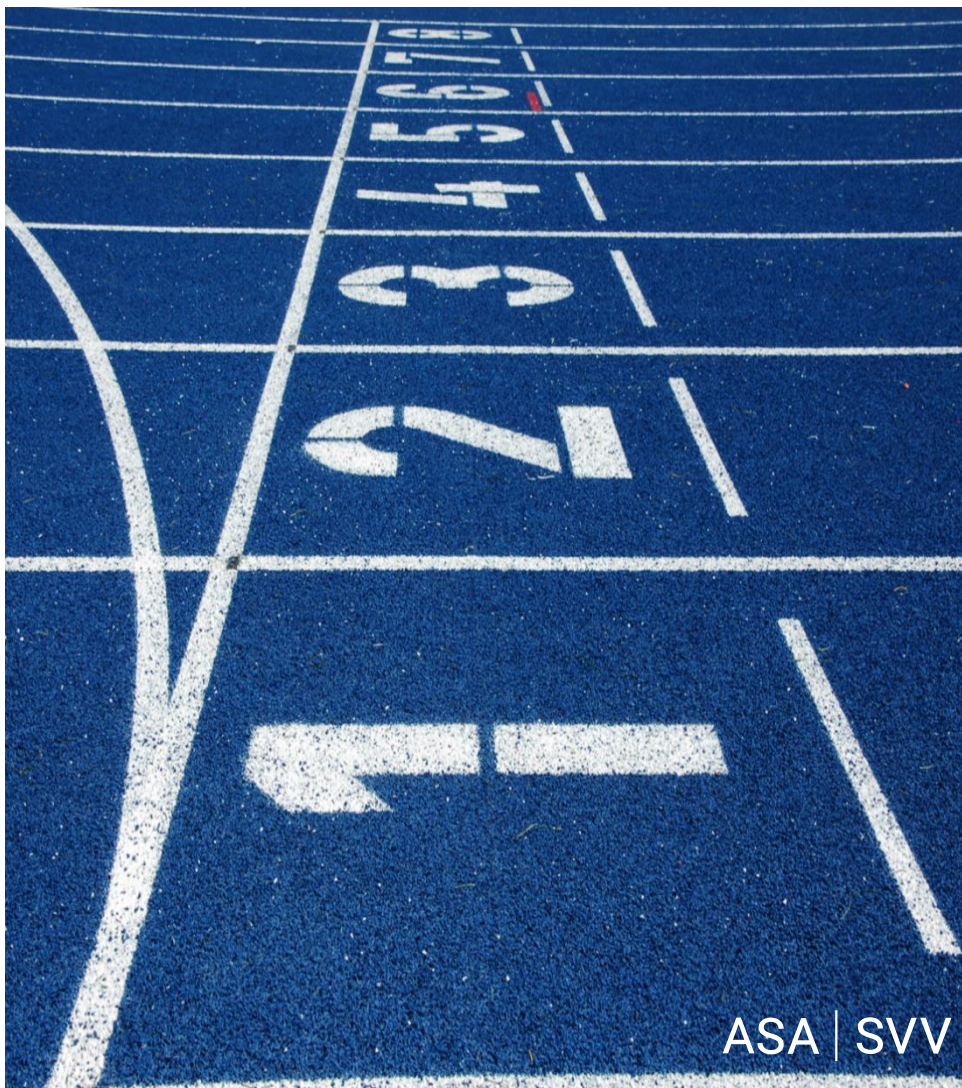


Session d'été 2025

Nº 3/2025, 22 mai 2025



ASA | SVV

Lettre de session de l'ASA

Session d'été 2025

Conseil national

Date	N°	Objet parlementaire	Recommandation	Page
3.6.	24.056	Objet du Conseil fédéral LAA (Mise en œuvre de la motion 11.3811 Darbellay «Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents»). Modification	Ne pas entrer en matière	3
4.6.	24.3890	Postulat Meier Andreas. Procédures de la Finma. Résoudre le conflit entre l'obligation de collaborer et le droit de ne pas s'auto-incriminer <i>Interventions parlementaires de catégorie IV</i>	Adopter	–
11.6.	24.078	Objet du Conseil fédéral Modification de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (Adaptation des rentes de survivants)	À suivre sous forme d'avenant	–

