, de supprimer les «bis» et les «ter» dans la numérotation. Une opération identique à propos des dispositions d'exécution devrait aller de pair avec la promulgation de l'ordonnance sur la partie générale.

#### *Article 90* Dispositions transitoires

La partie générale n'est par principe applicable qu'aux situations juridiques intervenant après son entrée en vigueur. Le passage du droit actuel au nouveau droit doit être cependant commenté sur trois points.

La réalisation des dispositions relatives à l'autorisation donnée au personnel médico-thérapeutique et aux établissements hospitaliers et l'élaboration d'un nouvel ordre tarifaire, prendront un certain temps. Plus particulièrement la convention sur les structures tarifaires et les tarifs, selon les articles 19, 1<sup>er</sup> alinéa et 20, ne pourra être élaborée qu'après des investigations minutieuses. Le Conseil

fédéral peut fixer des délais à cet effet. Jusqu'à cette nouvelle situation, la réglementation actuelle continuera d'être applicable dans toutes les branches d'assurance sociale, en l'adaptant, si nécessaire, à des situations modifiées.

La partie générale (p.ex. art. 22, 32, 76) n'est, par principe, pas applicable aux prestations en cours, ainsi qu'aux demandes déjà reconnues. Une exception est prévue pour les cas de réduction ou de refus de rentes d'invalidité ou de survivants par suite de faute grave de l'assuré. De telles rentes ne doivent pas être d'office fixées à nouveau – ce qui n'est pas réalisable administrativement – mais, sur demande, elles doivent être réexaminées d'après l'article 27 et, s'il y a lieu, fixées à nouveau dans les délais pour paiements arriérés, et au plus tôt dès l'entrée en vigueur de la partie générale.

Dans le domaine du contentieux, plusieurs cantons devront adapter leur organisation judiciaire et certaines règles de procédure (art. 63 et 67, 2<sup>e</sup> al.). Un délai de cinq ans leur sera imparti à cet effet. Jusqu'à la révision des dispositions cantonales, les recours seront traités selon le droit actuel.

#### *Article 91* Modification du droit en vigueur

Une loi comme la LPGA exige dans sa nature des adaptations d'un grand nombre de lois particulières. Celles-ci sont indiquées dans une appendice partie intégrale à cette LPGA.

## **42 Commentaires de l'appendice**

### **Modification des textes législatifs**

#### **1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMA)**

##### *Article 12* Prestations d'assurance – Soins médico-pharmaceutiques

2<sup>e</sup> alinéa, chiffre 1, lettre c: Selon la jurisprudence, les moyens et appareils nécessaires à la thérapie sont, aujourd'hui déjà, des prestations que les caisses-maladie ont l'obligation d'allouer. Ils ne sont toutefois pas, pour le moment, explicitement mentionnés dans la loi. Il y a lieu de procéder maintenant à cette mention, en accord avec l'article 15, 1<sup>er</sup> alinéa, LPGA.

5<sup>e</sup> alinéa: La disposition a été mise en relation avec l'article 15, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

6<sup>e</sup> alinéa: La disposition renvoie, en ce qui concerne l'obligation de fournir des prestations pour les médicaments, pour les analyses et pour les moyens et appareils nécessaires à la thérapie, à l'article 19, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

##### *Article 21* Qualification des personnes travaillant dans le domaine médical

Voir l'article 17 LPGA.

##### *Article 22, 1<sup>er</sup> alinéa* Tarifs médicaux

Les tarifs médicaux doivent être établis dans les limites des structures fixées par l'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, LPGA. Ils sont par ailleurs fixés de la même manière que jusqu'ici.

*Article 22<sup>quater</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa* Tarifs pour les médicaments et pour les analyses

La règle générale énoncée à l'article 19, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA, est applicable. Le pouvoir conféré aux cantons d'augmenter ou de réduire les valeurs inscrites dans les tarifs est maintenu.

*Article 23* Traitement économique

Voir l'article 16 LPGA.

*Article 26* Surindemnisation

L'interdiction de la surindemnisation (jusqu'ici dans l'assurance-maladie, on parle de surassurance) est nouvellement formulée, en accord avec l'article 76 LPGA. Pour éviter une surindemnisation interne à l'assurance-maladie, le 2<sup>e</sup> alinéa de la disposition continue à être applicable. En cas de concours de prestations d'assurances sociales différentes, seul l'article 76 LPGA trouve application. Les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas de l'article peuvent par conséquent être abrogés.

*Article 30* Contentieux – Décisions des caisses

L'article précise la réglementation de l'article 57 LPGA pour le domaine de l'assurance-maladie. Les 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas sont remplacés par les normes de la partie générale. Le 5<sup>e</sup> alinéa (qui devient le 2<sup>e</sup> al. de l'article) conserve en revanche son sens.

*Article 30<sup>bis</sup>* Tribunaux cantonaux des assurances

Comme jusqu'ici, le 1<sup>er</sup> alinéa définit la compétence «*ratione materiae*» des tribunaux cantonaux des assurances. La compétence *ratione loci* de ces tribunaux, fixée au 2<sup>e</sup> alinéa, demeure inchangée. En revanche, pour la procédure (3<sup>e</sup> al.) c'est d'une manière générale l'article 67, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA, qui devient applicable.

*Article 30<sup>ter</sup>* Tribunal fédéral des assurances

Voir l'article 68 LPGA.

*Article 31* Exonération d'impôts

Voir l'article 88 LPGA.

*Article 40* Obligation de garder le secret

Voir l'article 41 LPGA.

*Terminologie*

La terminologie a été adaptée à celle de la LPGA.

## **2. Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)**

*Article 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa* Assurés

Comme l'article 10 LPGA donne une définition plus précise du salarié, l'obligation d'assurance peut être, à l'article premier de la loi, conçue d'une manière générale et viser l'ensemble des salariés. Le Conseil fédéral peut, le 2<sup>e</sup> alinéa en dispose ainsi, régler les cas spéciaux.

*Article 15, 3<sup>e</sup> alinéa* Gain assuré

En ce qui concerne le montant maximum (plafond) du gain assuré, il y a lieu de se référer à l'article 24 LPGA en liaison avec l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

*Article 17, 2<sup>e</sup> alinéa* Indemnités journalières en cas de séjour dans un établissement hospitalier

Voir l'article 74 LPGA.

