

Assurances sociales, partie générale (LPGA)

Généralités

La Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) et son ordonnance d'application édictée par le Conseil fédéral le 11 septembre 2002 (OPGA) sont entrés en vigueur le 1er janvier 2003. Leur but est de coordonner les assurances sociales en donnant des définitions communes à certaines notions, comme la maladie, l'accident, l'invalidité ou l'incapacité de gain.

Ainsi par exemple, lorsque les assurances sociales se réfèrent à la maternité, il faut comprendre la grossesse, l'accouchement et la convalescence qui suit ce dernier (art. 5 LPGA). Le but est surtout d'unifier les principes de procédure, ce qui n'est pas complètement le cas, sachant en particulier que la LAI contient beaucoup d'exceptions aux principes posés par la LPGA.

La LPGA est conçue pour régir les relations entre assuré-e et assureur.

Descriptif

Domaines des assurances sociales et la portée de la LPGA

Le droit fédéral des assurances sociales comprend les dix domaines suivants (voir les fiches concernées):

- L'assurance-vieillesse et survivants (AVS);
- L'assurance-invalidité (AI);
- Les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC);
- La prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP);
- L'assurance-chômage (LACI);
- L'assurance-maladie (LAMal);
- L'assurance-accidents (LAA);
- L'assurance militaire (LAM);
- Le régime des allocations pour perte de gain en faveur des personnes servant dans l'armée, le service civil ou la protection civile, les allocations pour perte de gain en cas de maternité, de paternité, d'adoption (APG) et l'allocation de prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé (APC);
- Les allocations familiales (LAFam).

A l'exception de la LPP, qui n'est incluse dans la LPGA qu'en ce qui concerne la question du recours entre les assurances amenées à intervenir, toutes les assurances sociales sont comprises dans le champ d'application de la LPGA.

Il faut cependant chaque fois vérifier dans la loi de l'assurance sociale concernée si elle prévoit des dérogations à la LPGA (art. 2 LPGA).

En effet, ce sont les articles 1 de chacune des lois spéciales (par exemple la LAMal) qui précisent si et dans quelle mesure la LPGA s'applique.

La LAMal exclut par exemple de son champ d'application la question des subsides, ou celle des litiges entre assureurs ou encore celle des conventions tarifaires.

La LAI comprend de nombreuses dérogations, qui figurent dans la loi ou dans le Règlement AI. Par exemple, elle exclut la procédure d'opposition, qu'elle remplace par la procédure du préavis.

Définitions

Les articles 3 à 13a de la LPGA définissent pour l'ensemble des assurances sociales des notions clés, comme celles de maladie, d'accident, de maternité, d'incapacité de travail ou de gain, d'invalidité, d'impuissance, de travail salarié ou indépendant ou encore celles du domicile et de la résidence habituelle.

Prestations

Deux types de prestations existent dans les assurances sociales : des prestations en nature et des prestations en espèce.

Les prestations en nature (art. 14 LPGGA) sont notamment les traitements ou les soins, les moyens auxiliaires, les mesures individuelles de prévention et de réadaptation, les frais de transport, etc.

Les prestations en espèce (art. 15 ss LPGGA) peuvent entre autres être des rentes, des indemnités journalières, des prestations complémentaires ou des allocations pour impotents.

La LPGGA fixe, aux articles 19 et 20, des règles sur la perception de ces prestations. Par exemple, elle définit à qui elles peuvent ou doivent être versées (assuré-e, employeur ou employeuse ou encore un tiers ou une autorité lorsque le bénéficiaire n'utilise pas ces prestations pour son entretien ou celui des personnes dont il a la charge).

Suspension à titre provisionnel des prestations

À partir du 1^{er} janvier 2021, l'assureur peut suspendre le versement des prestations à titre provisionnel (donc avant jugement) si l'assuré-e a manqué à son obligation de l'aviser des modifications de sa situation ou s'il a de sérieuses raisons de penser que l'assuré-e perçoit une prestation à laquelle il n'a pas droit (art. 52a LPGGA).

Réduction ou refus des prestations

Les prestations peuvent aussi être réduites ou refusées lorsque l'assuré-e a aggravé le risque assuré ou en a provoqué la réalisation intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit (art. 21 LPGGA). Elles peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré-e se soustrait à son obligation de diminuer le dommage, par exemple en s'opposant ou ne participant pas à un traitement ou à une mesure de réinsertion qui lui permettrait d'améliorer sa capacité de travail, ceci pour autant que ces mesures ou traitements soient raisonnablement exigibles. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

Si l'assuré-e exécute une peine ou une mesure, le paiement des prestations pour perte de gain peut être partiellement ou totalement suspendu durant la durée de la peine. S'il ou elle se soustrait à l'exécution d'une peine ou d'une mesure, le paiement des prestations pour perte de gain est suspendu à partir du moment où la peine ou la mesure aurait dû être exécutée.

Ajoutons que les prestations d'assurance dues aux proches et aux survivants de l'assuré-e ne sont pas automatiquement réduites ou refusées. Il en va de même lorsqu'aucune autre prestation que celle touchée par l'assuré-e n'est prévue pour les proches et les survivants.

