

Commentaire de l'ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AD)¹

Préambule

Adaptation des renvois à la loi entièrement révisée.

Titre précédant art. 1

Les prestations complémentaires sont désormais une tâche commune de la Confédération et des cantons (cf. nouvel art. 112a Cst.²). Cela implique une adaptation du titre.

Art. 1b Revenus déterminants

Adaptation des renvois des alinéas 1 et 3 à la loi entièrement révisée.

Art. 1d Montant maximum de la prestation complémentaire annuelle

Pour la prestation complémentaire annuelle, la loi ne connaît plus de montants maximaux. Cet article doit donc être abrogé.

Art. 2 Personnes divorcées

La réglementation prévue à l'art. 4, al. 2, LPC est suffisante. Cette disposition peut donc être purement et simplement abrogée.

Art. 8 Enfants dont il n'est pas tenu compte

Adaptation du renvoi et de la terminologie de l'alinéa 2 à la loi entièrement révisée.

Art. 14 Prestations versées par des caisses-maladie

Cette disposition date de 1971. Par rapport à cette époque, l'assurance-maladie est désormais obligatoire. Ses prestations interviennent dans les revenus déterminants en qualité de prestations périodiques. La disposition peut être abrogée.

Art. 14a Revenu de l'activité lucrative des assurés partiellement invalides

Al. 2, let. a: Adaptation du renvoi à la loi entièrement révisée.

Al. 3: Dans l'assurance-invalidité, les ateliers ne sont plus réglementés. La réglementation correspondante figure désormais dans la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI)³. Le renvoi est adapté en conséquence.

¹ RS 831.301

² RS 101

³ FF 2006 7951

Art. 14b Prise en compte du revenu des veuves non invalides

Let. a: Adaptation du renvoi à la loi entièrement révisée.

Art. 15 Cas particuliers

Al. 1: L'assurance-invalidité ne règle plus les ateliers. La réglementation figure désormais dans la LIPPI, raison pour laquelle c'est à celle-ci que le renvoi est opéré. (Le reste ne concerne que le texte allemand).

Al. 2: *(ne concerne que le texte allemand)*

Art. 15b Prise en compte de l'allocation pour impotent

A l'art. 11, al. 4, la loi offre la compétence au Conseil fédéral de déterminer les cas dans lesquels les allocations pour impotents (API) des assurances sociales (jusqu'ici uniquement celles de l'AVS, de l'AI et de l'AA) doivent être prises en compte dans les revenus déterminants. C'est la raison pour laquelle il est désormais également fait mention de l'API de l'assurance militaire.

La contribution pour les soins spéciaux au sens de l'art. 20 LAI a disparu avec la 4^e révision de l'AI. Par inadvertance, l'art. 15b n'a pas été adapté en conséquence. Cet oubli est désormais réparé.

Art. 16a Forfait pour frais accessoires

Adaptation du renvoi de l'alinéa 4 à la loi entièrement révisée.

Art. 17 Evaluation de la fortune

Adaptation du renvoi de l'alinéa 5 à la loi entièrement révisée.

Art. 17a Dessaisissement de fortune

Adaptation du renvoi de l'alinéa 1 à la loi entièrement révisée.

Art. 19 Frais remboursables

Avec l'entrée en vigueur de la RPT, la compétence en matière de remboursement des frais de maladie et d'invalidité passe aux cantons. Aux termes de l'art. 14, al. 2, LPC, ils désignent les frais qui peuvent être remboursés au sens de l'art. 14, al. 1, LPC. Le Conseil fédéral n'a plus aucune compétence réglementaire en la matière, hormis celle qui lui est expressément octroyée à l'art. 14, al. 4, LPC.

Art. 19a Remboursement en présence de revenus excédentaires

La réglementation figure à l'art. 14, al. 6, LPC. Elle est, contrairement à l'actuelle, contraignante. En outre, le Conseil fédéral n'a aucune compétence de légiférer en la matière (cf. commentaires ad art. 19 OPC).

Art. 19b Relèvement des montants maximaux

Le Conseil fédéral a le pouvoir de légiférer en la matière au regard de la délégation de compétence y relative expressément prévue à l'art. 14, al. 4, LPC. La réglementa-

tion en vigueur est reprise telle quelle. Seuls les renvois sont adaptés à la nouvelle loi entièrement révisée.

Art. 21 Naissance et extinction du droit

Cet article peut être abrogé, dans la mesure où la réglementation figure désormais dans la loi (cf. art. 12, al. 1 et 3, LPC).

Art. 23 Revenu et fortune déterminants; période de calcul

Adaptation du renvoi de l'alinéa 3 à la loi entièrement révisée.