*Article 18, 2<sup>e</sup> alinéa* Invalidité

Voir les articles 8 et 22, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

*Article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, troisième phrase et 2<sup>e</sup> alinéa, deuxième phrase* Naissance et extinction du droit

Le versement d'une rente mensuelle complète au début ou à la fin du droit à la rente découle de l'article 25, 3<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

*Article 22, 1<sup>er</sup> alinéa, première phrase* Révision de la rente

Le principe de la révision de la rente d'invalidité est inscrit à l'article 23 LPGA.

*Article 26* Allocations pour impotents – Droit

Il est superflu d'inscrire une définition de l'impotence dans la LAA, puisque cette définition figure à l'article 9 LPGA.

*Article 29, 6<sup>e</sup> alinéa, troisième phrase* Fin du droit à la rente de survivants

Voir la remarque relative à l'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, troisième phrase.

*Article 36, 1<sup>er</sup> alinéa* Concours de diverses causes de dommage

Le principe, selon lequel l'assurance-accidents prend entièrement en charge les prestations en nature, les indemnités journalières et les allocations pour impotents, même si l'atteinte à la santé n'a été que partiellement causée par l'accident, résulte des articles 70, 71, 72, 1<sup>er</sup> alinéa et 73, 3<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

*Articles 37 et 38* Réduction et refus des prestations

Si l'accident a été provoqué fautivement par l'assuré ou par les survivants, l'article 27 LPGA est applicable en principe. C'est seulement dans les cas où le dommage a été provoqué intentionnellement ou dans ceux de suicide que l'assurance n'alloue aucune prestation – dans le sens de l'article 27, 4<sup>e</sup> alinéa, LPGA. L'indemnité pour frais funéraires fait seule exception.

*Article 40* Concours avec les prestations d'autres assurances sociales

Voir l'article 76 LPGA.

*Articles 41 à 43* Subrogation

Le droit de recours contre le tiers responsable est régi exhaustivement par les articles 79 à 82 LPGA. Seule subsiste la disposition à l'article 44 – inscrite dans un chapitre ayant un nouveau titre – concernant la limitation de la responsabilité des

proches, ainsi que de l'employeur et des travailleurs de son entreprise en cas d'accidents professionnels.

*Article 47* Enquête sur les circonstances de l'accident

La procédure d'enquête est réglementée en détail aux articles 36 et 51 à 53 LPGA. Seule doit être maintenue la norme spéciale relative à l'autopsie.

*Article 48, 2<sup>e</sup> alinéa* Refus d'un traitement approprié

Voir l'article 27, 3<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

*Article 49* Versement des prestations en espèces

Voir l'article 25 LPGA.

*Article 50* Garantie du droit aux prestations

Les règles concernant l'inaccessibilité des droits aux prestations, celles qui interdisent leur mise en gage de même que les normes relatives à l'emploi conforme et à la compensation des prestations figurent maintenant aux articles 26, 29 et 34 LPGA. Il y a seulement lieu de consacrer le principe selon lequel les droits aux prestations sont soustraits à l'exécution forcée (art. 29, deuxième phrase, LPGA).

*Articles 51 et 52* Paiement de prestations arriérées – Demande de restitution de prestations

Voir les articles 31 et 32 LPGA.

*Articles 53 et 54* Personnes exerçant une activité dans le domaine médical et établissements hospitaliers – Traitement économique

Voir les articles 16, 17 et 18 LPGA.

*Articles 56, 1<sup>er</sup> alinéa, première phrase et 2<sup>e</sup> alinéa* Tarifs

Les tarifs des personnes exerçant une activité dans le domaine médical et ceux des établissements hospitaliers et de cure doivent se tenir aux limites fixées par l'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, LPGA (structure des tarifs) et tenir compte des remboursements de frais fixés conformément aux articles 19, 2<sup>e</sup> alinéa et 20 LPGA, pour des médicaments, des analyses et d'autres prestations en nature. Ces remboursements sont, par ailleurs, déterminés selon la procédure suivie jusqu'ici.

*Articles 67, 71 et 74* Exemption d'impôts

Voir l'article 88 LPGA.

*Article 94* Primes arriérées – Restitution de primes indues

Voir les articles 31 et 32, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

*Articles 96 à 102* Procédure

Les dispositions de la LAA concernant la procédure (y compris les normes sur l'obligation de renseigner et sur l'obligation de garder le secret) sont remplacées par celles de la LPGA (articles 40, 41 et 42 à 60 LPGA). Seul l'énoncé, à

l'article 99, 1<sup>er</sup> alinéa, des situations juridiques dans lesquelles une décision doit être impérativement rendue a été maintenu.

#### *Articles 103 et 104 Rapports avec les autres assurances sociales*

La coordination des prestations de l'assurance-accidents avec celles d'autres branches des assurances sociales a lieu exclusivement selon les articles 69 à 78 LPGa.

#### *Article 105 Opposition et recours*

L'article renvoie, pour l'opposition et pour le contentieux, à la partie générale (art. 58 et 62 à 68) et règle au surplus, dans le même sens que jusqu'ici, les procédures spéciales de recours (compétence de l'assureur, prévention des accidents, attribution des entreprises aux classes de tarifs des primes). Voir, à ce sujet, l'article 63, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGa.

#### *Articles 106 et 107, 1<sup>er</sup> alinéa Tribunaux cantonaux*

Voir les articles 62 et 63, 1<sup>er</sup> alinéa, LPGa. La compétence à raison du lieu des tribunaux cantonaux des assurances continue d'être régie par l'article 107, 2<sup>e</sup> alinéa.

#### *Article 108 Règles de procédure*

Voir l'article 67 LPGa.

#### *Article 109 Recours en matière de classement dans le tarif des primes*

La disposition a été placée au 4<sup>e</sup> alinéa de l'article 105.

#### *Article 110 Tribunal fédéral des assurances*

La compétence générale du Tribunal fédéral des assurances résulte de l'article 68, 1<sup>er</sup> alinéa, LPGa. La LAA ne cite désormais plus que la compétence spéciale de cette juridiction, celle par laquelle elle est chargée de statuer sur les litiges qui peuvent surgir entre les assureurs.