Extinction du droit et restitution

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 et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. Le délai peut être prolongé en cas de commission d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai plus long (art. 24 LPGGA).

Les prestations indûment touchées doivent être restituées, sauf si l'assuré-e était de bonne foi et que le remboursement le ou la mettrait dans une situation difficile. Le droit de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Une exception est faite en cas de délai pénal plus long. Concernant le remboursement de cotisations payées en trop, le délai est d'une année après avoir eu connaissance des paiements trop élevés, et au plus tard de cinq ans après la fin de l'année civile au cours de laquelle les cotisations ont été versées (art. 25 LPGGA).

Situations dans lesquelles plusieurs assurances sont concernées

Il s'agit des principes généraux de coordination des prestations art. 63 à 71 LPGGA.

Il arrive souvent que plusieurs branches d'assurances prévoient un droit à des prestations pour un même événement. Par exemple, le droit à un traitement thérapeutique est prévu tant par l'assurance maladie que par l'assurance invalidité, l'assurance accidents et l'assurance militaire. Il est à noter que l'AI et l'AVS sont considérées comme une seule assurance par la LPGGA (art. 63 al. 2 LPGGA).

Selon le principe du cumul, les prestations des diverses branches sont versées jusqu'à la limite de la surindemnisation. En d'autres termes, les prestations sont payées par toutes les assurances concernées par un événement, mais ne doivent pas dépasser à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches (art. 69 LPGGA).

La coordination des prestations d'une même assurance est réglée dans la loi sur l'assurance concernée et ne relève donc pas de la LPGGA.

Comme nous l'avons vu précédemment, la loi distingue:

1. Les prestations en espèce :

Lorsqu'un événement tombe sous le coup de plusieurs lois, les rentes ou indemnités sont prises en charge par les institutions

concernées dans l'ordre suivant (art. 66 LPGA):

- AVS / AI;
- Assurance militaire ou assurance-accidents;
- Prévoyance professionnelle au sens de la LPP.

Les allocations pour impotents sont versées dans l'ordre suivant:

- Assurance militaire ou assurance-accidents;
- AVS/AI.

2. Les prestations en nature :

La loi fixe l'ordre dans lequel les différentes assurances sociales peuvent être appelées à intervenir pour l'indemnisation des prestations en nature (art. 65 LPGA):

- L'assurance militaire ou l'assurance-accidents;
- À défaut, l'AVS ou l'AI;
- À défaut, l'assurance-maladie.

En ce qui concerne le traitement, une seule assurance l'assume, pour l'ensemble des prestations, dans l'ordre suivant (art. 64 LPGA):

- L'assurance militaire;
- L'assurance-accidents;
- L'AI;
- L'assurance-maladie.

3. Les cas douteux, où la question se pose de savoir quelle est l'assurance concernée par des prestations auxquelles a droit l'assuré

Dans une telle hypothèse, l'art 70 LPGA assigne à certaines branches, dans des circonstances données, une obligation de prise en charge des prestations à titre provisoire. Les indemnités journalières ou autres prestations en nature incomberont par exemple d'abord à la caisse-maladie, puis à l'assurance-accidents, puis à l'assurance militaire et en dernier lieu à l'AI. Le système prévoit que s'il s'avère que la charge des prestations revenait finalement à une autre assurance, cette dernière devrait rembourser celle qui est intervenue à titre provisoire.

Il appartient dans tous les cas à l'assuré-e de faire la demande de prestations aux assurances concernées.

Règlement entre les assureurs et le tiers responsable

En pratique, l'assuré-e perçoit des prestations des assurances sociales. Si un tiers est responsable (par exemple un conducteur a causé l'accident dont l'assuré-e a été la victime), l'assuré-e pourra lui réclamer la prise en charge de son dommage. Les différentes assurances sociales concernées sont, dès la survenance de l'événement dommageable, subrogées aux droits de l'assuré-e et de ses survivant-e-s contre tout tiers responsable, jusqu'à concurrence des prestations légales (art. 72 LPGA). Ainsi, les droits de l'assuré-e contre le tiers responsable passent directement à l'assurance dès la survenance de l'événement dommageable. (art. 72 à 75 LPGA)

La LPGA instaure une réglementation unique des recours.

Calcul des délais dans les assurances sociales

L'art. 38 LPGA précise comment se calculent les délais. Cette disposition est importante puisqu'elle permet par exemple de calculer le délai de 30 jours à disposition de l'assuré pour faire opposition à une décision ou pour recourir.

Ainsi, le délai commence à courir à partir du lendemain du jour de la réception de la décision. Une communication qui n'est remise que contre la signature du destinataire ou d'un tiers habilité est réputée reçue au plus tard sept jours après la première tentative infructueuse de distribution. S'il s'agit d'un délai qui ne doit pas être communiqué aux personnes concernées, par exemple parce qu'il s'agit du délai légal de prescription de deux ans après lequel on ne peut plus réclamer une prestation, le délai commence à courir le lendemain de l'événement qui le déclenche.

Si le dernier jour du délai tombe un week-end ou un jour férié, le terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (le lundi suivant, ou, s'il est férié, le mardi).

