

De la LAMA à la LAA : le nouveau régime de l'assurance-accidents obligatoire

Autor(en): **Aubert, Gabriel**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse**

Band (Jahr): **76 (1984)**

Heft 1

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-386175>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

De la LAMA à la LAA:

Le nouveau régime de l'assurance-accidents obligatoire

Par Gabriel Aubert

chef de travaux à l'Université de Genève

chargé de cours à l'Université de Fribourg

I. Introduction

Le 1^{er} janvier 1984 est entrée en vigueur la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (ci-après: LAA), qui abroge et remplace le titre deuxième de la loi fédérale en cas de maladie et d'accidents, du 13 juin 1911 (ci-après: LAMA ou LAMA II). Sans prétendre aucunement à l'originalité, les lignes qui suivent ont pour objet de décrire schématiquement le système institué par la nouvelle loi et de mettre en évidence, à cette occasion, les traits essentiels qui distinguent cette dernière de la précédente. Naturellement, nous prendrons aussi en considération l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (ci-après: OLAA).

Notre exposé se divise en six parties: les risques assurés (II); les assurés (III); les assureurs (IV); les prestations (V); le financement (VI); les dispositions transitoires (VII).

On trouvera davantage de détails dans le Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet de loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976 (*Feuille fédérale* 1976 III 143), ainsi que dans l'ouvrage de P.-Y. Greber, *Droit suisse de la sécurité sociale*, Lausanne 1982, p. 247 à 322. On pourra également se référer à P. Mahon, *Institutions de sécurité sociale*, Lausanne 1983, p. 127 à 148. Ces deux auteurs proposent une riche bibliographie. Enfin, pour une approche historique, on consultera A. Berenstein, *De l'assurance sociale à la sécurité sociale: la réforme de l'assurance-accidents*, *Semaine judiciaire* 1979, p. 116 à 128.

II. Les risques assurés

1. Comme sous le régime de LAMA II, l'assurance couvre les cas *d'accidents professionnels, d'accidents non professionnels* et de *maladies professionnelles* (art. 6, al. 1 LAA).

2. La notion *d'accident* n'est pas définie par la loi. Le Conseil fédéral a cependant repris dans l'ordonnance la définition élaborée par le Tribunal fédéral des assurances sous l'empire de LAMA II. Par accident, on entend donc toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire (art. 9, al. 1 OLAA). Considérant la formule jurisprudentielle comme trop stricte, le législateur a autorisé le Conseil fédéral à inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui, bien que n'étant pas couvertes par l'acception traditionnelle du terme, doivent être *assimilées* à un accident (art. 6, al. 2 LAA). Ces atteintes se trouvent énumérées limitativement par l'ordonnance. Il s'agit de certaines lésions corporelles qui ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire (notamment les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures et les froissements de muscles, cf. art. 9, al. 2 OLAA).

3. A l'image de LAMA II, la loi distingue les *accidents professionnels* d'avec les *accidents non professionnels*.

Sont réputés *accidents professionnels* les accidents dont est victime l'assuré lorsqu'il exécute des travaux sur ordre de son employeur ou dans l'intérêt de ce dernier. Il faut y inclure les accidents survenus lors d'une interruption de travail, de même qu'avant ou après le travail, lorsque le travailleur se trouve, à bon droit, au lieu de travail ou dans la zone de danger liée à son activité professionnelle (art. 7, al. 1 LAA; art. 12 OLAA). Tous les accidents qui ne sont pas des accidents professionnels sont traités comme des *accidents non professionnels* (art. 8, al. 1 LAA).

En principe, les accidents qui se produisent sur le trajet que l'assuré doit emprunter pour se rendre au travail ou pour en revenir sont considérés comme des accidents non professionnels. Toutefois, pour les travailleurs à temps partiel dont la durée hebdomadaire de travail est inférieure à 12 heures par semaine (ces travailleurs ne sont assurés que contre les accidents professionnels, et non pas contre des accidents non professionnels), les accidents de trajet entrent dans la catégorie des accidents professionnels (art. 7, al. 2 LAA; art. 13 OLAA).

4. Les *maladies professionnelles* sont celles dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux (art. 9, al. 1 LAA). L'annexe 1 OLAA renferme la liste de ces substances et de ces travaux. Tandis que LAMA II se contentait d'une liste exhaustive, le législateur de 1981 n'a donné qu'un caractère exemplaire à celle établie par le Conseil fédéral. Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière

prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9, al. 2 LAA).

