CONSEIL D'ETAT

Château cantonal
1014 Lausanne

Office fédéral de la santé publique
Assurance maladie et accident
Palais fédéral
3003 Berne

Réf. : PM/14014583

Lausanne, le 7 mars 2007

PROJETS DE REVISION DE LA LAA

Madame, Monsieur,

Le Conseil d'Etat du canton de Vaud vous remercie de lui donner l'occasion de se prononcer sur l'objet mentionné en titre et vous adresse, ci-après, sa détermination.

Pour nous déterminer, nous avons consulté les services concernés de l'Etat de Vaud. Nous observons d'emblée que le premier projet a des impacts directs sur les droits des assurés, en particulier par le relèvement de dix à vingt pourcent de la limite inférieure ouvrant le droit à une rente d'invalidité, cela sans que ne soient clairement spécifiés les transferts de charge sur d'autres régimes sociaux. En l'état, nous ne pouvons donc soutenir ce premier projet de révision de la LAA, sous réserve des explications financières demandées en conclusion de notre détermination Nous vous faisons part, ci-après, de nos remarques et propositions concernant un certain nombre d'articles.

1. Adaptation de la LAA aux exigences d'une assurance sociale moderne

Art. 3, al. 1 : Début, fin et suspension de l'assurance
Contrairement à ce qui est indiqué dans le commentaire explicatif (chiffre 2.1 alinéa2), il n'est pas proposé une adaptation de l'art 3 al. 1 afin de clarifier la situation des personnes qui débutent leur activité professionnelle par des vacances. On pense, en particulier, au personnel enseignant sous contrat dès le 1er août, mais qui ne commence son activité professionnelle qu'à l'issue des vacances scolaires.

Nous proposons que ce soit fait dans le cadre du Message du Conseil fédéral.

Art. 6 : Généralités
L'ancrage à l'al. 2 des dispositions actuelles de l'ordonnance et la précision des situations liées à un état maladif ou une usure manifeste est une bonne chose du point de vue de la clarification des situations « limites ». Il s'ensuivra par contre un transfert des coûts de l'assurance-maladie sur l'assurance-accident, avec de possibles répercussions sur le taux de prime, qu'il serait nécessaire de pouvoir évaluer.

L'alinéa 3, nouveau, prévoit la suppression de toutes prestations pour les lésions dentaires qui se produisent lors de la mastication. Cela nous paraît être une mesure radicale qui ne se justifie pas malgré les difficultés d'établissement de la preuve de l'existence du facteur extérieur extraordinaire. En effet, la jurisprudence a déjà posé un

certain nombre de restrictions à l'admission de cette prestation tout en démontrant que dans un nombre de situations non négligeables elle répond aux critères de la définition de l'accident. Par ailleurs, cela signifierait un transfert direct de ces coûts sur les assurés ou sur les régimes sociaux. Enfin, cette modification nécessiterait d'être étayée par des précisions financières, par exemple d'en connaître le coût comparativement au coût global des accidents non-professionnels.

Art. 9a (nouveau) - Grands sinistres

De manière générale, la solution limitant la responsabilité des assureurs à un milliard de francs par événement, alors qu'elle est illimitée actuellement, nécessite une explication sur ce plafond, dont on ne peut se contenter de dire qu'il est simplement raisonnable. De surcroît, en cas de sinistre majeur, ce montant sera probablement rapidement dépassé et il importe de savoir qui supportera les coûts non couverts. Enfin, si le montant devait être admis, ce plafonnement du risque devrait être accompagné d'une baisse de prime et nous souhaitons des précisions à cet égard.

Concernant l'alinéa 1, il est mentionné que dans les cas de coûts estimés à plus d'un milliard de francs les prestations de courte durée telles que définies à l'article 90 alinéa 1 sont allouées sans restriction. Or, il n'est pas indiqué de quelle manière les prestations de longue durée seraient éventuellement allouées (proportionnellement, sans limite dans le temps, etc..) et, à contrario, l'on peut on déduire que les autres prestations (qui ne sont pas de courte durée), ne seraient plus allouées sans restriction; il importe alors que l'on sache dans quelle mesure ce serait le cas.

Concernant l'alinéa 2, la lecture gagnerait en clarté par la suppression de la négation dans cet alinéa, à savoir : "Des événements qui surviennent à des moments et dans des endroits distincts constituent un seul événement s'ils sont dus à la même cause".