La LPGA consacre les fêtes, à savoir la période des vacances pendant lesquelles les délais ne courent pas dans le domaine des assurances sociales. Il s'agit des fêtes de Pâques (du 7e jour avant au 7e jour qui suit), de l'été (15 juillet au 15 août) et de Noël (18 décembre au 2 janvier).

Les délais fixés par la loi, comme les délais de recours, ne peuvent pas être prolongés.

Lorsqu'une assurance impartit un délai, il ne peut en principe être prolongé. S'il existe des motifs pertinents d'obtenir une prolongation (par exemple d'un délai pour se déterminer à la suite de la restitution d'une expertise), il est possible d'obtenir une prolongation à condition de la demander avant l'échéance du délai.

La surveillance des assuré-e-s par les assureurs

Depuis le 1er octobre 2019, il existe une base légale dans la LPGA qui permet aux assureurs sociaux de procéder à une observation secrète des assuré-e-s: cette base légale est ancrée aux art. 43a et 43b LPGA.

Pour pouvoir ordonner une mesure de surveillance, l'assureur social doit disposer d'indices concrets qui laissent penser que l'assuré-e perçoit ou tente de percevoir indûment des prestations. De plus, il faut que l'instruction n'ait aucune chance d'aboutir ou soit excessivement difficile sans observation.

L'observation n'est permise que dans des lieux accessibles au public, c'est-à-dire dans tout espace public ou privé accessible à tout le monde: il peut s'agir, par exemple, d'un magasin, d'une piscine, d'un bâtiment appartenant à une collectivité publique (commune, canton ou Confédération) ou encore d'une salle de gym. Par contre, il est interdit d'observer l'intérieur d'un logement ainsi que les places, cours et jardins privés et protégés des regards. Attention, l'observation d'un balcon ou d'un jardin non protégés des regards est licite (art. 7h OPGA).

Ajoutons ici que les recherches sur internet font partie de la routine en matière de surveillance et que les assuré-e-s surveillé-e-s doivent s'attendre à ce que leur existence virtuelle soit passée au peigne fin. Au vu de la définition de la sphère privée, il semble douteux que des informations partagées sur des réseaux sociaux, susceptibles d'être vues par un très grand nombre d'utilisateurs, puissent être considérées comme relevant du domaine privé.

Il est possible d'enregistrer une personne de manière audio ou vidéo, ou de déterminer la localisation au moyen de traceurs GPS. Par contre, il est interdit d'utiliser des instruments qui améliorent considérablement la perception visuelle et sonore (tels des lunettes de vision nocturnes ou des micros directionnels) ou des aéronefs (comme des drones par exemple).

Les personnes qui procèdent à ces observations doivent demander une autorisation auprès de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) (art. 7a OPGA).

L'assuré-e observé-e a le droit de consulter l'intégralité du matériel recueilli et d'en demander une copie.

Par ailleurs, si l'assuré-e a obtenu ou a tenté d'obtenir une prestation en fournissant sciemment des indications fausses ou d'une autre manière illicite, l'assureur pourra mettre à sa charge les frais supplémentaires dus à l'observation (art. 45 al. 4 LPGA). Cet alinéa entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021, seuls les frais des observations mandatées à partir de cette date pourront être mis à la charge de l'assuré-e.

Procédure

Droits des assuré-e-s face aux assureurs

La LPGA régit les droits et les devoirs des assuré-e-s en matière de procédure, qui deviennent donc les mêmes dans toutes les branches d'assurances sociales précitées, sous réserve de dérogation expresse. Il s'agit en particulier des droits suivants:

Droit d'être renseigné et conseillé

Les assureurs ainsi que les organes d'exécution sont tenus, dans les limites de leur compétence, de renseigner les assuré-e-s sur leurs droits et leurs obligations. Les conseils sont gratuits en règle générale. L'assureur est tenu d'informer l'assuré-e s'il constate que lui ou un proche a droit à des prestations d'un autre assureur. La violation du devoir d'information peut conduire à engager la responsabilité de l'assureur pour le dommage causé (art. 27 LPGA).

Droit de demander une décision

L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé-e n'est pas d'accord. Elles doivent indiquer les voies de droit et, si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties, être motivées. Dans sa décision, l'assureur peut priver toute opposition ou tout recours de l'effet suspensif, même si cette décision porte sur une prestation en espèces. Une exception : les décisions portant sur la restitution de prestations indûment versées (art. 49 LPGA).

Droit à l'assistance juridique

Gratuite, lorsque les circonstances le justifient (art. 61 lit. f LPGA).

Droit de consulter le dossier

Selon l'art. 47 LPGA, l'assuré a le droit de consulter le dossier pour toutes les données qui le concernent. Dans la mesure où d'éventuels intérêts privés prépondérants sont sauvegardés, le droit de consulter le dossier appartient aux parties dans une procédure, pour les données qui leur sont nécessaires pour exercer leurs droits ou obligations. Les autorités qui doivent juger d'un recours ont aussi accès au dossier, tout comme le tiers responsable et son assureur dans le cadre des prétentions dirigées contre eux par les assureurs. Les données médicales peuvent être communiquées au médecin conseil désigné par l'assureur concerné.