III. Les assurés

A. Les personnes assurées

1. Selon le régime de LAMA II, n'étaient obligatoirement assurés contre les accidents que les employés et ouvriers occupés en Suisse dans *certaines entreprises* énumérées limitativement par la loi ou par des dispositions d'exécution. Ces employés et ces ouvriers représentaient les deux tiers de l'ensemble des travailleurs. Aujourd'hui, l'assurance obligatoire couvre en principe *tous les travailleurs* occupés en Suisse (art. 1, al. 1 LAA).

Les travailleurs occupés au moins 12 heures par semaine sont assurés contre les accidents professionnels, les maladies professionnelles et les accidents non professionnels. Les travailleurs occupés moins de 12 heures par semaine ne sont assurés que contre les accidents et les maladies professionnels (art. 8, al. 2 LAA; art. 13 OLAA).

2. L'assujettissement à l'assurance obligatoire ne dépend pas de l'existence d'un *contrat de travail* au sens du titre X CO. Le critère est plus large. Il suffit d'un *rapport d'occupation*. Sont donc assurés, en l'absence même d'un contrat de travail, les stagiaires, les volontaires, les élèves des écoles de métiers ou des ateliers protégés. Il en va de même (rapprochement dont le Conseil fédéral porte seul la responsabilité) des détenus et des personnes appartenant à une communauté religieuse, durant leur occupation contre rémunération par des tiers, hors de l'établissement ou de la communauté (art. 1 LAA; art. 1 OLAA).

3. Bien que dans un rapport d'occupation, certaines personnes sont *exemptées* de l'assurance obligatoire. Il s'agit, notamment, des membres de la famille de l'employeur travaillant dans l'entreprise, qui ne touchent pas de salaire en espèces, jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils ont accompli leur vingtième année (art. 1, al. 2 LAA; art. 2, litt. a OLAA; art. 3, al. 2, litt. d LAVS), ainsi que des employés d'organisations internationales et d'Etats étrangers, dans la mesure où ils n'exercent pas une autre activité salariée (art. 1, al. 2 LAA; art. 3, OLAA).

La loi habilite le Conseil fédéral à exclure de l'assurance obligatoire les *personnes occupées de manière irrégulière* (art. 1, al. 2 LAA). Soucieux d'éviter une lacune dans la protection de ces salariés, le gouvernement n'a prévu qu'une minime exception: les personnes qui, outre une activité principale rémunérée, exercent une activité accessoire ou assument une charge accessoire dont la rétribution n'atteint pas 2000 fr. par année civile ne sont pas assurées à titre obligatoire pour cette seconde activité si la cotisation AVS n'a pas été perçue sur la rétribution y relative (art. 2, litt. d OLAA; art. 8 bis RAVS).

4. La mobilité internationale des travailleurs pose le problème du *champ d'application territorial* de la loi. Lorsqu'un employeur a son siège ou son domicile en Suisse et qu'il détache à l'étranger un travailleur qui était assuré à titre obligatoire en Suisse, ce dernier demeure couvert s'il reste lié par une relation de travail à son employeur et s'il possède à son égard un droit au salaire. Le rapport d'assurance est maintenu pendant un an. L'assureur peut, sur demande, porter cette durée à six ans au total. Lorsque l'employeur a son domicile ou son siège à l'étranger, les travailleurs qu'il détache en Suisse ne sont pas assurés pendant la première année. Ce délai peut être prolongé à certaines conditions. Toutefois, si le travailleur d'un tel employeur ne se trouve pas détaché mais engagé en Suisse, il est obligatoirement assuré (art. 2, al. 1 et 2 LAA; art. 4 et 6 OLAA). Des règles particulières s'appliquent aux entreprises de transport ou aux administrations publiques (art. 2, al. 3 LAA; art. 5 OLAA).

5. Outre l'assurance obligatoire, la loi institue une assurance *facultative* pour les personnes exerçant une activité lucrative indépendante et domiciliées en Suisse, ainsi que pour les membres de leur famille qui collaborent à l'entreprise, lorsqu'ils ne sont pas assurés à titre obligatoire (art. 4, al. 1 LAA).

L'assurance étant conçue pour des personnes exerçant une activité lucrative, les *ménagères* n'en bénéficient ni à titre obligatoire ni à titre facultatif. Leur cas doit être réglé dans le cadre de l'assurance-maladie (en voie de révision).