#### *Articles 114 et 115 Dispositions pénales – Poursuite pénale*

Voir l'article 87 LPGa.

#### *Terminologie*

La terminologie a été adaptée à celle de la partie générale.

### **3. Loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM)**

#### *Article 7 Provocation fautive du dommage*

Voir l'article 27 LPGa. Demeure ouverte la question de savoir si l'aide apportée par un camarade ou l'engagement courageux du militaire (voir l'art. 7, 3<sup>e</sup> al., LAM) doit continuer à exclure un retrait des prestations.

### *Article 11 Procédure d'enquête*

L'enquête sur les circonstances du cas a lieu selon les règles de la partie générale (art. 36 et 51 à 53 LPGA). D'éventuelles mesures provisoires de l'assurance militaire demeurent réservées.

### *Articles 12 et 13 Décisions – Révision des décisions*

La fixation des prestations a lieu selon les règles de la partie générale (décision et opposition – art. 56 à 68 LPGA). La révision des décisions est régie par l'article 59 LPGA.

### *Article 18, 3<sup>e</sup> à 5<sup>e</sup> alinéas Refus d'un traitement exigible de l'assuré*

Voir l'article 27, 3<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

### *Article 19 Remboursement des frais*

Les tarifs pour les personnes exerçant une activité dans le domaine médical ainsi que pour les établissements hospitaliers et de cure doivent rester dans les limites de l'article 19, 1<sup>er</sup> alinéa, LPGA (structure des tarifs). Les remboursements de frais effectués pour des médicaments, des analyses et d'autres prestations en nature ont lieu selon les articles 19, 2<sup>e</sup> alinéa, et 20 LPGA. Les tarifs sont, par ailleurs, établis de la même manière que jusqu'ici.

### *Article 20, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas Indemnités journalières – Gain maximum et minimum*

La limite supérieure de gain (plafond) pour les prestations en espèces de l'assurance militaire correspond à celle d'autres branches des assurances sociales (l'AA, l'AC) et se détermine d'après l'article 24 en liaison avec l'article 28, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA. La fixation d'un gain minimum dans les cas spéciaux est confiée au Conseil fédéral.

### *Articles 21 et 23, 2<sup>e</sup> alinéa Déduction pour frais de pension à l'hôpital*

Voir l'article 74 LPGA.

### *Article 24, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas Rentes – Gain maximum et minimum*

Voir la remarque concernant l'article 20, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas.

### *Article 26 Révision de la rente d'invalidité*

Le principe de la révision est inscrit à l'article 23 LPGA, en sorte que la réglementation dans la LAM peut se limiter à la procédure d'instruction.

### *Article 41, 3<sup>e</sup> alinéa Réduction et retrait des prestations*

Certaines prestations restent exceptées de toute réduction ou refus non seulement en vertu de la loi sur l'assurance militaire, mais encore en conformité de l'article 27 LPGA.

### *Article 42, troisième phrase Prestations en cas d'impotence*

L'assurance militaire ignore l'allocation pour impotent. En cas d'impotence, la rente d'invalidité est majorée. Cette majoration doit tenir lieu d'allocation pour impotent au sens de la LPGA.

#### *Articles 44 et 45 Versement des prestations en espèces*

Voir l'article 25 LPGA.

#### *Article 47, 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas Garantie des prestations*

L'incessibilité des prestations et l'interdiction de leur mise en gage sont prévues par l'article 29 LPGA. Le 1<sup>er</sup> alinéa de l'article ici visé doit dès lors seulement statuer que les droits aux prestations sont soustraits à l'exécution forcée. Concernant le 3<sup>e</sup> alinéa, voir l'article 26 LPGA.

#### *Article 48 Demande de restitution des prestations*

Voir l'article 32 LPGA.

#### *Articles 49 et 50 Subrogation*

Le droit de recours contre le tiers responsable est exhaustivement régi par les articles 79 à 82 LPGA. L'article 49 de la présente loi peut donc être abrogé. En revanche, le droit de recours contre les cantons au sens de l'article 50 subsiste, le titre marginal correspondant se voyant complété.

#### *Articles 51 et 52 Rapports avec d'autres assurances sociales*

La coordination des prestations de l'assurance militaire avec celles des autres branches des assurances sociales est régie par les articles 69 à 78 LPGA. Il y a en particulier lieu d'appliquer l'article 76 LPGA en vue d'éviter la surindemnisation. En cas de réduction de la rente de l'assurance militaire, l'ayant droit ne doit toutefois pas perdre le privilège fiscal au sens de l'article 47, 2<sup>e</sup> alinéa, de la présente loi.

#### *Articles 55 à 58 Contentieux*

Les articles 58 ainsi que 62 à 68 LPGA s'appliquent à la procédure d'opposition et au contentieux. La compétence «ratione loci» du Tribunal cantonal des assurances est définie d'une manière analogue à celle qui a été retenue jusqu'ici. Les seuls points abandonnés sont le for du canton d'origine pour les recourants domiciliés en Suisse et le for conventionnel pour les recourants domiciliés à l'étranger.

#### *Article 59 Calcul des délais*

Voir les articles 46 à 49 LPGA.

#### *Terminologie*

La terminologie a été adaptée à celle de la LPGA.

### **4. Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI)**

#### *Article 3 Calcul des cotisations*

Lors de la réforme de l'AC en 1977 (régime transitoire), le législateur a sciemment renoncé à introduire un système propre de perception des cotisations. Il a confié cette tâche aux organes de l'AVS, c'est-à-dire aux caisses de compensation et aux

employeurs. Cette solution s'est révélée très rationnelle. Elle suppose cependant que l'AC s'adapte autant que possible à l'AVS en ce qui concerne les règles sur l'obligation de verser les cotisations et sur la perception des cotisations. Cette concordance doit être maintenue et c'est pour ce motif que le 1<sup>er</sup> alinéa de cet article renvoie, comme auparavant, à la législation sur l'AVS.