A noter que si une pièce a été tenue secrète, elle ne peut pas être utilisée contre l'assuré à moins que le contenu essentiel lui ait été communiqué oralement ou par écrit et que l'assuré ait eu l'occasion de s'exprimer et de produire d'éventuels contre-preuves (art.

48 LPGA).

Droit au versement d'intérêts moratoires

Autrement dit d'intérêts de retard, lorsque les prestations se font attendre plus de deux ans, pour autant que l'assuré ait rempli son obligation de collaboration et ne soit pas responsable du retard apporté à la procédure. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 26 LPGA et 7 OPGA).

Droit d'exiger le versement de prestations à titre provisoire

Lorsque plusieurs assurances doivent intervenir sans que la question ne soit encore tranchée de savoir quelle branche est avant tout concernée, voir l'article 19 al. 4 LPGA qui prévoit que des avances peuvent être versées à certaines conditions (il s'agit souvent des prestations de l'AC, de l'AI, de l'assurance maladie et de la LAA, dont les prestations sont conditionnées à l'établissement de certains faits, en particulier médicaux).

Droits liés aux expertises médicales

Le développement continu de l'AI, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, a introduit d'une part la jurisprudence du Tribunal fédéral et d'autre part des changements dans la procédure liée aux expertises médicales. Certaines de ses dispositions ne s'appliquent qu'à l'assurance-invalidité et se trouvent par conséquent dans la Loi sur l'assurance-invalidité (LAI, voir à ce sujet la fiche Assurance invalidité AI). Nous ne traitons ici que des dispositions inscrites dans la LPGA:

Détermination du type d'expertise

Si l'assureur juge une expertise nécessaire, il en fixe le type selon les exigences requises. Trois types sont possibles: l'expertise monodisciplinaire, l'expertise bidisciplinaire et l'expertise pluridisciplinaire. Si l'assureur doit recourir au service d'un ou de plusieurs expert-e-s indépendant-e-s, il communique leur nom à l'assuré-e et aux autres éventuelles parties en présence (ci-après: les parties), qui peut demander la récusation des expert-e-s (aux motifs indiqués à l'art. 36 LPGA) et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours.

Au même moment, l'assureur soumet aux parties les questions qu'il entend poser aux expert-e-s en leur laissant la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. C'est toutefois l'assureur qui décidera des questions à poser à l'expert-e (art. 44 LPGA).

Procédure en cas de désaccord

Suite à une demande de récusation et en l'absence d'un motif formel, l'assureur recherchera un consensus avec les parties. La recherche de consensus n'a pas lieu si l'expert-e a été désigné-e de manière aléatoire. Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix, il rend une décision incidente à ce sujet (art. 44 LPGA).

Enregistrement de l'expertise

Sauf avis contraire de l'assuré-e, les entretiens entre l'assuré-e et l'expert-e font l'objet d'enregistrements sonores, qui sont conservés dans le dossier de l'assureur (art. 44 LPGA).

Contrôle de la qualité des expertises

Les expert-e-s qui souhaitent effectuer des expertises médicales pour les assurances sociales doivent satisfaire aux exigences contenues dans l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA). Le développement continu de l'AI a également institué une commission extraparlamentaire indépendante chargée de surveiller l'accréditation des centres d'expertises, la procédure d'établissement des expertises médicales et les résultats de celles-ci [1]. Cette commission comprend des représentant-e-s des différentes assurances sociales, du corps médical, des expert-e-s, des milieux scientifiques, des institutions de formation de la médecine des assurances ainsi que des organisations de patients et des organisations d'appui aux personnes en situation de handicap.

[1] Voir sur ce point les documents suivants de l'Artias : Quelques arrêts du Tribunal fédéral en matière d'assurances sociales 2022, publié en mai 2023 ; Exigences en matière de valeur probante des expertises AI du centre d'expertises PMEDA, publié en avril 2024.

Droit de passer une transaction

Avec l'assureur dans les cas de litige portant sur des prestations (art. 50 LPGA). Voir aussi la fiche Droit des patient-e-s.

Recours

Opposition

Il s'agit du droit de demander le réexamen de la décision de l'assurance (art. 52 LPGA et 10 à 12 OPGA). Cette voie de contestation permet un réexamen de la décision sans ouverture d'une procédure judiciaire. L'opposition peut être formée par oral ou par écrit, sauf dans les cas visés par l'art. 10 al. 2 OPGA, où l'opposition doit être formée par écrit.

Il est toujours préférable de faire opposition par écrit pour des raisons de preuve, mais aussi afin de motiver sa position.

Il faut agir dans les trente jours dès la réception de la décision, auprès de l'autorité qui l'a rendue. Cette dernière doit alors rendre une décision sur opposition en indiquant l'existence du droit de recourir, l'instance de recours et le délai pour interjeter recours.

Les autorités doivent rendre leur décision dans un délai approprié. Elles doivent motiver leur décision en entrant en matière sur les arguments avancés par l'assuré-e dans son opposition.