Art 15 al. 3 - Gain assuré

Le montant maximal du gain assuré fixé par le Conseil fédéral permettant le calcul des indemnités journalières et des rentes s'effectue aujourd'hui de manière à ce que 92% au moins mais pas plus de 96% des travailleurs soient couverts pour le gain intégral. Le projet de révision proposant de modifier cette fourchette pour la fixer entre 90% et 95% des travailleurs aboutira à une baisse du gain assuré maximal. Ceci provoquera une augmentation du taux de prime nette dans la mesure où le coût des soins demeurera inchangé alors que le volume global des primes diminuera. A cet égard, nous relevons qu'aucune mention n'est fait quant aux économies qui seront certainement réalisées dans le domaine de l'assurance-invalidité.

En outre, le gain assuré maximum vaut également pour le calcul des cotisations et des prestations de l'assurance chômage ainsi que pour le système d'indemnité journalière de l'AI. Les effets financiers de la modification de la fourchette doivent également être estimés dans le cadre de ces deux autres régimes sociaux.

Art. 18 al. 1 - Invalidité

Le projet de révision propose de relever la limite inférieure d'invalidité ouvrant le droit à une rente de dix à vingt pourcent. Il nous paraît nécessaire qu'une précision soit donnée sur le nombre de personnes concernées ainsi qu'une évaluation des transferts de charges que cela pourrait occasionner sur d'autres régimes sociaux.

Art. 22 - Révision de la rente
Pour être en conformité aux explications et commentaires qui accompagnent le projet, et parce que l'ayant droit peut atteindre l'âge de la retraite sans avoir droit à une rente entière AVS s'il n'a pas le même nombre d'années de cotisations que celui de sa classe d'âge, nous proposons de remplacer "…à compter du mois où l'ayant droit perçoit une rente de vieillesse entière de l'AVS" par "…à compter du mois où l'ayant droit à atteint l'âge de la retraite".

Art. 29 - Droit du conjoint survivant
Quand bien même l'art. 13a LPGA mentionne la notion de partenaire enregistré, il nous paraît utile qu'elle soit également mentionnée dans les dispositions de la LAA qui traitent du ou des conjoints (art. 29 et 29a LAA).

Pour une meilleure systématique, nous suggérons d'inverser les alinéas 2 et 3 de l'article 29 afin d'indiquer la situation dans laquelle le conjoint survivant peut être assimilé à un veuf ou une veuve, avant d'exposer le droit de ce conjoint survivant, respectivement du veuf ou de la veuve.

L'alinéa 2, 2^{e} phrase, traite la veuve de manière à l'avantager en comparaison d'un veuf qui serait dans la même situation. Cependant, après les révisions du droit de la famille et de l'évolution du rôle de l'homme et de la femme pour subvenir aux besoins de la famille, l'on s'étonne qu'une telle différence de traitement puisse subsister dans un projet qui tend à une adaptation aux exigences d'une assurance sociale moderne. Nous proposons ainsi que la veuve et le veuf soient mis sur pied d'égalité.

Art .29a al.1.(nouveau).-.Naissance et extinction du droit
Afin que la compatibilité avec l'article 29 alinéa 2 soit clairement établie, nous proposons de mentionner également, à l'article 29a alinéa 1 in fine, la possibilité que le droit à la rente du conjoint survivant prenne naissance lorsqu'il devient invalide dans les deux ans qui suivent le décès du conjoint.

Art. 51 - Autorisation de donner des renseignements
L'alinéa 1 précise que l'assuré, en dérogation à l'art 28 al. 3 LPGA, autorise les personnes et instances mentionnées dans sa demande à fournir des renseignements. Nous partons du principe que le terme « demande » comprend les formulaires par lesquels l'assuré déclare son accident ainsi que ceux qui sont remplis par les prestataires de service (médecins et pharmaciens notamment) et qui servent de base au remboursement des prestations.

L'alinéa 1 in fine dispose que « Ces personnes et ces instances sont tenues de fournir les renseignements requis ». La réalité montre que, suivant la complexité du cas , ces renseignements peuvent constituer un volumineux dossier et engendrer des coûts administratifs significatifs. Dans le contexte de maîtrise des coûts de la santé, nous proposons que cette transmission ne soit plus systématiquement gratuite mais indique qu'elle est en principe gratuite, laissant la possibilité de facturer lors de demandes de renseignements nettement au-delà de la proportion habituelle et exigeant des efforts importants (notions que l'ordonnance LAA pourraient préciser). Ce faisant, la dérogation à la LPGA devrait également porter sur l'alinéa 1 en ce qui concerne les employeurs.