La limite du salaire déterminant est fixée selon les principes énoncés dans la «Partie générale». Pour les assurés travaillant pour plusieurs employeurs et comme jusqu'ici, le salaire est, dans chaque rapport de travail, pris en compte jusqu'à concurrence du montant maximum du gain assuré. En revanche, le nouveau texte laisse au Conseil fédéral le soin de trancher la question, plutôt liée à la technique de la perception des cotisations, de savoir pour quelles périodes (le mois, l'année civile ou des fractions d'année) le montant maximum arrêté dans la partie générale doit être appliqué.

*Article 8, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre c* Conditions du droit à l'indemnité

Adaptation rédactionnelle.

*Article 12* Etrangers ayant leur résidence ordinaire en Suisse

Adaptation rédactionnelle.

*Article 22, 2<sup>e</sup> alinéa, première phrase* Montant de l'indemnité journalière

Adaptation rédactionnelle.

*Article 28, 2<sup>e</sup> alinéa* Indemnité journalière en cas de maladie et d'accident

L'article 72 LPGa exclut tout concours entre les indemnités journalières de l'AC et celles de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents.

*Article 82* Responsabilité des gérants

La responsabilité des organes est réglementée uniformément à l'article 86 LPGa. Il en découle que les autorités gérantes des caisses de chômage n'encourent une responsabilité que si le dommage causé par elles résulte d'un acte punissable ou d'une violation des prescriptions, intentionnelle ou due à la négligence grave.

*Article 83, 1<sup>er</sup> alinéa* Organe de compensation de l'assurance-chômage

Lettre f: Le renvoi dans la parenthèse est supprimé.

Lettre k: La référence à l'article 95 LACI est nouvelle.

*Article 85, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre e* Autorités cantonales

Adaptation rédactionnelle au nouvel article 95 LACI.

*Article 88, 2<sup>e</sup> alinéa* Employeur

Adaptation rédactionnelle due à l'abrogation de l'article 82 LACI.

*Article 92, 5<sup>e</sup> alinéa, première phrase* Frais d'administration

Vu l'abrogation de l'article 82 LACI, la référence au risque d'encourir la responsabilité des fondateurs doit être biffée. Les organes des autres branches des

assurances sociales ne reçoivent pas non plus une indemnité de risque pour le cas d'une responsabilité au sens de l'article 86 LPGA.

*Article 94* Nantissement et cession des droits

Les règles sur la garantie d'un emploi conforme de la prestation et sur la compensation figurent maintenant aux articles 26 et 34 LPGA.

*Article 95* Restitution de prestations touchées à tort

Voir l'article 32 LPGA. La LACI se borne désormais à préciser que les organes de l'AC sont tenus de réclamer la restitution de l'indû.

*Articles 96 à 99*

Voir dans la LPGA: les articles 36 et 39 (obligation de renseigner et avis obligatoire en cas de modification des circonstances), l'article 41 (obligation de garder le secret), l'article 88 (exonération d'impôts) ainsi que les articles 69, 72, 75 à 78 (rapports avec les autres assurances sociales).

*Article 100* Contentieux

Voir les articles 62 à 68 LPGA.

*Article 101* Autorités spéciales de recours

Le nouveau texte se contente de nommer les autorités de recours que la LPGA ne connaît pas.

*Article 102* Personnes habilitées à recourir

Il s'agit de particularités propres à l'AC.

*Articles 103 et 104*

Voir dans la LPGA: l'article 67 (règles de procédure) et l'article 60 (exécution).

*Articles 107 et 108*

Voir l'article 87 LPGA (dispositions pénales).

**5. Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en faveur des personnes servant dans l'armée ou la protection civile (LAPG)**

*Articles 2 et 3*

Voir dans la LPGA: l'article 29 (garantie du droit aux prestations), l'article 31 (extinction du droit), l'article 34 (compensation). L'apport d'un complément à la LAPG en ce qui concerne l'exécution forcée n'est pas nécessaire, car celle-ci a toujours été admise dans le système des APG.

*Article 19* Paiement des allocations

Le nouveau texte ne consacre désormais que le principe du versement mensuel et renvoie pour le surplus à la LPGA (art. 25, 2<sup>e</sup> al., droit de compenser conféré à l'employeur, art. 26 garantie d'un emploi conforme au but de la prestation). La

réglementation des détails, pour lesquels les impératifs techniques liés à l'ordinateur ont un poids toujours plus grand, doit être laissée au Conseil fédéral.

*Article 19a* Cotisations dues aux assurances sociales

Voir l'article 83 LPGA.

*Article 20* Restitution d'allocations touchées à tort

Voir l'article 32 LPGA et la délégation au Conseil fédéral dans le nouvel article 19, 2<sup>e</sup> alinéa, LAPG.

*Article 21, 2<sup>e</sup> alinéa* Organes et dispositions applicables

Correspond au nouvel article 66, 1<sup>er</sup> alinéa, LAI, à l'exception de la garantie du droit aux prestations, pour laquelle l'article 29 LPGA est applicable dans l'APG (voir plus haut les articles 2 et 3 LAPG).

*Article 24* Contentieux

Voir les articles 62 à 68 LPGA.

*Article 29* Dispositions applicables

Voir dans la LPGA: les articles 36 et 40 (obligation de renseigner), les articles 46 à 49 (calcul des délais, etc.), l'article 88 (exonération d'impôts). Le reste est transféré au nouvel article 21, 2<sup>e</sup> alinéa, LAPG.

## **6. Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)**

*Article premier, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a* Assurance obligatoire

Adaptation à la nouvelle terminologie.

*Article 5* Cotisations perçues sur le revenu d'une activité dépendante

Voir l'article 28, 1<sup>er</sup> alinéa, LPGA (salaire déterminant).

*Article 7* Salaires globaux

Voir l'article 28, 1<sup>er</sup> alinéa, LPGA (salaire déterminant).

*Article 12* Employeurs tenus de payer des cotisations

Voir l'article 11 LPGA. Le 2<sup>e</sup> alinéa tient compte du fait que des salariés au sens de l'AVS peuvent non seulement travailler dans des entreprises ou des ménages, mais se rencontrent encore dans d'autres situations.