Depuis le 1^{er} janvier 2021, l'assureur peut priver toute opposition ou tout recours de l'effet suspensif, même si cette décision porte sur une prestation en espèce. Une exception est faite pour les décisions ordonnant la restitution de prestations versées indûment (art. 49 al. 5 LPGA).

Exception

La LAI (art. 69 LAI) contient une importante dérogation à ce droit, puisqu'elle exclut cette procédure, remplacée par celle du préavis. À partir du 1^{er} janvier 2021, le délai de 30 jours accordé pour contester le préavis ne peut plus être prolongé (art. 57a al. 3 LAI).

Droit de recours

Le recours (art. 56 LPGA) est ouvert contre les décisions prises sur opposition ou, lorsque cette possibilité est inexistante, après la prise de décision de l'autorité de première instance (après la procédure de préavis de l'AI, par exemple).

Il peut aussi être formé si l'assureur ne rend pas sa décision ou sa décision sur opposition (dénier de justice).

Il est formé devant le tribunal cantonal des assurances du canton de domicile de l'assuré-e ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Si l'assuré-e est domicilié-e hors de Suisse, le recours est formé devant le tribunal cantonal du dernier domicile en Suisse ou celui du dernier employeur suisse. Si le tribunal ne se reconnaît pas compétent, il transmet le recours au tribunal compétent (art. 58 LPGA).

Depuis le 1^{er} janvier 2021, l'assureur peut priver tout recours de l'effet suspensif, même si cette décision porte sur une prestation en espèce. Une exception est faite pour les décisions sur opposition ordonnant la restitution de prestations versées indûment (art. 52 al. 4 LPGA).

Le recours doit être formé dans les trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 LPGA).

Les cantons règlent la procédure, mais doivent respecter au moins les exigences de l'art. 61 LPGA, en particulier:

- La procédure doit être simple et rapide. Le principe de gratuité a été supprimé à partir du 1^{er} janvier 2021. Sont dorénavant applicables les dispositions du droit cantonal relatives aux frais de procédure (art. 61 let. a LPGA). Pour les litiges en matière de prestations, la procédure est soumise à des frais si la loi spéciale le prévoit (art. 61 let. f^{bis} LPGA). C'est déjà le cas en matière d'assurance-invalidité, depuis le 1^{er} juillet 2006.
- Le recours doit contenir un exposé même succinct des faits, être motivé et contenir des conclusions. À défaut, un délai pour respecter ces règles est impartie au recourant;
- Le tribunal établit les faits avec la collaboration des parties. Il apprécie librement les preuves. Il n'est pas lié par leurs conclusions, ce qui a pour effet notamment de pouvoir conduire à la péjoration de la situation pour le recourant, ou à l'octroi de plus que ce qu'il avait demandé. Dans ces cas, le tribunal doit donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de renoncer au recours;
- Le jugement doit être motivé, contenir les noms des juges, être notifié par écrit et indiquer les voies de recours.

Les jugements rendus par les tribunaux cantonaux des assurances peuvent être attaqués devant le Tribunal fédéral.

Révision et la reconsidération d'une décision

Une décision entrée en force peut faire l'objet d'une révision, en cas de faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve.

L'assureur peut revoir sa décision en cas d'erreur manifeste ou si la rectification revêt une importance notable.

Il peut encore reconsidérer sa décision si elle fait l'objet d'un recours, et ce jusqu'au moment de l'envoi du préavis à l'autorité de recours (art. 53 LPGA).

Sources

Responsable rédaction: ARTIAS



Adresses

Office fédéral des assurances sociales OFAS (Berne)

Lois et Règlements

Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) (RS 830.1)

Ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) (RS 830.11)

Sites utiles

Aucun site trouvé pour cette fiche

Assurances sociales, partie générale (LPGA)

Généralités

[La loi fédérale du 6 octobre 2000](#) sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a pour but de coordonner les assurances sociales en donnant notamment des définitions communes à certaines notions telles que la maladie, l'accident, l'invalidité ou encore l'incapacité de gain.

La LPGA relevant du droit fédéral, il convient de se référer à la [fiche fédérale](#) correspondante.

Descriptif

Sur le plan cantonal, c'est le Tribunal cantonal, chambre des assurances, qui est compétent en matière de recours dans les dix domaines de sécurité sociale qui relèvent de la LPGA, ceci pour des objets tant de droit fédéral que cantonal.

Cette autorité judiciaire est en outre chargée d'examiner les contestations relatives aux diverses pensions et allocations allouées par les caisses de retraite des fonctionnaires et autres agents publics ainsi qu'aux autres affaires, dans les cas prévus par la loi (article 169 du Code de procédure administrative).

Procédure

Un recours est envisageable après épuisement de la procédure d'opposition auprès de l'autorité administrative compétente.

Recours

Les recours sont recevables par le Tribunal cantonal, chambre des assurances (voir l'adresse ci-contre).

Si le recourant ne dispose pas de ressources suffisantes et que l'action ne paraît pas dépourvue de chance de succès, l'assistance judiciaire gratuite est garantie par le droit cantonal. Consulter la fiche cantonale Assistance judiciaire.