Conseil des Etats

Date	N°	Objet parlementaire	Recommandation	Page
4.6.	24.074	Objet du CF. LAA (Financement de la Fondation Fonds d'indemnisation pour les victimes de l'amiante). Modification	Adopter	6
	24.3226	Mo. Hurni. Pour des centres nationaux d'expertises médicales indépendantes	Rejeter	7
12.6.	25.3423	Mo. CSSS-E. Augmenter et adapter régulièrement la franchise après avoir atteint l'âge ordinaire de la retraite	Adopter	9
	25.3424	Mo. CSSS-E. Rendre plus attrayante dans l'AVS la poursuite volontaire du travail après l'âge ordinaire de la retraite	Adopter	10
17.6.	24.3919	Mo. Poggia. Assurance complémentaire d'hospitalisation. Garantir le libre choix des assurés	Rejeter	11
18.6.	25.3191	Mo. Salzmann. Donner suffisamment de moyens à la cybersécurité civile	Adopter	–

24.056 LAA (Mise en œuvre de la motion 11.3811 Darbellay «Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents»).

Modification

Le 17 janvier 2025, la CSSS-N est entrée en matière sur le projet par 13 voix contre 10 et 1 abstention, puis l'a adopté au vote sur l'ensemble avec le même rapport de voix.

Recommandation de l'Association Suisse d'Assurances ASA

L'ASA recommande de ne pas entrer en matière sur ce projet.

Position de l'ASA

L'ASA rejette le projet. La solution évoquée par la motion est censée combler les lacunes de couverture des personnes qui ont subi un accident pendant leur enfance, leur adolescence ou au début de l'âge adulte et qui sont victimes d'une rechute ou de séquelles tardives à un moment où elles sont assujetties à la LAA. Nous restons d'avis que la volonté de combler des lacunes dans quelques cas isolés ne saurait justifier un remaniement systémique de la LAA de l'ampleur de celui envisagé ici.

Analyse

Dans le souci de combler des lacunes pour un cercle restreint de personnes, un tel amendement entraînerait un remaniement massif de la LAA. Cette dernière (dans sa version actuellement en vigueur) couvre l'ensemble des conséquences d'un accident. Les frais médicaux, les indemnités journalières et les rentes sont pris en charge par la LAA et sont coordonnés entre eux, pour autant qu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. Cette solution cohérente est aujourd'hui remise en cause.

La modification de la loi génère en outre *de nouvelles inégalités de traitement*. Elle pénalise les personnes victimes d'un accident après l'âge de 25 ans révolus alors qu'elles n'étaient pas assujetties à la LAA à ce moment-là. Il s'agit par exemple de personnes en congé parental, de personnes qui suivent des études ou une formation continue ou encore de personnes en congé sans solde. Nous considérons inacceptable le fait d'avantager un cercle restreint de personnes.

Le remboursement des frais médicaux par la LAMal et le versement des indemnités journalières par la LAA consistent en un mélange des genres, car ils *impliquent l'intervention de deux systèmes de sécurité sociale différents*. L'assurance de base découlant de la LAMal rembourse les prestations selon un catalogue exhaustif, avec franchise et quote-part à la charge de la personne

assurée. La LAA repose en revanche sur le principe des prestations en nature sans participation aux coûts de la part de la personne assurée. Pour se conformer à cette modification de loi, les deux assureurs se voient obligés de collaborer, ceci en dépit de leurs différences de fonctionnement, ce qui implique un travail de clarification important et soulève de nombreuses questions pour les deux parties. Il convient notamment de clarifier quelle influence l'assureur-accidents peut exercer sur le traitement médical adéquat de la personne assurée selon la LAMal. Par ailleurs, le versement d'indemnités journalières pendant 720 jours au maximum revient à introduire dans la LAA une nouvelle prestation à durée limitée, ce qui va à l'encontre du système de cette assurance sociale – et comme les indemnités journalières sont décomptées par l'assurance ANP, cela revient aussi à créer une nouvelle prestation ANP. La prime ANP et, par ricochet, la prime supplémentaire pour cette nouvelle prestation sont à la charge des salariés.

L'introduction de cette nouvelle obligation de prise en charge par la LAA semble d'autant plus choquante qu'elle génère également de nouvelles *inégalités intrasystémiques au sein de la LAA*, ceci en dépit notamment de l'interdiction de l'assurance rétroactive dans le cadre des assurances sociales. Les personnes qui ont subi un accident avant l'âge de 25 ans révolus alors qu'elles n'étaient pas assujetties à la LAA à ce moment-là et qui sont victimes d'une rechute ou de séquelles tardives à un moment où elles sont soumises à la LAA se retrouvent dès lors mieux loties en termes d'indemnités journalières que les personnes assujetties à la LAA qui sont victimes d'un accident non professionnel alors qu'elles relèvent exclusivement de l'assurance des accidents professionnels parce qu'elles travaillent moins de huit heures par semaine. Ces dernières ne perçoivent aucune prestation de LAA pour les conséquences de l'accident non professionnel subi, en particulier aucune indemnité journalière non plus.