*Article 16* Extinction des créances de cotisation

Voir dans la LPGA: l'article 31 (extinction du droit) et l'article 32, 3<sup>e</sup> alinéa (restitution de cotisations payées en trop).

L'institution de deux délais échelonnés, l'un pour l'exercice de la créance de cotisations, l'autre pour le recouvrement de cette créance, est maintenue. La collaboration des caisses AVS avec les autorités fiscales en ce qui concerne les cotisations des assurés ayant une activité indépendante et des personnes sans

activité lucrative continue à exiger que certaines normes particulières soient prévues en la matière.

*Article 18* Droit à la rente

1<sup>er</sup> alinéa: Voir l'article 27, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA (sanctions à l'égard des proches)

2<sup>e</sup> alinéa: Adaptation à la nouvelle terminologie.

*Article 20* Garantie des prestations

En ce qui concerne la cession et la mise en gage, l'article 29 LPGA est désormais applicable. Pour la compensation, voir l'article 34 LPGA. La LAVS se borne ici à disposer que les prestations sont, comme jusqu'ici, entièrement soustraites à l'exécution forcée.

*Article 42* Cercle des bénéficiaires de rentes extraordinaires

Adaptation à la nouvelle terminologie.

*Article 43<sup>ter</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa* Moyens auxiliaires

Adaptation à la nouvelle terminologie.

*Article 44* Examen du droit aux prestations, fixation et paiement des prestations

Voir l'article 25 LPGA. La LAVS ne contenait pas jusqu'ici (contrairement à la LAI, qui est plus moderne) une disposition sur l'exercice du droit aux prestations. On n'y trouvait pas non plus un article sur la fixation de celles-ci. L'élaboration des règles en ces matières doit toutefois être déléguée au Conseil fédéral, car il s'agit de normes de procédure ayant un aspect technique. Il doit en aller de même pour le paiement des prestations (moment et modalités du paiement, etc.), car, là également, les impératifs techniques sont sujets à de constantes modifications.

*Article 45* Garantie d'un emploi de la prestation conforme à son but

Voir l'article 26 LPGA.

*Article 46* Paiement de prestations arriérées

L'article 31 LPGA se réfère, pour une réglementation spéciale comme celle qui est inscrite à cet article, aux différentes lois sur les assurances sociales. Une telle réglementation existe dans l'AVS depuis longtemps. Elle est matériellement justifiée.

*Article 47* Restitution de rentes et d'allocations pour imputés indus

Voir l'article 32 LPGA.

*Articles 48<sup>bis</sup> à 48<sup>sexies</sup>*

Voir les articles 69 à 78 LPGA (coordination avec les autres assurances sociales), ainsi que les articles 79 à 82 LPGA (recours contre le tiers responsable).

*Article 50* Obligation de garder le secret

Voir l'article 41 LPGA.

### *Article 52 Réparation du dommage*

L'article 86 LPGa (responsabilité des organes) laisse expressément le soin aux différentes lois sur les assurances sociales de régler la responsabilité de l'employeur. Dans l'AVS, cette responsabilité a une grande importance. Par conséquent, il se justifie de régler, du moins en principe, le cours des délais pour l'exercice de la créance en réparation du dommage et pour le recouvrement de cette créance. En revanche, il faut s'abstenir d'introduire une responsabilité de l'employeur envers les assurés ou envers les tiers qui participent au cas d'assurance. Les victimes de tels dommages doivent, comme jusqu'ici, s'adresser à l'AVS elle-même (voir aussi l'art. 70 LAVS dans sa nouvelle teneur).

### *Article 70 Responsabilité pour dommages*

Voir l'article 86 LPGa (responsabilité des organes). Le nouveau texte établit une distinction claire entre les dommages subis par l'assurance comme telle et ceux qui ont été encourus par les assurés ou par des tiers.

### *Articles 84, 85 et 86 Contentieux*

Voir les articles 62 à 68 LPGa. L'article 85<sup>bis</sup> AVS est maintenu au sens de l'article 63, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGa.

### *Article 89 Infractions commises dans la gestion d'une entreprise*

La poursuite pénale de telles infractions est actuellement régie par l'article 6 de la loi fédérale sur le droit pénal administratif (RS 313.0) cité dans l'article 87 LPGa.

### *Article 90 Notification des jugements et des décisions*

Le contenu de ce qui a été jusqu'ici le 1<sup>er</sup> alinéa de cet article figure maintenant à l'article 87, 3<sup>e</sup> alinéa, LPGa (poursuite pénale par les cantons). Le 2<sup>e</sup> alinéa doit être adapté aux exigences de l'époque actuelle.

### *Article 93 Obligation de renseigner*

Voir l'article 40 LPGa.

### *Article 96 Délais*

Voir dans la LPGa: l'article 46 LPGa (calcul des délais), l'article 47 LPGa (observation des délais), l'article 48 LPGa (prolongation des délais et conséquences de l'inobservation des délais) et l'article 49 LPGa (restitution du délai).

### *Article 97 Retrait de l'effet suspensif à un recours*

Voir les articles 60 et 61 LPGa. Dans l'AVS, le retrait de l'effet suspensif à un recours doit, comme jusqu'ici, pouvoir intervenir même si la décision porte sur une prestation pécuniaire, de façon que les caisses de compensation puissent combattre les pratiques abusives auxquelles se livrent certains débiteurs de cotisations particulièrement récalcitrants. Le retrait de l'effet suspensif peut être contesté par l'intéressé, par la voie d'un recours sur lequel le juge statue en rendant un jugement incident. Cette procédure a fait ses preuves et doit être maintenue.

## **7. Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)**

### *Article 4* Survenance de l'invalidité

La LAI doit, sur ce point, seulement disposer qu'une invalidité est réputée survenue dès qu'elle ouvre le droit à une certaine prestation. Il y a lieu, par ailleurs, de se référer aux articles 7 et 8 LPGA.

### *Article 5* Cas spéciaux de l'invalidité

Voir les articles 8, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas, LPGA (notion d'invalidité).

### *Article 6, 2<sup>e</sup> alinéa* Conditions d'assurance

Adaptation à la nouvelle terminologie.