Sources

Service de l'action sociale

Adresses

Tribunal cantonal - Cour des assurances (Porrentruy 2)

Lois et Règlements

Loi de procédure et de juridiction administrative et constitutionnelle (Code de



Sites utiles

Registre des avocats jurassiens

Assurances sociales, partie générale (LPGA)

Généralités

La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a pour but de coordonner les assurances sociales en donnant notamment des définitions communes à certaines notions telles que la maladie, l'accident, l'invalidité ou encore l'incapacité de gain.

La LPGA relevant du droit fédéral, il convient de se référer à la fiche fédérale correspondante.

Pour les prestations suivantes :

- l'assurance vieillesse et survivants (AVS) (rentes, affiliations et cotisations, certificat d'assurance)
- l'assurance invalidité (AI)
- les prestations complémentaires AVS / AI
- les allocations perte de gain en cas de service ou maternité (APG)
- les allocations de maternité ou familiales
- les subsides à l'assurance-maladie de base
- les prestations complémentaires pour familles (PC Familles)
- les prestations de la rente-pont

Les personnes se rendent sur le site internet :

<https://www.vd.ch/themes/aides-financieres-et-soutien-social/trouver-une-agence-dassurance-sociale-aas/liste-des-agences-dassurances-sociales> afin de trouver l'agence d'assurances sociales la plus proche de leur lieu de domicile.

Descriptif

Dans le cadre de la mise en application de la LPGA, chaque canton a dû instituer un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales (art. 57 LPGA).

Dans le canton de Vaud, c'est le Tribunal cantonal, Cour des assurances sociales, qui est compétent en matière de recours contre les décisions sur opposition (ou après préavis) prises par les assureurs. Il est l'instance de recours dans les dix domaines de sécurité sociale relevant de la LPGA (art. 93 let. a LPA-VD), ceci concernant des objets tant de droit fédéral que de droit cantonal.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est en outre compétente s'agissant des recours relatifs aux hospitalisations hors canton et des contestations entre assureurs, au sens de la LAMAL (art. 93 let. b LPGA); des contestations et prétentions en matière de responsabilité relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance et de libre passage, employeurs et ayants droit (art. 93 al. let. c LPA-VD); enfin, des contestations et prétentions en partage de la prestation de sortie en cas de divorce ou de dissolution du partenariat enregistré (art. 93 let. d LPA-VD).

Procédure

Les indications ci-dessous concernent les situations plus courantes (recours contre des décisions d'assureurs sociaux dans le cadre de la LPGA).

La procédure contentieuse relève du droit cantonal; elle doit satisfaire à un certain nombre d'exigences posées par le droit fédéral (cf. art. 56-62 LPGGA, en particulier art. 61 LPGGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours et de contestation par voie d'action est régie par la LPA-VD (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD).

Un recours peut être formé auprès du Tribunal cantonal, Cour des assurances sociales, après épuisement, le cas échéant, de la procédure d'opposition auprès de l'autorité administrative compétente dans le domaine en cause. Il peut également être formé si l'assureur ne rend pas sa décision (dénî de justice).

Recours

Le recours contre une décision sur opposition (ou après préavis) d'un assureur social doit être formé dans un délai de trente jours suivant la notification de la décision (art. 60 al. 1 LPGGA).

L'acte de recours doit être signé et indiquer les conclusions et motifs du recours. La décision attaquée est jointe au recours (art. 79 al. 1 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99. LPA-VD). Le recourant peut invoquer la violation du droit, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (art. 98 let. a LPA-VD), respectivement la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 98 let. b LPA-VD). Le recours doit être adressé au Tribunal cantonal, Cour des assurances sociales.

La procédure est en principe gratuite (art. 61 let. a LPGGA). Dans le cas inverse (en matière d'assurance-invalidité), si l'assuré ne dispose pas de ressources suffisantes et que le recours ne paraît pas dépourvu de chance de succès, l'assistance judiciaire gratuite est garantie par le droit cantonal (art. 18 LPA-VD); voir la fiche cantonale [Assistance judiciaire](#). L'assuré peut également obtenir dans ce cadre l'assistance d'un avocat.

Les arrêts rendus par le Tribunal cantonal peuvent être attaqués devant le Tribunal fédéral.

Sources

Tribunal cantonal Vaud

Adresses

Tribunal cantonal - Cour des assurances sociales (Lausanne)
Tribunal fédéral (Lucerne)

Lois et Règlements

Loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD)
Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales

Sites utiles

Ordre judiciaire, Section Tribunal cantonal
Jurisprudence des cours du Tribunal cantonal, Section "Autres cours"

Assurances sociales, partie générale (LPGA)

Généralités

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) a pour but de coordonner les assurances sociales en donnant des définitions communes à certaines notions, comme la maladie, l'accident, l'invalidité ou l'incapacité de gain.

La LPGA relève du droit fédéral, il convient donc de se référer à la fiche fédérale correspondante.

Cependant, les **procédures de recours fixées par la LPGA sont réglées au plan cantonal**. Dès lors, chaque canton a dû instituer un Tribunal des assurances qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales.