Introduction ad art. 25a

Situation initiale

Sous l'angle de la législation PC, ni la loi, ni l'ordonnance ne contiennent à l'heure actuelle une définition du home. Seules les DPC font état d'une disposition y relative. Ainsi, au sens du n° 5051 DPC, sont considérées comme homes les institutions qui, dans le cadre des dispositions cantonales, accueillent temporairement les malades, les personnes âgées et les invalides et leur dispensent un encadrement adéquat.

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) s'est penché sur la problématique de savoir quand il peut être question d'un séjour dans un home. Dans son résumé (chapeau) de l'arrêt du 28 août 1992 (ATF 118 V 142 = RCC 1992 p. 471), il écrit ce qui suit:

Un séjour dans un home au sens du droit des PC peut aussi consister en un séjour dans une institution analogue à un home (p. ex. famille d'accueil, « grande famille » de pédagogie curative ou communauté d'invalides) non reconnue par la législation cantonale sur l'accueil et l'assistance, pour autant qu'il réponde à une nécessité et que l'institution en question présente la garantie de pouvoir satisfaire ce besoin de manière adéquate, sous l'angle de l'organisation, de l'infrastructure et du personnel en particulier (consid. 2).

Les organes PC sont dès lors contraints d'examiner si l'institution en question répond aux critères d'ordre organisationnel, infrastructurel et personnel, et si la nécessité du séjour dans un home est remplie de manière adéquate.

Problème

Les organes PC ne sont pas qualifiés pour procéder aux vérifications utiles requises par le TFA, et la tâche se transforme quasiment en mission impossible lorsqu'il s'agit de procéder à ces vérifications dans un autre canton. Or, au regard des nouvelles règles de compétence en cas de séjour dans un home ou dans un hôpital (art. 21, al. 1, LPC), le nombre des déterminations à faire hors-canton va croître.

Norme de délégation de compétence

Selon l'art. 9, al. 5, let. h, LPC, c'est le Conseil fédéral qui définit la notion de home. C'est donc à lui de dire ce qui vaut comme home.

Art. 25a Définition du home

Al. 1: La réglementation repose sur le principe d'une reconnaissance du home par un organe autre que l'organe PC, à savoir une reconnaissance par le canton. Un home est également considéré comme tel s'il dispose d'une autorisation cantonale d'exploiter.

Lorsqu'un canton reconnaît une institution comme home en vertu de l'art. 3, al. 1, let. b, LIPPI, cela vaut également pour les PC. Cette manière de faire contribue à établir la coordination avec l'assurance-invalidité, conformément aux commentaires relatifs à l'art. 9, al. 5, du projet LPC selon le Message sur la législation d'exécution concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons [RPT]⁴.

Sont en outre considérés comme homes par les PC toutes les institutions répertoriées sur la liste des établissements médico-sociaux reconnus au sens de l'art. 39, al. 3, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)⁵.

Al. 2: Aux termes de l'art. 42^{er}, al. 2, LAI, le montant de l'allocation pour impotent versée en cas de séjour dans un home est plus faible que celui versé à la personne vivant à domicile. Si l'office AI admet qu'on se trouve en présence d'un home, l'institution en cause doit également valoir comme home sous l'angle des PC.

Des institutions analogues à un home sont considérées comme un home lorsqu'elles ont été reconnues comme tel par un canton, lorsqu'elles disposent d'une autorisation cantonale d'exploiter ou lorsque, dans le cadre de l'octroi d'une l'allocation pour impotent, l'office AI admet qu'on est en présence d'un home.

Art. 26a Dépassement du montant maximum de la prestation complémentaire annuelle

La loi ne connaît plus de limites maximales en matière de prestation complémentaire annuelle. Cet art. doit dès lors être abrogé.

Art. 26b Règle d'arrondissement des montants versés

Al. 2: Le Conseil fédéral n'a plus la compétence de donner des prescriptions y relatives aux cantons (cf. commentaires ad art. 19 OPC).

Art. 28 Comptabilité

Al. 1: Afin de décharger l'alinéa, les phrases 2 et 3 font l'objet d'alinéas propres.

Al. 2: La réglementation en vigueur selon la 2^e phrase de l'al. 1 est incomplète. En effet, un octroi de PC peut entrer en ligne de compte même en l'absence de rente de l'AVS ou de l'AI. En outre, les indemnités journalières de l'AI font actuellement défaut dans la réglementation en vigueur. La nouvelle réglementation est un peu complexe. Elle a toutefois l'avantage d'être complète.