B. Début et fin de l'assurance

1. L'assurance obligatoire *commence* à déployer ses effets dès le premier jour de travail ou, s'il se produit plus tôt, dès le début du trajet emprunté par le travailleur pour se rendre à son travail (art. 3, al. 1 LAA). Cette règle s'applique quel que soit l'assureur. Si un travailleur soumis à l'assurance obligatoire n'est pas assuré lors d'un accident, une caisse supplétive (dont on reparlera plus bas) lui alloue les prestations légales d'assurance (art. 59, al. 3 LAA).

2. L'assurance obligatoire *cesse* de produire ses effets lorsque les rapports d'occupation ont pris fin, à moins que l'assuré continue de recevoir de son ancien employeur (sur la base du contrat de travail), de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance-maladie, de l'assurance-invalidité, du régime des allocations pour perte de gain aux militaires, de l'assurance-chômage, d'une caisse-maladie ou d'une assurance-maladie et accidents privée une indemnité équivalant au minimum à la moitié de son salaire (art. 3, al. 2 LAA; art. 7, litt. b OLAA). Dans ces éventualités, l'assurance obligatoire se trouve ainsi prolongée. En outre, l'assureur doit offrir à l'assuré la possibilité de prolonger encore l'assurance au-delà de son terme normal, par convention spéciale, pendant 180 jours au plus. La convention ad hoc doit être conclue avant l'expiration du rapport d'assurance (art. 3, al. 3 LAA; art. 8 OLAA).

IV. Les assureurs

A. Organisation

1. Sous le régime de LAMA II, l'assurance obligatoire (qui, on se le rappelle, ne couvrait qu'une partie des salariés) était gérée exclusivement par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). Aujourd'hui, l'assurance obligatoire généralisée à l'ensemble des salariés est gérée non seulement par la CNA, mais aussi par d'autres assureurs autorisés et par une caisse supplétive (art. 58 LAA). La renonciation au monopole de la CNA, dans le domaine de l'assurance obligatoire, a constitué l'un des choix politiques majeurs du législateur.

2. La CNA est trop connue pour qu'il soit utile de la décrire ici (art. 61 à 65 LAA). Sont assurés par elle les travailleurs des entreprises et des administrations que la loi désigne de manière exhaustive (art. 66 et 75 LAA; art. 73 à 89 et 98 OLAA). Le rapport d'assurance avec la CNA est fondé directement sur la loi et découle de la simple existence de la relation d'occupation (art. 59, al. 1 LAA).

3. Les *autres assureurs* sont soit des institutions privées d'assurance soumises à la loi du 23 juin 1968 sur la surveillance des assurances, soit des caisses publiques d'assurance-accidents, soit des caisses-maladie reconnues (art. 68, al. 1 LAA). Les assureurs qui désirent participer à la gestion de l'assurance-accidents obligatoire doivent solliciter l'autorisation de l'Office fédéral des assurances sociales, qui la leur accorde s'ils sont en mesure de gérer l'assurance conformément à la loi. L'Office tient un registre public des assureurs autorisés (art. 68, al. 2 LAA; art. 90 OLAA).

Ces autres assureurs couvrent les personnes (travailleurs, indépendants) que la CNA n'a pas la compétence d'assurer (art. 68, al. 1 LAA). Le rapport d'assurance est fondé sur un contrat (art. 59, al. 2 LAA). L'employeur assure tous ses travailleurs auprès d'un seul assureur (art. 69 LAA).

4. Les assureurs autres que la CNA créent une *caisse supplétive* sous la forme d'une fondation, dont le conseil est composé paritairement de représentants des assureurs et des organisations d'employeurs et de travailleurs (art. 72, al. 1 LAA). Cette caisse verse les prestations légales aux travailleurs victimes d'un accident que la CNA n'a pas la compétence d'assurer et qui n'ont pas été assurés par leur employeur (art. 73, al. 1 LAA). La caisse supplétive peut attribuer à un assureur les employeurs qui, malgré sommation, n'ont pas assuré leurs travailleurs (art. 73, al. 2 LAA).

5. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire ne sont pas conçues de manière à couvrir, dans tous les cas, la totalité du préjudice causé par un accident. Les assurés demeurent libres de conclure, *auprès de l'assureur de leur choix*, une assurance complémentaire.

6. Les assureurs doivent appliquer la loi de manière uniforme. Leur *autorité de surveillance* est l'Office fédéral des assurances sociales. Toutefois, c'est l'Office fédéral des assurances privées qui exerce la surveillance sur les institutions d'assurance soumises à la loi sur la surveillance des assurances dans les limites de cette législation. Les deux offices coordonnent leur activité (art. 79, al. 1 LAA; art. 104 OLAA).