### *Article 7* Refus et réduction des prestations

Actuellement déjà – voir la norme réglementaire de l'article 38 RAI – on renonce à prononcer le refus ou la réduction des indemnités journalières et des allocations pour impotents.

### *Article 9* Conditions spéciales de la réadaptation

Adaptation à la nouvelle terminologie.

### *Article 14, 1<sup>er</sup> alinéa* Etendue des mesures médicales

Voir l'article 15 LPGA (Traitement médical).

### *Article 25<sup>ter</sup>* Cotisations dues aux assurances sociales

Voir l'article 83 LPGA.

### *Article 26* Personnes travaillant dans le domaine médical

Voir l'article 17 LPGA.

### *Article 26<sup>bis</sup>* Etablissements, ateliers et fournisseurs de moyens auxiliaires

La LAI doit seulement régler les rapports de l'assurance avec les personnes et les établissements ou les ateliers qui ne sont pas mentionnés à l'article 17 LPGA. Ce nouveau texte consacre l'ordre juridique existant.

### *Article 27, 1<sup>er</sup> alinéa* Conventions

Voir les articles 19 et 20 LPGA sur les tarifs. La délégation de compétences à l'office fédéral des assurances sociales est maintenant ancrée dans la loi.

### *Article 28* Evaluation de l'invalidité

2<sup>e</sup> alinéa: Voir l'article 22, 2<sup>e</sup> alinéa, LPGA (Détermination du degré de l'invalidité)

3<sup>e</sup> alinéa: Adaptation rédactionnelle.

### *Article 30, 2<sup>e</sup> alinéa* Extinction du droit à la rente

Voir l'article 25, 3<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

*Article 31. Refus de la rente*

Voir l'article 27, 3<sup>e</sup> alinéa, LPGA.

*Article 39*

Adaptation à la nouvelle terminologie.

*Article 41 Révision de la rente*

Voir l'article 23 LPGA.

*Article 42 Allocation pour impotent*

Adaptation à la nouvelle terminologie. On renonce en outre à la condition de l'invalidité, car l'article 9 LPGA donne une définition exhaustive de l'impotence. Il s'agit là d'une définition qui est indépendante de l'invalidité (cette conception correspond à la pratique actuelle de l'AI).

*Article 44 Mesures de réadaptation de l'assurance obligatoire en cas d'accidents et de l'assurance militaire*

Voir les articles 71 et 72 LPGA (coordination des prestations en nature et des indemnités journalières).

*Article 45<sup>bis</sup> Rapports avec d'autres branches des assurances sociales*

Voir les articles 69 à 78 LPGA (coordination avec les autres assurances sociales).

*Article 46 Demande, fixation et paiement des prestations*

Voir dans la LPGA: l'article 25 (paiement des prestations en espèces), les articles 36 à 39 (exercice du droit aux prestations), les articles 42 à 61 (procédure en matière d'assurance sociale). Il y a concordance avec le nouvel article 44 LAVS.

*Article 47 Paiement des indemnités journalières et des rentes*

Voir l'article 25 LPGA.

*Article 48 Paiement des prestations arriérées*

L'article 31 LPGA laisse aux différentes lois sur les assurances sociales le soin d'instituer une réglementation spéciale. Dans l'AI, celle-ci existe depuis longtemps. Elle est matériellement justifiée. En effet, les états de fait portant sur la santé de l'assuré ne se laissent rétroactivement élucider avec précision que pour une période très limitée.

*Articles 49 et 50*

La restitution de prestations touchées à tort est maintenant régie par l'article 32 LPGA.

Les domaines signalés dans l'article 50 LAI sont désormais régis par les dispositions suivantes: l'article 26 LPGA (garantie d'un emploi des prestations conforme à leur but), l'article 29 LPGA (interdiction de la cession et de la mise en gage), l'article 34 LPGA (compensation des prestations), le nouvel article 20 LAVS

(interdiction de l'exécution forcée – la norme est applicable en vertu du nouvel article 66 LAI).

*Article 52* Droit de recours contre le tiers responsable

Voir les articles 79 à 82 LPGA.

*Article 58* Compétence de la commission AI

Adaptation à la nouvelle terminologie.

*Article 66* Dispositions applicables de la LAVS

La mention des domaines suivants est nouvelle: garantie du droit aux prestations (équivalent à l'interdiction de l'exécution forcée dans le nouvel art. 20 LAVS), prise en charge des frais et des taxes postales (art. 95 LAVS), force exécutoire (équivalent à la possibilité du retrait de l'effet suspensif à un recours consacré dans le nouvel art. 97 LAVS). L'obligation de garder le secret a été biffée (voir maintenant l'art. 41 LPGA).

*Article 69* Contentieux

Voir les articles 62 à 68 LPGA.

*Article 81* Dispositions applicables de la LAVS

Les références à la prise en charge des frais et des taxes postales et à la force exécutoire ont été intégrées dans l'article 66 LAI. Les autres domaines sont maintenant régis par la LPGA, aux articles 36 et 40 (obligation de renseigner), 88 (exonération d'impôts), 46 à 49 (calcul des délais, etc.) et 60 (exécution).

## **8. Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC)**

*Article 6, 3<sup>e</sup> alinéa* Organisation et procédure

Le paiement mensuel est maintenant régi par l'article 25 LPGA. Le texte subsistant a été remanié. Il consacre la règle selon laquelle une décision ne doit pas seulement être rendue dans le cas où une prestation est accordée mais également dans les autres cas.

*Article 7* Contentieux

Voir les articles 62 à 68 LPGA.

*Article 8* Dispositions applicables de la LAVS

L'autorité fédérale de recours est désormais mentionnée à l'article 68 LPGA. Il manquait en revanche, jusqu'ici, un renvoi aux dispositions applicables de la LAVS.

*Articles 12 et 13*

Article 12: Voir l'article 29 LPGA (interdiction de la cession et de la mise en gage) et le nouvel article 8 LPC (interdiction de l'exécution forcée à l'art. 20 LAVS).

Article 13: Voir l'article 40 LPGGA (obligation de renseigner) et l'article 41 LPGGA (obligation de garder le secret).