Al. 3: Avec la RPT, la Confédération n'offre plus aucune contribution aux frais de maladie et d'invalidité (cf. art. 16 LPC). Cela se répercute sur la comptabilité. Le remboursement des frais de maladie et d'invalidité doit dès lors faire l'objet d'une

⁴ FF 2005 5835

⁵ RS 832.10

comptabilité séparée de celle inhérente aux prestations complémentaires annuelles. Il en va de même pour les frais de maladie versés avec la prestation complémentaire annuelle (les frais de diète p. ex.), qui doivent également être comptabilisés séparément de la prestation complémentaire annuelle. En effet, qu'ils fassent l'objet d'un seul et même versement avec la PC annuelle ne leur enlève pas le caractère de frais de maladie.

Al. 4: La réglementation en vigueur au sens de la 3^e phrase de l'al. 1 doit être étendue à la séparation à faire entre la PC annuelle et le remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

Al. 5: Cet alinéa reprend la teneur de l'actuel alinéa 2. Le renvoi est adapté à la loi entièrement révisée et l'énumération exemplative est supprimée.

Art. 28a Communication des frais de maladie

Selon l'art. 3 de la loi, les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle d'une part, du remboursement des frais de maladie et d'invalidité d'autre part. Pour disposer d'un tableau global et être en mesure de faire des comparaisons avec les années antérieures, notre office a besoin de connaître les données inhérentes aux deux genres de prestations. C'est la raison pour laquelle même les frais de maladie et d'invalidité pourtant entièrement à la charge des cantons (art. 16 LPC) doivent faire l'objet de communications régulières à l'office fédéral des assurances sociales. Il s'agit de données présentes dans la comptabilité. La communication ne porte pas sur des détails relatifs aux différents genres de frais de maladie.

Art. 30 Examen des conditions économiques de la prestation complémentaire annuelle

La Confédération n'a (à l'exception de l'art. 14, al. 4, LPC) désormais plus de compétence réglementaire qu'au niveau de la prestation complémentaire annuelle. Il importe de le préciser dans le titre de l'article.

Art. 32 Frais d'administration

Al. 1: Il doit être abrogé, dans la mesure où la Confédération participe désormais également au financement des frais administratifs de la prestation complémentaire annuelle (cf. art. 24 LPC).

Art. 33 Fréquence

Les alinéas 1 et 3 de la réglementation en vigueur doivent être abrogés. L'al. 1 et la 1^{ère} phrase de l'al. 3 figurent désormais à l'art. 23, al. 1, de la loi. La 2^e phrase de l'al. 3 en vigueur n'est plus admissible. L'OFAS n'a en effet aucune compétence pour édicter des directives directement aux organes de révision. Les organes de révision ne sont en effet pas des organes d'application au sens de l'art. 28, al. 1, LPC.

Le 2^e alinéa du texte actuel de l'ordonnance doit être maintenu pour le canton de Zurich. En effet, ce canton n'a pas qu'un seul organe d'exécution. Chaque commune est compétente pour les prestations complémentaires. Il serait pour le moins difficile de procéder chaque année à une révision de chaque commune.

Art. 34 Les bureaux de révision

Cet art. peut être abrogé dans la mesure où la réglementation figure désormais dans la loi (cf. art. 23, al. 2 et 3, LPC).

Art. 35 Rapport de révision

L'alinéa 2 est adapté à la réglementation dans l'AVS. Selon l'art. 169, al. 4, RAVS, la remise doit être opérée en deux exemplaires.

Les réglementations plus étoffées dans l'AVS doivent également valoir pour les révisions en matière de prestations complémentaires. Cela est d'autant plus justifié que ce sont souvent les mêmes bureaux de révision qui procèdent aux révisions tant pour l'AVS que pour les PC. Par le biais du nouvel alinéa 3, il est renvoyé aux dispositions correspondantes du RAVS.

Art. 36 Frais

Adaptation à la loi entièrement révisée.

Art. 37 Pouvoirs de l'office fédéral

Al. 1: L'OFAS n'a aucune compétence de donner des instructions directement aux organes de révision (cf. commentaires ad art. 33 OPC). La deuxième phrase peut être abrogée dans la mesure où la réglementation figure désormais dans la loi (cf. art. 23, al. 4, LPC).

Titre précédant art. 39

La Confédération participe désormais également au financement des frais administratifs pour la fixation et le versement de la prestation complémentaire annuelle (cf. art. 24 LPC). C'est la raison pour laquelle les contributions de la Confédération doivent être réparties selon qu'elles concernent les prestations complémentaires annuelles (art. 39 à 42 OPC) ou les frais administratifs (art. 42a à 42d OPC).