À Fribourg, **deux Cours des assurances sociales du Tribunal cantonal** sont compétentes en matière de recours dans les domaines de sécurité sociale relevés par la LPGA.

Descriptif

1^{ère} Cour des assurances sociales

La **Première Cour des assurances sociales** connaît principalement des contestations concernant (RTC art.27) :

- l'assurance-invalidité ;
- l'assurance-accidents ;
- l'assurance-chômage ;
- les allocations familiales ;
- l'aide sociale et l'aide dans les situations de détresse ;
- l'assurance militaire.

2^{ème} Cour des assurances sociales

La **Deuxième Cour des assurances sociales** connaît principalement des contestations concernant (RTC art.28) :

- l'assurance-invalidité ;
- l'assurance-vieillesse et survivants ;
- les allocations pour perte de gain (y compris maternité) ;
- l'assurance-maladie ;
- l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale ;
- la prévoyance professionnelle ;
- les prestations complémentaires.

Procédure

Mode de décision

Les **Cours des assurances sociales statuent par voie de circulation** (RTC art.30 et 31):

- le rapport est mis en circulation avec le dossier auprès des juges appelés à statuer;
- la circulation se termine chez la présidence.

Toutefois, **des délibérations ont lieu** (RTC art.31 al.2):

- si la présidence l'ordonne;
- si un ou une juge le demande;

- s'il n'y a pas unanimité lors de la circulation.

Décision par voie de circulation

Lorsque tous les membres de la cour ont donné sans réserve leur accord aux propositions du rapport, la date de la décision est celle de **l'apposition de la signature de la présidence** sur la feuille de circulation du dossier.

Recours

Le recours contre une décision d'un assureur social doit être formée dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA)

Les recours sont recevables par le Tribunal cantonal, chambre des assurances (voir l'adresse ci-contre).

Les jugements rendus par le Tribunal cantonal peuvent être attaqués devant le Tribunal fédéral.

Sources

Banque de données de la législation fribourgeoise - BDLF

Règlement du Tribunal cantonal précisant son organisation et son fonctionnement (RTC)

Adresses

Tribunal cantonal (Fribourg)

Lois et Règlements

Loi sur la justice

Code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA)

Règlement provisoire du 20 décembre 2007 du Tribunal cantonal (RTC)

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

Sites utiles

Organisation du pouvoir judiciaire

Présentation du Tribunal cantonal

Assurances sociales, partie générale (LPGA)

Généralités

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) a pour but de coordonner les assurances sociales en donnant des définitions communes à certaines notions, comme la maladie, l'accident, l'invalidité ou l'incapacité de gain. La LPGA relevant du droit fédéral, il convient de consulter la [fiche fédérale](#) correspondante. Les procédures de recours fixées par la LPGA sont toutefois réglées par le droit cantonal.

Plusieurs modifications de la LPGA sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2021. À ce propos, vous pouvez consulter la [fiche fédérale](#) sous l'onglet « Confédération » et/ou l'article rédigé par l'ARTIAS (l'Association romande et tessinoise des institutions d'action sociale) qui résume les nouvelles dispositions en cliquant [ici](#). Ces modifications concernent la base légale permettant la surveillance des assuré.e.s.

Descriptif

Pour la mise en oeuvre de la LPGA, chaque canton a dû instituer un Tribunal des assurances qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales.

En Valais, il s'agit de la **Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal** qui est compétente en matière de recours dans les dix domaines de sécurité sociale qui relèvent de la LPGA.

Procédure

L'opposition (appelée réclamation en Valais), doit être formée auprès de l'autorité qui a rendu la décision dans les 30 jours dès sa notification.

Recours

Le recours à la **Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal** est possible après épuisement de la procédure d'opposition auprès de l'autorité administrative compétente dans le domaine en cause.

Les jugements rendus par le Tribunal cantonal peuvent être attaqués devant le **Tribunal fédéral**.

Sources

Sources:

- Site internet du canton du Valais, Rubrique justice
- Recueil systématique de la législation valaisanne

Adresses

Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (Sion 2)

Lois et Règlements

Loi sur l'organisation de la justice du 11 février 2009

Loi sur la procédure et la juridiction administratives du 6 octobre 1976

Sites utiles

Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal

Article de l'ARTIAS concernant les changements de l'entrée en vigueur du 1.01.21

Assurances sociales, partie générale (LPGA)

Généralités

Comme la LPGA relève du droit fédéral, il convient de se référer à la fiche fédérale.

Descriptif

La LPGA impose au canton la mise en place d'un Tribunal cantonal des assurances en tant qu'instance de recours contre les décisions sur opposition (ou après préavis) prises par les assureurs et d'une procédure de recours conforme aux conditions de la loi.

Avec l'entrée en vigueur le 1er janvier 2011 du code de procédure civile fédérale (CPC), le Tribunal cantonal des assurance a été intégré à la Cour de Justice et est devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (voir la loi d'organisation judiciaire - LOJ - E 2 05 - Art. 133 et suivants).