Est réputée accident toute atteinte dommageable involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure qui compromet la santé physique, mentale psychique ou qui entraîne la mort (cf. Art. 4 LPGa). Pour qu'il y ait accident, ces conditions doivent être remplies de manière cumulative, et l'événement accidentel doit entretenir un lien de causalité (naturelle et adéquate) avec les répercussions sur la santé. La LAA couvre les rechutes et les séquelles tardives uniquement si le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement accidentel initial et la séquelle tardive ou la rechute est avéré. Il incombe à la personne assurée d'apporter la preuve de ce lien de causalité naturelle. Alors qu'il est généralement facile de se procurer des documents et de clarifier les questions de causalité pour les accidents survenus en Suisse à des enfants, des adolescents ou de jeunes adultes, il en va tout autrement dans le cas d'accidents à l'étranger, où cela s'avère généralement impossible. Les explications et justificatifs devant être fournis par la personne assurée (transmission des documents, traductions comprises) et l'assureur (expertises coûteuses pour déterminer l'obligation de prise en charge) sont totalement disproportionnés par rapport à l'objectif visé par la solution. *Dans de nombreux cas, les frais entraînés par ces clarifications risquent d'être plus élevés que les indemnités journalières dues.*

Les indemnités journalières prévues à l'al. 2bis (au nouvel al. 2bis) de l'art. 16 LAA sont versées uniquement lorsque l'obligation de l'employeur de verser le salaire s'éteint et interviennent subsidiairement à tout autre assurance. Or, la manière dont les assurances LAA doivent procéder est floue. *Les assureurs privés proposent déjà dans leurs produits d'assurance-accidents collective ou d'assurance-maladie complémentaire des solutions* qui couvrent les rechutes ou les séquelles tardives d'accidents survenus à un moment où la personne assurée ne disposait pas de couverture LAA. De nombreux employeurs ont souscrit des assurances correspondantes, ceci de leur propre initiative ou pour se conformer aux dispositions de leur CCT.

En résumé

À l'heure actuelle, le marché propose déjà des solutions sur mesure qui couvrent un cercle de personnes bien plus large que celui visé par le projet de loi. Porter atteinte, de manière aussi lacunaire et inconsistante, à une assurance sociale pour un cercle très restreint de personnes, ceci en totale contradiction avec l'interdiction de l'assurance rétroactive en assurance sociale et au détriment des primes des assureurs ANP ne se justifie donc pas non plus vu sous cet angle.

En conclusion, nous considérons que le projet **est inapproprié** sous sa forme actuelle et proposons donc de ne pas entrer en matière. Afin de résoudre le problème soulevé par la motion initiale, une solution compatible avec le système de la LAA s'impose.

24.074 LAA (Financement de la Fondation Fonds d'indemnisation pour les victimes de l'amiante). Modification

Lors de sa séance des 3 et 4 avril 2025, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) a validé à l'unanimité l'adoption du projet d'amendement de la loi fédérale sur l'assurance-accidents. Auparavant, lors de la session de printemps, le Conseil national a également adopté la modification par 130 voix contre 64.

Recommandation de l'Association Suisse d'Assurances ASA

L'ASA recommande l'adoption du projet (= se conformer à l'avis de la CSSS-E).

Analyse

L'Association Suisse d'Assurances (ASA) a participé à la table ronde organisée par le Conseil fédéral qui a abouti en novembre 2016 à la création du Fonds d'indemnisation pour les victimes de l'amiante. L'ASA a œuvré de manière déterminante à la constitution de ce fonds par une contribution volontaire du secteur de l'assurance.

Conjointement avec d'autres secteurs économiques, l'ASA a ensuite mis tout en œuvre pour que la Suva ait également la possibilité d'alimenter ce fonds d'indemnisation. La présente adaptation de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) concrétise cette demande.

L'ASA salue la création de la base légale correspondante à l'art. 67 b al. 1 LAA et sa mise en œuvre à l'art. 67 b al. 2 LAA. Elle soutient pleinement la modification législative prévue.

24.3226 Mo. Hurni. Pour des centres nationaux d'expertises médicales indépendantes

Lors de la session d'été 2024, le Conseil des Etats a transmis la motion à la CSSS-E pour examen préalable. Après consultation les 3 et 4 avril 2025, la commission rejette la motion par 8 voix contre 5.

Recommandation de l'Association Suisse d'Assurances ASA

L'ASA recommande le rejet de cette motion.