Remarques liminaires ad art. 39 à 42

(Les contributions de la Confédération aux prestations complémentaires annuelles)

Selon l'art. 13, al. 2, LPC, la Confédération prend à sa charge, pour les personnes vivant dans un home ou un hôpital, le 5/8 de la part des prestations complémentaires annuelles destinée à couvrir le minimum d'existence. Le reste des coûts est supporté par les cantons. Il importe dès lors d'exclure les coûts auxquels la Confédération n'offre aucune contribution. Plusieurs méthodes sont envisageables à cet effet. L'une d'entre elles serait de procéder à une comptabilité distincte en continu, avec des contraintes disproportionnées à la clé. Pour éviter cet écueil, le Conseil des Etats a modifié la disposition prévue par le Conseil fédéral à l'art. 13, al. 4. Ainsi, le Conseil fédéral peut désormais prévoir des réglementations pour un calcul plus simple de la part fédérale. Ce faisant, le Conseil des Etats a expressément songé à la solution d'une date de référence bien définie (détermination de la part fédérale une fois l'an sur la base d'un état de faits donné à une date de référence bien définie, cf. Bulletin officiel 2006 - Conseil des Etats - p. 211).

L'illustration de la solution se présente comme suit.

Dans le canton pris en exemple, seules 2 personnes ont des PC au jour de référence défini:

1 personne en home, 1 personne à domicile

	Calcul En home		Calcul minimum d'existence	
	Francs	Total	Francs	Total
Dépenses reconnues				
Besoins vitaux			18'140	
Loyer			13'200	
Prime moyenne caisse-maladie	3'000		3'000	34'340
Frais de home déterminants (200/jour)	73'000			
Dépenses personnelles (300/mois)	3'600	79'600		
Revenus déterminants				
Rente AVS	19'200		19'200	
Rente 2 ^e pilier	6'000		6'000	
Fortune prise en compte (1/5 ou 1/10 de 40'000 - 25'000)	3'000		1'500	26'700
Prestations assurance-maladie	24'000			
Allocation pour impotent de l'AVS	12'660	64'860		
Droit à la PC⁶		14'740		7'640
./. Prime moyenne caisse-maladie		./. 3'000		./. 3'000
Montant déterminant⁷		11'740		4'640

⁶ = PC annuelle (niveau individuel), cf. à cet effet introduction ad art. 54a

⁷ = PC annuelle (niveau financement), cf. à cet effet introduction ad art. 54a

Personne 2: à domicile

	Calcul à domicile	
	Francs	Total
Dépenses reconnues		
Besoins vitaux	18'140	
Loyer	12'000	
Prime moyenne caisse-maladie	3'000	33'140
Revenus déterminants		
Rente AVS	19'200	
Rente 2 ^e pilier	4'800	24'000
Droit à la PC⁸		9'140
./. Prime moyenne caisse-maladie		./. 3'000
Montant déterminant⁹		6'140

Résultat

Somme des prestations complémentaires annuelles (niveau financement¹⁰) 17'880 francs (11'740 + 6'140)

Somme du minimum d'existence 10'780 francs (4'640 + 6'140)

La part au minimum d'existence s'élève donc à 60,3 pour cent. La part fédérale aux dépenses totales pour la prestation complémentaire annuelle (niveau financement) s'élève ainsi à 37,7 pour cent (5/8 de 60,3 %).

Art. 39 Calcul de la part fédérale

L'al. 1 prévoit que c'est l'OFAS qui fixe la part fédérale. De la sorte, la fixation intervient selon des critères uniformes sur l'ensemble du territoire. La part est fixée derechef chaque année. Elle est arrondie à un chiffre après la virgule et selon des règles mathématiques.

Les cantons ont bien entendu la possibilité de vérifier sur la base de leurs propres calculs l'exactitude de la part fixée par l'OFAS. Si des écarts devaient être observés entre les résultats des uns et des autres, c'est en commun que l'on tentera d'en découvrir l'origine.

La part fédérale est fixée sur la base d'un état déterminant à un jour de référence bien défini. L'alinéa 2 régleme le jour de référence déterminant. Il s'agit du

⁸ = PC annuelle (niveau individuel), cf. introduction ad art. 54a

⁹ = PC annuelle (niveau financement), cf. introduction ad art. 54a

¹⁰ cf. introduction ad art. 54a

paiement principal pour le mois de décembre. Le jour précis peut varier d'un canton à l'autre, mais ne constitue aucun problème. Dans un premier temps, on ne procédera à la détermination que d'un seul jour de référence par année. La part fédérale par canton sera alors disponible au mois d'avril, car il faut escompter trois mois de travail y relatif auprès de l'OFAS (épuration, plausibilité, requête de données supplémentaires).

L'al. 3 dit ce qui doit être annoncé et jusqu'à quand. Il s'agit des données identiques à celles utilisées pour le registre statistique des PC de l'OFAS. Par rapport à la pratique jusqu'ici en cours, il importe cependant de veiller à ce que les éléments de calcul ne comprennent aucun frais de maladie ou d'invalidité au sens de l'art. 14 LPC, étant donné que la Confédération n'offre aucune contribution financière à ce titre. L'OFAS va édicter des directives qui préciseront plus en détail les données à fournir.