Procédure

Outre les litiges relatifs aux assurances sociales fédérales et les domaines énoncés dans la fiche fédérale, sont aussi de la compétence de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice les domaines suivants, notamment (E 2 05 - art. 134 LOJ) :

- les prestations cantonales complémentaires à l'assurance vieillesse et survivants et à l'assurance invalidité;
- les prestations complémentaires pour les familles;
- les contestations de l'article 38 A de la loi sur les allocations familiales;
- les contestations découlant de la loi instituant une assurance en cas de maternité et d'adoption (voir fiche genevoise sur maternité et paternité : allocations pour perte de gain);
- les contestations relatives aux prestations cantonales complémentaires en matière de chômage.

Recours

Voir les lois spécifiques. Le recours contre la décision sur opposition doit être déposé dans le délai de trente jours, être motivé et contenir des conclusions. Il est adressé à la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice.

Sources

Législation citée

Adresses

Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (Genève 1)

Lois et Règlements

Loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) E 2 05

Sites utiles

La clé - répertoire d'adresses

Assurances sociales, partie générale (LPGA)

Généralités

La LPGA relève du droit fédéral, il convient donc de se référer à la fiche fédérale.

Descriptif

Le Tribunal cantonal est l'autorité judiciaire cantonale supérieure de recours (art. 33 OJN) dans les litiges fondés sur le droit public fédéral, cantonal ou communal. Le Tribunal cantonal est rattaché organiquement au Pouvoir judiciaire.

A Neuchâtel, la Cour de droit public du Tribunal cantonal est le tribunal cantonal des assurances au sens de la législation fédérale (art. 47 OJN) et est compétente en matière de recours contre les décisions sur opposition (ou après préavis) prises par les assureurs.

Il est l'instance de recours dans les dix domaines de sécurité sociale qui relèvent de la LPGA, ceci pour des objets tant de droit fédéral que cantonal.

Il est ainsi appelé à se prononcer, en dernière instance cantonale, sur tous les conflits du domaine des assurances sociales (AVS, AI, prestations complémentaires, allocations pour perte de gain, assurance-chômage, assurance-maladie, assurance-accidents, allocations familiales, assurance militaire).

Procédure

L'opposition

Il s'agit du droit de demander le **réexamen de la décision de l'assurance**. Cette voie de contestation permet un réexamen de la décision sans ouverture d'une procédure judiciaire. L'opposition doit être déposée, de préférence par écrit, dans les trente jours dès la réception de la décision, auprès de l'autorité qui l'a rendue (art. 52 al. 1 LPGA). La procédure d'opposition est gratuite (art. 52 al. 3 LPGA).

L'**assistance juridique** peut être demandée à l'assurance concernée, mais n'est en pratique accordée que difficilement au stade de l'opposition, les autorités compétentes estimant que la procédure d'opposition ne présente pas un degré de complexité tel qu'il nécessite l'aide d'un avocat. L'assuré qui souhaite cette aide doit donc démontrer en quoi elle est au contraire nécessaire (art. 37 al. 4 LPGA).

La décision sur opposition

L'autorité qui a formulé la décision doit alors rendre une **décision sur opposition** en indiquant l'existence du droit de recourir, l'instance de recours et le délai pour interjeter recours. Elle doit rendre sa décision dans un délai approprié et la motiver en entrant en matière sur les arguments avancés par l'assuré dans son opposition (art. 52 al. 2 LPGA).

Le droit de recours

Un recours n'est envisageable qu'après épuisement de la procédure d'opposition auprès de l'autorité administrative compétente dans le domaine en cause.

Le recours est ouvert **contre les décisions prises sur opposition** ou, lorsque cette possibilité est inexistante, après la prise de décision de l'autorité de première instance (après la procédure de préavis de l'AI, par exemple). Il peut aussi être formé si l'assureur ne rend pas sa décision (dénier de justice). Le recours doit être formé dans les trente jours dès réception de la décision attaquée. Il est formé devant le tribunal cantonal du canton de domicile de l'assuré. Si le tribunal ne se reconnaît pas compétent, il transmet le recours au tribunal compétent (art. 56 ss LPGA).

Recours

Le recours **contre la décision d'opposition** doit être déposé dans le délai de trente jours, être motivé et contenir des conclusions. Il est adressé à la Cour de droit public du Tribunal cantonal (art. 47 OJN).

La procédure est en principe gratuite. Dans le cas inverse, si le recourant ne dispose pas de ressources suffisantes et que l'action ne paraît pas dépourvue de chance de succès, l'assistance judiciaire gratuite est garantie par le droit cantonal (voir la fiche cantonale Assistance judiciaire).

Les jugements rendus par le Tribunal cantonal peuvent être attaqués devant le Tribunal fédéral.

Sources

Tribunal cantonal, Neuchâtel Fiche fédérale, ARTIAS

Adresses

Tribunal régional des Montagnes et du Val-de-Ruz (La Chaux-de-Fonds)
Tribunal fédéral (Lucerne)
Tribunal régional du Littoral et du Val-de-Travers (Neuchâtel)
Tribunal régional du Littoral et du Val-de-Travers (Boudry)

Lois et Règlements

Loi d'organisation judiciaire neuchâteloise (OJN), du 27 janvier 2010

Sites utiles

Tribunal cantonal