## **9. Loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA)**

### *Article 8* Compensation

Le fait que la loi sur la partie générale ne doit pas être appliquée d'une manière générale aux allocations familiales dans l'agriculture, mais seulement dans certains secteurs que la LFA désigne elle-même, a aussi un effet sur les règles valables en matière de compensation. Le droit aux allocations ne peut dès lors être valablement compensé qu'avec les créances de cotisations de l'AVS (et des branches d'assurance qui lui sont liées), car c'est aux organes de l'AVS que le pouvoir de fixer et de percevoir les contributions LFA a été confié.

### *Article 11* Restitution d'allocations familiales touchées à tort

Il se justifie, dans ce domaine, d'appliquer les normes de la partie générale.

*Article 14, 3<sup>e</sup> alinéa* Garantie d'un emploi des allocations conforme à leur but  
Même remarque.

### *Article 17* Obligation de renseigner

Même remarque.

*Article 18, 3<sup>e</sup> alinéa* Réclamation de contributions arriérées et de la restitution de contributions indues

Même remarque. Du moment que les contributions LFA sont perçues par les caisses de compensation en même temps que les cotisations AVS/AI/APG, la procédure à deux échelons pour la fixation de la créance de contributions et pour le recouvrement de celle-ci doit, elle aussi, être suivie.

### *Article 22* Contentieux

Voir les articles 62 à 68 LPGGA. Pour les litiges relatifs à la délimitation des régions de montagne, c'est une autorité fédérale spéciale de recours qui continue à être compétente (art. 6, 4<sup>e</sup> al., LFA).

### *Article 23* Dispositions pénales

Dans ce domaine également, l'application de la LPGGA se justifie en principe. Celle-ci abandonne toutefois une part importante du droit pénal spécial applicable en la matière aux différentes lois sur les assurances sociales, motif pour lequel un renvoi à la LAVS est ici nécessaire.

### *Article 25* Dispositions applicables de la LPGGA et de la LAVS

Comme la LAVS ne règle plus elle-même une série de domaines, mais en laisse le soin à la LPGGA, le texte correspondant de la LFA doit tenir compte de cette situation.

## **10. Loi fédérale sur la procédure administrative (PA)**

### *Article 3, lettre g* Inapplicabilité

Lors de l'application du droit des assurances sociales, la procédure prévue par la LPGA s'applique exclusivement et uniformément, à l'exclusion de celle qui découle de la PA.

## **5 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel**

### **51 Conséquences financières**

La création d'une partie générale du droit des assurances sociales ne poursuit pas d'objectifs financiers. En principe, cependant, une uniformisation des concepts, des règles de procédure et des normes de collision devrait plutôt entraîner une baisse des coûts. A l'inverse, il est possible que dans quelques domaines déterminés, les institutions d'assurance doivent faire face à certains frais supplémentaires, dus, par exemple, à l'introduction de la procédure d'opposition dans l'AVS/AI. Toutefois, ces frais devraient pouvoir être plus ou moins «contrebalancés» par des économies au niveau de l'utilisation des services judiciaires. Ces répercussions ne peuvent pas être traduites à l'avance sous forme de chiffres, mais il est d'ores et déjà certain qu'elles n'auront qu'une importance négligeable proportionnellement aux dépenses globales de l'assurance sociale suisse qui s'élevaient à environ 44,2 milliards de francs en 1987.

### **52 Effets sur l'état du personnel**

Les réflexions qui ont été faites à propos du domaine financier sont également valables en ce qui concerne les répercussions sur le personnel. Compte tenu que la partie générale ne touche pas à la structure d'organisation en vigueur dans l'assurance sociale suisse, il peut s'ensuivre, tout au plus, certains effets secondaires dans le domaine de la procédure. Ainsi est-il concevable que l'introduction de la procédure d'opposition au niveau de l'AVS/AI nécessite un renforcement du personnel du côté des institutions d'assurance, tandis qu'une certaine économie de personnel serait possible au niveau des autorités de l'administration judiciaire. Cependant, l'évolution des contextes n'est pas prévisible, car elle dépend pour l'essentiel de l'attitude future des parties intéressées.

## **6 Constitutionnalité**

Notre constitution fédérale ne connaît aucune norme qui englobe l'ensemble du domaine des assurances sociales. En conséquence, la partie générale, tout comme les lois particulières, doivent s'appuyer sur les dispositions dispersées dans la constitution, lesquelles donnent pouvoir à la Confédération d'édicter des lois relatives à ce domaine. Ces dispositions sont énoncées dans le préambule et peuvent être subdivisées comme suit:

Assurance-maladie et accidents:	Article 34 <sup>bis</sup> cst.
Assurance militaire:	Articles 18, 2 <sup>e</sup> alinéa (service militaire) et 22 <sup>bis</sup> , 6 <sup>e</sup> alinéa (protection civile) cst.
Assurance-chômage et indemnité d'insolvabilité:	Article 34 <sup>ter</sup> , 1 <sup>er</sup> alinéa, lettres a et e, 34 <sup>novies</sup> cst.
Régime des APG pour les personnes servant dans l'armée ou dans la protection civile:	Articles 22 <sup>bis</sup> , 6 <sup>e</sup> alinéa (protection civile) et 34 <sup>ter</sup> , 1 <sup>er</sup> alinéa, lettre d (armée) cst.
Assurance-vieillesse et survivants:	Article 34 <sup>quater</sup> cst.
Assurance-invalidité:	Article 34 <sup>quater</sup> cst.
Prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité	Article 11, 1 <sup>er</sup> alinéa, des dispositions transitoires à la cst.

## 7 Relation avec le droit européen

### 71 Sécurité sociale dans la Communauté européenne (CE)

Même si les buts économiques dominent aujourd'hui encore l'effort d'intégration de la Communauté, la dimension sociale ne doit pas être négligée. Jusqu'à maintenant cependant, la CE n'a ni créé un système commun de sécurité sociale, ni harmonisé les systèmes souvent très différents des pays membres.