L'al. 4 doit être examiné en corrélation avec l'art. 54a, al. 1, OPC. C'est la raison pour laquelle il est renvoyé au commentaire dudit article.

Art. 39a Les revenus en corrélation directe avec le séjour dans un home ou dans un hôpital

L'art. 13, al. 2, LPC, prévoit que les revenus en rapport direct avec le séjour en home ou à l'hôpital ne sont pas pris en compte dans le cadre du calcul distinctif. Autrement dit, ces revenus n'ont pas pour effet de réduire la part prise en charge par la Confédération. Le 2e message RPT évoque les revenus concernés à la p. 5837, mentionnant les allocations pour impotent et les prestations de l'assurance-maladie pour les coûts des homes.

La lettre a précise que font partie de ces revenus non seulement les contributions aux frais de soins et d'assistance, mais également les prestations liées à l'hébergement (pour les personnes à domicile, cela correspondrait environ aux frais de loyer et de nourriture).

Lettre c: Le montant pris en compte est d'un quinzième de la fortune nette pour les personnes vivant chez elles et d'un dixième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse (art. 11, al. 1, let. c, LPC). Aux termes de l'art. 11, al. 2, LPC, les cantons peuvent, pour les personnes vivant dans un home ou dans un hôpital, fixer le montant de la fortune qui sera pris en compte en dérogeant à l'al. 1, let. c. Ils peuvent le porter à un cinquième de la fortune nette au maximum. Le supplément de revenus résultant du relèvement du montant pris en compte est en lien direct avec le séjour en home ou à l'hôpital. Dans le calcul distinctif, le montant pris en compte sera celui applicable aux personnes qui vivent chez elles.

Art. 40 Compte

Al. 1: La fixation des subventions est désormais réglementée à l'art. 40a OPC.

Al. 2: La réglementation en vigueur à la phrase 1 est incomplète. Un droit aux PC peut même exister sans rente de l'AVS ou de l'AI. Par ailleurs, la réglementation ne fait pas état des indemnités journalières de l'AI. La nouvelle formulation est certes un peu plus complexe, mais elle a l'avantage d'être complète.

Al. 2^{bis}: Il s'agit des deux dernières phrases de l'actuel al. 2.

Art. 40a Fixation

L'art. précise qu'au décompte d'une année civile (p. ex. de l'année 2009), c'est la part fédérale déterminée sur la base du paiement principal du mois de décembre de l'année antérieure (dans l'ex. de l'année 2008), qui est applicable.

Art. 41 Versement et avances

Al. 2: Contrairement à la réglementation en vigueur, l'office fédéral est tenu d'accorder des avances trimestrielles. Sans la modification en cause, il y aurait discordance avec l'art. 42c OPC, qui fixe des échéances pour des sommes comparativement bien inférieures. C'est la loi sur les subventions (LSu) qui est applicable à la nouvelle LPC. Par conséquent, en application de l'art. 23, al. 2, LSu, le pourcentage maximal susceptible d'entrer en ligne de compte pour le versement des avances est abaissé à 80 pour cent.

Art. 42 Restitution

Les réglementations de la LSu suffisent, de sorte que l'al. 2 peut être abrogé. Cette suppression a également une incidence sur le titre de l'article.

Titre précédant art. 42a

Cf. commentaires ad titre précédant art. 39 OPC

Remarques liminaires ad art. 42a à 42d

(Les contributions de la Confédération aux frais d'administration)

La Confédération participe dorénavant également aux coûts administratifs afférents à la fixation et au versement des prestations complémentaires annuelles, et ce en proportion de la quote-part déterminante dans le cadre de la prestation complémentaire annuelle (cf. art. 24, al. 1, LPC). Au sens de l'al. 2, la Confédération peut établir un forfait par cas. On ne dit nulle part tout ce qui tombe sous le coup des frais administratifs. De plus, il n'existe pas de prescriptions uniformes pour les frais administratifs émergeant au domaine des prestations complémentaires. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral fait usage de sa compétence de prévoir un forfait par cas.