Exposé de la situation

Le secteur de l'assurance exige des expertises médicales de grande qualité. À première vue, l'objectif ciblé par la motion, à savoir faciliter l'accès à des expertises médicales indépendantes, semble séduisant. Toutefois, il ressort d'une analyse approfondie que la présente motion n'apporterait aucune amélioration qualitative de la situation en matière d'expertises, mais entraînerait une surcharge administrative importante. Elle n'est ni appropriée ni nécessaire pour atteindre les objectifs qu'elle vise.

Analyse

1) Imprécisions de la motion

Tout d'abord, l'ASA estime qu'il y a une divergence entre le titre/le texte soumis et les objectifs énoncés dans le développement: le titre et le texte réclament l'instauration de «centres d'expertises médicales indépendantes». Dans le développement, en revanche, il est question d'«un centre indépendant d'expertise médicale [...] pour les cas où une expertise doit être remise en question ou lorsque les parties ne s'entendent pas sur l'expert». Il conviendrait tout d'abord de clarifier en quoi consiste exactement la demande. Nous estimons que la motion est inappropriée et inutile pour atteindre ces deux objectifs.

2) Doutes quant à la faisabilité

Au regard des différentes bases légales considérées (droit des assurances sociales, droit des contrats d'assurance, code des obligations et lois en matière de responsabilité civile), nous estimons qu'il n'est pas possible de mettre en place des centres d'expertise médicale couvrant l'ensemble de ces disciplines avec un haut niveau de professionnalisme. Cela tient d'une part au volume considérable d'expertise nécessaire et, d'autre part, à la variété des dispositions de procédure et des règles sur la preuve applicables en la matière.

L'instauration d'un tel centre n'est pas appropriée pour les expertises qui ne relèvent pas du droit des assurances sociales. Les domaines juridiques et les dispositions en matière de preuve et de procédure applicables aux expertises sont bien trop différents. Par ailleurs, les parties impliquées ont la possibilité, dans de tels cas, de s'entendre sur une expertise-arbitrage ou sur le règlement du litige dans le cadre d'une procédure d'arbitrage. Enfin, les expertises demandées unilatéralement dans les affaires civiles ont une valeur probante moindre devant les tribunaux. En vertu de la jurisprudence, les parties doivent généralement s'entendre sur le choix de l'organisme chargé de l'expertise et les questions à poser. Enfin, les expertises peuvent toujours faire l'objet d'un contrôle judiciaire.

Compte tenu de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée en général et du manque d'experts en particulier (cf. également le développement du Conseil fédéral), la question se pose de savoir comment les centres pourraient pourvoir leurs postes d'experts avec du personnel qualifié ou ce qui se passerait en l'absence d'experts disponibles dans un domaine en particulier ou en cas de surcharge des experts en place.

3) Aucun avantage financier n'est à attendre

Les centres d'expertise étant actuellement financés par les assureurs, l'auteur de la motion met en doute leur indépendance. Il propose comme solution un financement «par l'ensemble du secteur des assurances, comme le modèle des ombudsman». Or, même dans ce cas de figure, le financement serait toujours à la charge des assureurs. La solution proposée ne permet donc pas de résoudre le problème soulevé par l'auteur de la motion.

4) La qualité des expertises est essentielle

Quelle que soit la nouvelle forme que prendront les centres d'expertise ou le nouveau centre correspondant, la qualité des expertises demeure déterminante. Elle dépend en premier lieu de la formation et des connaissances et compétences de chacun des spécialistes. C'est sur cet aspect qu'il convient de mettre l'accent, ce que permet déjà le système actuel.

25.3423 Mo. CSSS-E. Augmenter et adapter régulièrement la franchise après avoir atteint l'âge ordinaire de la retraite

Lors de votre séance des 3 et 4 avril 2025, la CSSS-E a introduit la motion 25.3423 parallèlement à la motion 25.3424. Les deux motions reprennent l'orientation générale de la motion 23.3596 de Damian Müller «Combattre la pénurie de main-d'œuvre en rendant plus attrayante la poursuite volontaire du travail après l'âge ordinaire de la retraite». Cette dernière a donc été retirée.

Recommandation de l'Association Suisse d'Assurances ASA

L'ASA recommande l'adoption de la motion.

Analyse

Cette motion charge le Conseil fédéral d'adapter les bases juridiques de manière à augmenter la franchise pour les personnes exerçant une activité lucrative dépendante ou indépendante après avoir atteint l'âge de référence de 16 800 francs à 21 800 francs par an. Ce montant devra être régulièrement adapté à l'indice mixte.