En matière de sécurité sociale, la principale préoccupation de la CE est de faciliter la libre circulation des travailleurs entre les divers pays membres. Cela est réalisé par une coordination aussi poussée que possible des différents régimes nationaux qui conservent chacun leurs particularités. Cette coordination repose sur les règlements 1408/71 et 574/12 qui sont fondés sur les mêmes principes que ceux contenus dans les Conventions bilatérales conclues par la Suisse en matière de sécurité sociale: égalité de traitement des travailleurs étrangers avec les nationaux dans le pays où ils exercent leurs activités, maintien des droits acquis, totalisation des temps pour ouvrir leur droit aux prestations et versement des prestations dans tous les pays de la CE. Ainsi, sous un certain point de vue, la CE comprend aujourd'hui déjà un certain espace social européen dans lequel les droits aux prestations ne sont pas compromis par le passage d'un Etat membre à un autre.

La question d'une future harmonisation des systèmes d'assurances sociales des pays membres est encore ouverte à l'heure actuelle. Dans le cadre du processus d'amélioration des conditions de vie et de travail dans les pays membres, on trouve quelques modestes ébauches de création de normes minimales. Il s'agit en particulier de la directive et de la recommandation de réaliser progressivement le principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de sécurité sociale.

## 72 Instruments du Conseil de l'Europe

En comparaison avec la CE, le concept d'intégration n'est que faiblement développé au sein du Conseil de l'Europe. La collaboration internationale s'y pratique plutôt dans l'esprit d'une organisation internationale «traditionnelle». C'est ainsi que l'accent est mis d'une part sur l'encouragement du progrès social (par l'élaboration de normes minimales et de recommandations pour la réalisation d'une justice sociale) et, d'autre part, sur la garantie de la libre circulation entre les Etats membres dans le domaine de la sécurité sociale.

La promotion du progrès social, tel est le but de la «Charte Sociale Européenne du 18 octobre 1961» qui consacre expressément le droit à la protection sociale à son article 12. Elle impose notamment aux Parties d'amener progressivement leur système de protection sociale à un niveau plus élevé (ch. 3) et de garantir l'égalité de traitement en matière de sécurité sociale entre leurs propres ressortissants et ceux des autres Etats signataires (ch. 4a). Cet instrument n'a pas été ratifié par la Suisse.

Le but du «Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964» est de créer une sorte de convention-cadre au moyen de directives minimales. Comme la législation suisse en matière d'AVS/AI, d'assurance en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, ainsi que d'allocations familiales, satisfait aux exigences de cet instrument, la Suisse a pu le ratifier le 16 septembre 1977 en ce qui concerne les domaines susmentionnés (RO 1978 1491).

Outre les conventions mentionnées ci-dessus, il existe d'autres normes minimales relatives à des domaines particuliers dans des résolutions ou des recommandations du Comité des Ministres. Enfin il faut encore mentionner trois instruments du Conseil de l'Europe dont le but est de favoriser la libre circulation des personnes d'un Etat à un autre et qui reposent sur le principe de l'égalité de traitement entre travailleurs nationaux et étrangers en matière de sécurité sociale. Il s'agit de l'«Accord intérimaire européen concernant les régimes de sécurité sociale relatifs à la vieillesse, à l'invalidité et aux survivants», du 11 décembre 1953 et de la «Convention européenne relative au statut des travailleurs migrants» du 24 novembre 1977. La Suisse n'a pas ratifié ces instruments.

## 73 Compatibilité du projet de loi avec le droit européen

Le projet de loi est bien dans la ligne des objectifs, poursuivis en particulier par le Conseil de l'Europe, de promouvoir le progrès social et la justice sociale.

En outre, il est non seulement compatible avec les engagements internationaux déjà pris par la Suisse, mais il leur apporte encore quelques améliorations. Selon l'article 68, lettre f, du Code européen de sécurité sociale ratifié par la Suisse, les prestations de la sécurité sociale ne doivent être gelées que lors d'une invalidité intentionnellement causée par l'assuré ou si ce dernier a commis un crime ou un délit. Les articles 7 LAI et 37 LAA qui préconisent que les prestations en espèces

peuvent être refusées, réduites ou retirées lorsque l'invalidité a été causée par une faute grave sont en contradiction avec la disposition du Code européen. Selon la doctrine et la jurisprudence, cette infraction contre une obligation légale imposée en Suisse ne peut être levée que par une modification correspondante de la législation suisse. C'est ce que réalise le projet de loi dans son article 27 applicable en général et donc en particulier pour toutes les branches des assurances sociales.

34305

**Proposition**

**d'une révision partielle de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) en vue d'une adaptation à la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)**

**Loi fédérale  
sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants  
et invalidité**

**(LPP)**

**Modification du**

---

La loi fédérale du 24 juin 1982<sup>1)</sup> sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) est modifiée comme il suit:

*Titre précédant l'article premier*

**Première partie: But, domaine d'application et notions générales**

*Art. 6a* Définition de notions générales

Les articles 3 à 13 de la loi fédérale du ...<sup>2)</sup> sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) sont applicables.

*Art. 7, 2<sup>e</sup> al., première phrase*

<sup>2</sup> Ce salaire correspond au salaire déterminant selon la LPGA<sup>2)</sup>. ...

*Titre suivant l'article 33*

**Chapitre 6: Dispositions diverses relatives aux prestations**

*Art. 33a* Application de la partie générale du droit des assurances

Si rien de contraire n'est prescrit dans cette loi, les articles 22, 23, 25 à 27, 29 à 34, 73 de même que 75 à 82 LPGA<sup>2)</sup> sont applicables.

<sup>1)</sup> RS 831.40

<sup>2)</sup> RO ...

*Art. 34, 2<sup>e</sup> al., 35, 38 et 39, 1<sup>er</sup> al.*

*Abrogés*

*Art. 85a* Information, entraide administrative, obligation de garder le secret  
Les articles 35, 36 et 39 à 41 LPGA<sup>1)</sup> sont applicables.

*Art. 86 et 87*

*Abrogés*

34305

<sup>1)</sup> RO ...

## **Initiative parlementaire Partie générale du droit des assurances sociales Rapport de la Commission du Conseil des Etats du 27 septembre 1990**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1991
Année	
Anno	
Band	2
Volume	
Volume	
Heft	17
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	85.227
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	07.05.1991
Date	
Data	
Seite	181-288
Page	
Pagina	
Ref. No	10 106 550

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.