Art. 42a Montant du forfait par cas

Al. 1: Cet alinéa fixe le montant qui est versé par la Confédération. Au départ, on s'est basé sur une analyse - incomplète - des données comptables de l'année 2004 des caisses cantonale de compensation qui versent des PC. Les frais bruts (frais administratifs pour les PC annuelles et le remboursement des frais de maladie et d'invalidité) afférents à la mise en œuvre ont été divisés par le nombre des cas en cours. Ce procédé intègre donc également les frais des demandes rejetées, de sorte que celles-ci ne doivent pas faire l'objet d'un remboursement séparé. L'analyse a démontré qu'un échelonnement en fonction du nombre des cas était idoine. Des caisses de compensation gérant jusqu'à 2500 cas ont en moyenne des coûts plus élevés que des caisses de compensation gérant jusqu'à 15 000 cas. Quant aux caisses gérant entre 15 000 cas et plus, leurs frais sont encore plus bas. Dans la majorité des cantons, les comptabilités des caisses ne donnent aucune indication sur la part que

représentent les frais administratifs afférents au remboursement des frais de maladie et d'invalidité par rapport à l'ensemble des frais administratifs. On part de l'idée que cette part est de 15 pour cent. La part de la Confédération aux prestations complémentaires annuelles s'élève à 35,9 pour cent (base: calculs de l'OFAS pour le bilan global 2005).

Les montants forfaitaires par cas désormais arrêtés pourront être adaptés dans quelques années, lorsqu'on disposera de données et d'analyses plus précises.

Al. 2: De nos jours, le canton de Zurich connaît plus d'un organe d'exécution des PC. Au sens de l'art. 24, al. 1, LPC, les frais administratifs sont répartis entre la Confédération et les cantons, et non entre la Confédération et les organes PC. L'al. 2 sert à la clarification.

Art. 42b Détermination du nombre des cas

Al. 1: C'est l'office fédéral qui détermine le nombre de cas. De la sorte, les critères déterminants sont uniformes pour toute la Suisse.

Al. 2: Les cas communiqués à l'OFAS au sens de l'art. 39, al. 2 et 3, OPC, sont également déterminants pour la détermination du nombre des cas.

Al. 3: Il permet de garantir que les couples au sens de l'art. 9, al. 3, LPC, sont comptés comme deux cas. Dans le cadre du calcul séparé effectué pour un enfant au sens de l'art. 7, al. 1, let. c, OPC, l'enfant est considéré, sous l'angle du forfait par cas, comme un cas spécifique.

Art. 42c Fixation et versement

Al. 1: L'office fédéral fixe les montants.

Al. 2: Le nombre déterminant des cas pour l'année où la prestation est due est connu. Il n'y a dès lors pas lieu de verser des avances, ni de fournir un décompte en fin d'année. Le versement peut intervenir intégralement durant l'année où la prestation est due. L'évaluation des données du mois de décembre de l'année précédente est disponible à compter du mois d'avril. C'est la raison pour laquelle l'échéance de première tranche est fixée à fin mai.

Al. 3: Il règle le montant du versement de chaque tranche.

Art. 42d Restitution

La réglementation prévue à l'art. 42 OPC peut être appliquée par analogie.

Art. 45 Champ d'activité des institutions

Phrase introductive: Adaptation du renvoi à la loi entièrement révisée.

Let. a: Adaptation à l'âge de la retraite des femmes actuellement déterminant.

Let. c: Adaptation à l'âge de la retraite des veuves actuellement déterminant.

Art. 47 Dispositions générales sur l'octroi des prestations

Les prestations en espèces sont également versées par les banques, d'où l'adaptation correspondante de l'alinéa 2.

*Art. 48 Directives
(ne concerne que le texte allemand)*

Art. 52 Entre les services des cantons

La Confédération ne dispose plus que d'une compétence de réglementation (à l'exception de l'art. 14, al. 4, LPC) au niveau de la prestation complémentaire annuelle. Cela est mis en évidence par cet article.

*Art. 54 Entre les caisses de compensation et les autres organes
(ne concerne que le texte allemand)*

*Remarques liminaires ad art. 54a
(Coordination avec la réduction des primes dans l'assurance-maladie)*

Situation initiale

Pour bien cerner la problématique, il importe de bien distinguer deux niveaux. Il y a d'une part le niveau individuel (il concerne la relation entre le bénéficiaire PC et l'assurance) et d'autre part le niveau financement (il concerne le rapport comptable entre la Confédération et les cantons).

- Au niveau individuel, une personne au bénéfice de prestations complémentaires obtient, avec les prestations complémentaires le versement de la totalité du montant forfaitaire pour la prime d'assurance-maladie (prime moyenne cantonale ou régionale) (cf. art. 10 LPC). Au chapitre des revenus, le montant de la réduction de prime LAMal n'est pas pris en compte. En d'autres termes : Le bénéficiaire PC obtient le versement de la réduction de prime à laquelle il peut prétendre en vertu de l'art. 65, al. 1, LAMal, par le canal des PC. Le bénéficiaire PC n'a dès lors qu'un seul interlocuteur, à savoir l'organe PC. Cette réglementation reste inchangée sous l'empire de la RPT.
- Au niveau financement, dans le système actuel et vis-à-vis de la Confédération, les cantons procèdent au décompte des primes moyennes versées avec les PC par le canal de la réduction des primes LAMal. Pour éviter un subventionnement à double par la Confédération, les cantons sont tenus, dans le cadre du décompte de la subvention fédérale versée pour les prestations complémentaires, de faire état des revenus obtenus par le truchement de la réduction des primes LAMal (part du canton et de la Confédération).