L'alinéa 2 prévoit notamment que les fournisseurs de prestations sont autorisés à fournir aux organes de l'assurance-accidents, à la demande de ceux-ci, tous les renseignements et les documents nécessaires pour établir le droit de l'assuré aux prestations et le bien fondé de prétentions récursoires. L'assuré doit être informé des contacts établis.

Or, en ce qui concerne les données médicales remises par les fournisseurs de prestations, cette disposition ne tient pas compte du caractère confidentiel des données médicales. Aussi, ces dernières, devraient être transmises à un seul organe, à savoir au service "du médecin-conseil", à l'instar de ce que prévoit l'art. 57 al. 6 LAMal. Nous proposons ainsi de supprimer le terme "les fournisseurs de prestations" et d'ajouter, en fin de la première phrase, "les renseignement médicaux devront être transmis uniquement au service du médecin-conseil de l'assureur".

Une seconde remarque concerne l'art. 51 al. 2, dernière phrase, qui prévoit que l'assuré doit être informé des contacts établis avec ces personnes et ces instances. Toutefois, il n'est nulle part indiqué qui informe l'assuré et sur quoi. Nous proposons ainsi le nouveau libellé suivant : "L'assureur doit informer l'assuré des renseignements demandés à ces personnes ou instances".

Art. 56 al. 2 - Collaboration et tarifs

Nous adhérons pleinement au principe du calcul des forfaits LAMal et LAA pour l'ensemble de la Suisse sur la base de la même structure uniforme en hospitalisation comme en ambulatoire. Toutefois, il nous paraît utile que soit donnée une définition de la notion "d'état stationnaire", par exemple par un délai du traitement ou de l'hospitalisation.

Art. 66 al. 1 - Domaine de compétence

Selon cette disposition, les administrations publiques auront désormais la possibilité de choisir librement leur assureur pour leur personnel, pour autant qu'il n'exécute pas des travaux recensés par l'art. 66 al. 1 let. q LAA (industrie du bâtiment, exploitation forestière, etc…). Sur ce point, nous regrettons que la révision en cours n'ait pas donné l'occasion de mettre fin à cette situation et de permettre aux administrations publiques des cantons, communes et corporations de droit public de disposer du libre choix de l'assureur pour l'ensemble de leurs collaborateurs. A titre d'exemple, l'Etat de Vaud est assuré auprès de la Caisse Vaudoise pour la majorité de ses collaborateurs,

alors que quelques services et l'ensemble du Département des infrastructures sont assurés auprès de la SUVA. Cette situation engendre des complications et frais de gestion supplémentaires. Si cette révision devait être maintenue, la pratique nécessite cependant que soient précisées les entreprises qui seront dispensées de s'assurer auprès de la SUVA et quelles en sont les raisons.

Art. 85 al. 2, 2bis, 3bis, 3ter (nouveaux) et al. 4 - Compétence et coordination
Globalement, nous estimons que le projet de nouvelle représentation au sein du comité de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST) n'est guère convaincante. Notre position s'explique par les motifs suivants :

- Avec 4 assureurs(soit 2 représentants des assureurs privés et 2 représentants de la SUVA, secteur assurances), les assureurs nous semblent disposer d'un poids excessif. En effet, les actuels représentant de la SUVA au sein du comité de la CFST sont des spécialistes de la prévention des accidents professionnels, qui seraient ainsi remplacés uniquement par des spécialistes du secteur de l'assurance. Cette option n'est, à notre sens, guère appropriée, car la finalité poursuivie par la CFST consiste dans l'efficacité de la prévention des accidents professionnels.

- Nous regrettons que le nombre de représentants des cantons soit réduit de 3 à 2 au sein du comité de la CFST, ce qui amoindrit leur marge d'influence alors qu'ils sont directement concerné par les mesures de prévention à prendre dans les entreprises. Nous proposons dès lors que leur nombre passe de 3 à 4, quitte à ce que le SECO, qui n'est pas chargé de l'exécution sur le terrain, se limite à un seul représentant.

- Par ailleurs, il ne nous semble guère indiqué que le nombre total de membres du comité de la CFST soit à l'avenir de 12, En effet, en cas de vote, il est nécessaire de disposer d'un nombre impair de membres.