La franchise applicable aux revenus de l'activité lucrative générés après avoir atteint l'âge de référence faisait déjà l'objet de la réforme AVS 21. Bien que le Conseil fédéral ait renoncé à soumettre un amendement par rapport à ce qu'il se passait jusqu'ici, les Chambres ont discuté de résolutions correspondantes pendant la consultation. Mais c'est finalement la proposition du Conseil fédéral qui l'a emporté.

Lors de la procédure de consultation relative à la réforme AVS 21, l'ASA s'est déclarée favorable à un relèvement de la franchise applicable sur les revenus de l'activité lucrative générés après avoir atteint l'âge de référence, car elle estime cette mesure pertinente. Il n'en demeure pas moins que l'ASA considère incontournable un relèvement général de l'âge de la retraite ordinaire, ceci en dépit des incitations à poursuivre l'exercice d'une activité professionnelle après l'âge de référence.

25.3424 Mo. CSSS-E. Rendre plus attrayante dans l'AVS la poursuite volontaire du travail après l'âge ordinaire de la retraite

Lors de votre séance des 3 et 4 avril 2025, la CSSS-E a introduit la motion 25.3424 parallèlement à la motion 25.3423. Les deux motions reprennent l'orientation générale de la motion 23.3596 de Damian Müller «Combattre la pénurie de main-d'œuvre en rendant plus attrayante la poursuite volontaire du travail après l'âge ordinaire de la retraite». Cette dernière a donc été retirée.

Recommandation de l'Association Suisse d'Assurances ASA

L'ASA recommande l'adoption de la motion.

Analyse

Cette motion charge le Conseil fédéral d'inclure dans la prochaine révision de l'AVS les mesures suivantes, afin d'encourager la poursuite du travail après l'âge ordinaire de la retraite:

- augmenter le supplément de rente en cas d'ajournement de la rente,
- maintenir ou augmenter le taux de réduction actuel de la rente en cas d'anticipation de la rente.

Une adaptation des suppléments et des taux de réduction avait déjà été évoquée lors de la réforme AVS 21. À l'époque, les valeurs n'avaient finalement pas été modifiées.

L'ASA estime notamment que le relèvement des suppléments ajoutés au montant de la rente en cas d'ajournement de celle-ci constitue un bon moyen de rendre plus attrayante la poursuite volontaire de l'exercice de l'activité lucrative.

En conséquence, elle approuve la motion en ce sens que les suppléments doivent être relevés et les taux de réduction maintenus à leur niveau actuel.

24.3919 Mo. Poggia. Assurance complémentaire d'hospitalisation. Garantir le libre choix des assurés

Au cours de la session d'hiver 2024, le Conseil des États a transmis la motion à la CESS-E pour examen préalable. La commission propose de rejeter la motion (point 1 par 6 voix contre 4 et point 2 par 8 voix contre 0 et 2 abstentions).

Recommandation de l'Association Suisse d'Assurances ASA

L'ASA recommande le rejet de cette motion.

Analyse

Si la souscription d'assurances complémentaires est facultative dans le secteur de la santé, elle n'en est pas moins très prisée. La moitié environ des personnes assurées disposent d'une assurance complémentaire d'hospitalisation plus ou moins étendue.

Dans le secteur de la santé, la liberté contractuelle dans le domaine des assurances complémentaires est la garante du libre jeu de la concurrence, lequel s'inscrit à l'avantage des personnes assurées. Les assureurs peuvent ainsi collaborer de manière ciblée avec des prestataires qui fournissent des prestations économiques et de qualité. Cette concurrence stimule l'efficacité et l'innovation dans le secteur de la santé, ce qui se traduit positivement tant sur la qualité des soins que sur les primes des personnes assurées. Seule cette liberté permet de proposer des produits attractifs à des tarifs compétitifs. Grâce au libre jeu actuel de la concurrence, les personnes assurées sont ainsi en mesure de choisir des produits en fonction de leurs besoins individuels.

Une obligation de contracter, telle qu'elle ressort implicitement de l'intervention Poggia, réduirait ces avantages à néant. L'obligation de contracter affaiblit considérablement la position des assureurs et est diamétralement opposée à l'idée qui sous-tend la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Elle renchérit les produits et va à l'encontre des conditions d'assurance de nombreux produits d'assurance complémentaire actuels.

Contact auprès de l'Association Suisse d'Assurances ASA

Anne Cécile Vonlanthen-Oesch

Cheffe du département des affaires publiques

annececile.vonlanthen@svv.ch

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14, CH-8002 Zurich

Ligne directe +41 44 208 28 80

Standard +41 44 208 28 28