Ce mode de faire est avantageux dans l'optique des cantons, dans la mesure où la contribution de la Confédération en matière de réduction des primes LAMal est au total de 2/3 (selon le canton, environ de 35 à 90 %), et qu'elle est par conséquent nettement supérieure à celle en vigueur sous l'angle des prestations complémentaires qui va - selon la capacité financière des cantons - de 10 à 35 pour cent.

Problème issu de la RPT

Avec l'entrée en vigueur de la RPT, le montant de la contribution financière de la Confédération change non seulement sous l'angle de la réduction des primes LAMal, mais également au chapitre des prestations complémentaires. Dès 2008, la Confédération participera forfaitairement à la réduction des primes LAMal à concu-

rence de 7,5 pour cent des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins. En raison du versement forfaitaire de sa contribution aux cantons, il ne sera désormais plus question d'un montant fixe des subsides fédéraux au volume global de la réduction des primes. Partant de l'hypothèse d'une évolution des coûts globaux de la réduction des primes du même ordre que celle des années précédentes, et moyennant un relèvement de l'ensemble des subsides fédéraux dans le cadre de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 10 mars 2005, on peut estimer que pour l'année 2008, la participation de la Confédération aux coûts de la réduction des primes LAMal oscillera entre 50 à 55 pour cent. Vu la disparition du lien entre les contributions cantonales et les subsides fédéraux, cette participation peut varier à l'avenir en fonction des réductions de primes que verseront les cantons. Dès 2008, la Confédération supportera 62,5 pour cent (5/8) des coûts destinés à la couverture des besoins vitaux en matière de prestations complémentaires. Par l'effet de cette inversion des attraits financiers, la tentation sera forte pour les cantons de passer désormais le plus possible, s'agissant du décompte et du financement, par le canal des prestations complémentaires.

En clair, il serait parfaitement envisageable que vis-à-vis de la Confédération, un canton se borne à décompter par le canal de la réduction des primes LAMal uniquement le montant de la réduction de prime afférente à la catégorie de revenus la plus basse en lieu et place de la prime moyenne cantonale ou régionale. Comme le premier montant cité peut, selon les cantons, s'avérer nettement plus faible que le second, un tel mode de faire viendrait majorer le montant appelé à être financé sous l'angle des besoins vitaux et, ce faisant, alourdir la facture de la Confédération au regard de sa participation à hauteur de 5/8.

Répercussions financières possibles sous l'angle de la RPT

L'hypothèse de départ pour le calcul des répercussions financières possibles est l'aperçu synoptique des systèmes cantonaux de réduction des primes, état mai 2005, établi par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). On part du principe que les cantons au sein desquels le montant de la réduction de prime LAMal afférent à la catégorie de revenus la plus basse est inférieur au montant de la prime moyenne cantonale ne vont verser, à l'avenir qu'un montant de réduction de prime correspondant à celui de la catégorie de revenus la plus basse. Pour les autres cantons, on part du principe que les deux montants - qui sont aujourd'hui égaux - continueront de l'être par la suite.

Par ce biais, les dépenses en matière de prestations complémentaires annuelles viendraient à augmenter d'environ 353 millions de francs par année. Dans la mesure où l'on se trouve dans la zone de la couverture du minimum d'existence, la Confédération serait appelée à participer financièrement à la dépense supplémentaire à concurrence de 62,5 pour cent. La Confédération pourrait être confrontée à des coûts supplémentaires totaux de l'ordre de 220 millions de francs par année.

En rapport avec la RPT, l'élément déterminant est que le bilan global ne tienne pas compte de modifications dans l'ampleur des réductions de primes à l'endroit des bénéficiaires de PC.

Base légale

Selon l'art. 9, al. 5, let. g, LPC, le Conseil fédéral règle la coordination avec la réduction des primes prévue par la LAMal. Cette délégation de compétence très

étendue autorise le Conseil fédéral à édicter une norme réglementaire qui excluerait toute charge supplémentaire du budget fédéral non compensée dans le bilan global.

Au regard de cette délégation de compétence, il importe d'adapter l'art. 54a OPC de manière à contraindre les cantons à ne *pas* décompter le montant forfaitaire pour l'assurance - vis-à-vis de la Confédération - par le biais des prestations complémentaires. Au sens de l'art. 10, al. 3, let. d, LPC, ce montant forfaitaire correspond au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins (couverture accidents comprise).