Art. 90 al. 1 - Système financier
Le passage du système de répartition des dépenses actuellement prévu pour financer les indemnités journalières, les frais de soins et les autres prestations d'assurance de courte durée à la couverture des besoins aura une incidence particulière pour ce dernier type de prestation. En effet, les explications à disposition montrent que pour la CNA ce système se traduira par une reconstitution de son capital de couverture pour un montant d'un milliard de francs. Or, il devrait être précisé comment sera financée la reconstitution de ce capital et si cela induira une hausse des primes.

Art. 92 al. 1bis, 1ter, 1 quater et 2bis (nouveaux) - Fixation des primes
L'abandon du tarif commun des primes par les assureurs privés dès le 1er janvier 2007 et l'introduction de tarifs de primes propre à chaque compagnie entraîne un renforcement notable de la surveillance des primes et de la comptabilité des assureurs.

L'on peut craindre que l'abandon du tarif commun ne génère une multitude de tarifs renchérissant les frais de gestion de cette assurance. Dès lors, une estimation de ce poste nous paraît nécessaire.

Art. 108 (nouveau) - Frais de procédure de recours
Cette nouveauté consiste à mettre des frais de justice à la charge des recourants pour des litiges portant sur des prestations de l'assurance accidents, cela dans le but d'éviter des recours inutiles. Nous nous opposons à cette nouveauté pour les raisons qui suivent.

Une simple considération de politique sociale amène à douter de l'opportunité d'introduire des frais de justice, même limités, dans un domaine où très souvent les recourants n'ont que peu ou pas de moyens. En outre, l'on peut s'interroger sur la réelle pertinence d'une telle pratique puisque le fait de prévoir des émoluments, même limités, dans une procédure pouvant entraîner l'octroi de l'assistance judiciaire, engendre des frais administratifs. L'on peut donc sérieusement douter que la perception de frais judiciaires restants modestes réduise les recours inutiles, dans la mesure où les recourants pourront obtenir l'assistance judiciaire s'ils en remplissent les conditions d'octroi. Enfin, comme le relève le rapport explicatif, la 5ème révision de l'assurance invalidité propose déjà l'introduction de frais de justice pour ce type d'assurance. L'on peut dès lors se demander si la gratuité de la procédure, prévue à l'art. 61 lettre a de la LPGA constitue toujours la règle ou si elle ne devient pas l'exception.

Conclusion
Pour conclure sur ce premier projet et comme indiqué en préambule, nous ne pouvons accepter cette révision, du moins en l'état lacunaire du chapitre relatif aux conséquences financières, qui se devrait d'être étoffé. Nous attendons en particulier que soient étayées les conséquences financières collatérales pour les autres assurances sociales et régimes sociaux. A titre d'exemple, nous citons le relèvement de dix à vingt pourcent de la limite inférieure d'invalidité ouvrant le droit à la rente d'invalidité et la baisse du gain maximal assuré se répercutant sur la prévoyance professionnelle et l'assurance chômage.

Par ailleurs, les répercussions pour les employeurs qui découleraient des modifications apportées à la LAA devraient amener la Confédération à indiquer si les primes vont augmenter ou rester stables.

Il nous paraît donc impératif de procéder à une évaluation systématique des conséquences économiques engendrées par la révision de la LAA, en intégrant un tableau récapitulant tous les effets financiers, favorables ou défavorables pour les employeurs (effet sur les primes) et les collectivités publiques (effet sur les régimes sociaux).

2. Révision de l’organisation de la CNA et ancrage de l’assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA

Art. 67 b - Activités accessoires
Cette nouvelle disposition entend confier un rôle plus étendu à la SUVA, qui deviendrait compétente en matière de santé au travail en général. Toutefois, une telle option risque fort d'engendrer des conflits de compétence avec les offices cantonaux de protection des travailleurs, dans la mesure où la santé au travail découle de la loi sur le travail et non pas de la LAA, la SUVA ne disposant d'aucune prérogative d'application de la législation sur le travail.

Nous estimons que la SUVA doit demeurer compétente uniquement pour la prévention, la sécurité au travail et les maladies professionnelles.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l’assurance de notre considération distinguée.

AU NOM DU CONSEIL D’ETAT

LE PRESIDENT — LE CHANCELIER

Charles-Louis Rochat — Vincent Grandjean

Copies
- Office des affaires extérieures
- Députation vaudoise
- Service des assurances sociales et de l’hébergement
- SG DSAS