L'art. 9, al. 5, let. g, LPC, ne suffit toutefois pas pour prescrire aux cantons quelle réduction de prime ils doivent verser aux bénéficiaires de PC. Une prescription de cet ordre, qui touche le niveau individuel de la réduction des primes, devrait figurer dans la LAMal.

Décision du Conseil de direction politique RPT

Lors de sa séance du 30 juin 2006, le Conseil de direction politique RPT a entériné la solution basée sur le niveau de financement des prestations complémentaires (art. 54a OPC). Après la consultation auprès des cantons, il a confirmé cette décision à sa séance du 27 août 2007.

Art. 54a Coordination avec la réduction des primes dans l'assurance-maladie

Al. 1: Dans le bilan global RPT, on admet que le mode de décompte PC entre la Confédération et les cantons demeurera inchangé. Par cette disposition, on évite que la Confédération ne soit le cas échéant confrontée à une charge financière supplémentaire au cas où les cantons venaient à modifier leur pratique actuelle de réduction de primes à l'égard des bénéficiaires PC. La disposition ne prescrit pas aux cantons le montant de la réduction de prime LAMal qu'ils doivent verser aux bénéficiaires de PC.

Les coûts inhérents à la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins, qui sont pris en compte au chapitre des dépenses dans le calcul PC, sont compensés par les subsides alloués par la Confédération pour la réduction des primes LAMal.

Al. 2: Il peut être abrogé. Il n'est pas nécessaire d'avoir dans l'OPC une réglementation faisant état de la réduction de primes LAMal que les cantons sont en droit - pour les bénéficiaires d'une PC annuelle - de faire figurer au décompte destiné à la Confédération.

Al. 3: Comme l'art. 19 OPC est abrogé, on ne sait plus trop à quoi se réfère la dénomination „département“. En outre, adaptation du renvoi à la loi entièrement révisée.

Art. 55 Office fédéral des assurances sociales

Adaptation du renvoi à la loi entièrement révisée.

Art. 57 Approbation des prescriptions

Al. 1: Selon l'art. 29, al. 1, LPC, ce sont les dispositions d'exécution qui sont soumises à l'approbation, d'où adaptation correspondante. D'autres prescriptions cantonales éventuelles sont donc prises en compte par l'art. 29 LPC sans qu'il soit néces-

saire de les mentionner séparément. De plus, adaptation du renvoi à la loi entièrement révisée.

Al. 2: (*ne concerne que le texte allemand*)

Art. 58 Dispositions transitoires

Al. 1: Le département n'a plus de compétence de réglementation (cf. commentaires ad art. 19 OPC). Celle-ci peut dès lors être biffée.

Désormais, c'est à l'al. 1 que l'on dit quels sont les cas qui sont déterminants à la fixation de la part fédérale pour l'année 2008. Selon la nouvelle réglementation de l'art. 39, al. 2, OPC, ce seraient les cas du paiement principal pour le mois de décembre 2007. Cela étant, la réglementation n'entre en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2008. Les directives inhérentes aux modalités des annonces n'entrent elles aussi en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2008. C'est la raison pour laquelle il importe de fixer le montant de la part fédérale de la première année sur la base de l'annonce opérée pour le mois de décembre de la première année. Par conséquent, on ne pourra opérer que des versements provisoires en 2008. Une fois fixé le montant de la part fédérale, la totalité des paiements sera revue, en 2009, puis les versements rétroactifs ou en restitution compensés avec le montant de la part fédérale due pour l'année 2009 (fixation jusqu'à fin janvier 2010, cf. art. 41, al. 1, OPC).

Al. 2: Cette disposition est dépassée et peut dès lors être abrogé.

Désormais, c'est l'al. 2 qui prévoit quels sont les cas qui sont déterminants pour la fixation des forfaits par cas pour l'année 2008. Conformément à la nouvelle réglementation de l'art. 42b, al. 2, OPC, ce seraient les cas du paiement principal pour le mois de décembre 2007. Cela étant, la réglementation n'entre en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2008. Les directives inhérentes aux modalités des annonces n'entrent elles aussi en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2008. C'est la raison pour laquelle il importe de déterminer le nombre des cas de la première année sur la base de l'annonce opérée pour le mois de décembre de la première année. Par conséquent, on ne pourra opérer que des versements provisoires en 2008. Une fois fixé le nombre des cas déterminants, la totalité des paiements sera revue en 2009, puis les versements rétroactifs ou en restitution compensés au plus tard avec la deuxième tranche de l'année 2009 (versement jusqu'au 15 août 2009 au plus tard, cf. art. 42b, al. 2, OPC).