B. Procédure

1. Qu'ils soient un établissement de droit public (comme la CNA) ou des institutions de droit privé (comme les compagnies d'assurance), les assureurs remplissent une tâche de droit public dans le cadre de la gestion de l'assurance-accidents obligatoire. Ils doivent, en conséquence, respecter certains *principes de procédure*. La CNA applique la loi fédérale sur la procédure administrative. Toutefois, elle met en œuvre les dispositions de procédure de la LAA dans la mesure où ces dernières contiennent une réglementation divergente. Les compagnies privées d'assurance, quant à elles, n'appliquent pas la loi fédérale sur la procédure administrative. Elles doivent néanmoins respecter les dispositions spéciales de procédure prévues par la LAA (art. 96 LAA).

2. Sur les rapports entre assurés et assureurs, relevons seulement ce qui suit. En matière de primes et de prestations, les assureurs prennent des *décisions*, qui doivent être motivées et indiquer les voies de droit (art. 99 LAA). Ces décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie *d'opposition* auprès de l'institution qui les a notifiées (art. 105, al. 1 LAA). *Recours* est ouvert auprès d'un tribunal désigné par le canton (Tribunal cantonal des assurances) contre les décisions sur opposition. Le délai est de trois mois pour les décisions portant sur les prestations d'assurance et de trente jours dans les autres cas (art. 106 et 107 LAA). Les arrêts des tribunaux cantonaux des assurances peuvent être déférés au Tribunal fédéral des assurances par la voie du *recours de droit administratif*, dans les trente jours (art. 110 LAA).

V. Les prestations

A. Description

1. En comparaison avec le régime de LAMA II, la LAA introduit quelques innovations notables. Nous nous contenterons d'un bref survol de ce domaine en signalant certains des changements les plus importants.

2. Les prestations peuvent se diviser en *trois catégories*: les prestations pour soins et en remboursement de frais; les prestations de remplacement du gain manqué ou du soutien; enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. De manière semblable au régime de LAMA II, bien que sous une présentation systématique nouvelle, les *prestations pour soins et en*

remboursement de frais couvrent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 11 LAA), les moyens auxiliaires destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction (art. 11 LAA), les dommages causés aux objets qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps (art. 12 LAA), les frais de voyage, de transport et de sauvetage (art. 13 LAA), les frais de transport du corps et les frais funéraires (art. 14 LAA), ainsi que le besoin que peut avoir l'assuré de l'aide permanente d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes ordinaires de la vie (allocation pour impotent, art. 26 et 27 LAA).

4. Les *prestations en remplacement du gain ou d'un soutien*, comme sous le régime de LAMA II, se composent des indemnités journalières (l'expression: «indemnité de chômage» de LAMA II a été abandonnée), de la rente d'invalidité et de la rente de survivants, dont bénéficient le conjoint et les enfants (à l'exclusion des parents, aïeuls, frères et sœurs, contrairement au régime de LAMA II).

Les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le *gain assuré*. C'est le Conseil fédéral qui fixe ce dernier, en veillant à ce qu'au moins 92%, mais pas plus de 96% des travailleurs assurés soient couverts pour le gain intégral. Actuellement, le montant maximum du gain assuré s'élève à 69 600 fr. par an et à 191 fr. par jour (art. 15 LAA; art. 22, al. 1 OLAA).

5. Durant son traitement, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une *indemnité journalière*, compensant la perte de gain (art. 16, al. 1 LAA).

Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident (art. 16, al. 2 LAA), mais la nouvelle loi oblige l'employeur à verser au moins quatre cinquièmes du salaire pendant le délai d'attente (art. 324b. al. 3 CO, révisé lors de l'adoption de la LAA). Le droit à l'indemnité *s'éteint* dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'il reçoit une rente d'invalidité ou, naturellement, à son décès (art. 16, al. 2 LAA).

L'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail, à *80% du gain assuré*, comme dans le cadre de LAMA II. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence (art. 17, al. 1 LAA).

6. N'y a-t-il pas lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration et les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont-elles été menées à terme, l'assuré est réputé *invalide* lorsque sa capacité de gain subit une atteinte vraisemblablement permanente et de longue durée. Il a droit, alors, à une *rente d'invalidité* et ne touche plus les indemnités journalières (art. 18 et 19 LAA).

Sous le régime de LAMA II, l'invalidité était évaluée selon un critère économique, mais le critère médical conservait une certaine importance,

en particulier lorsque l'atteinte était peu grave. Aujourd'hui, *l'évaluation de l'invalidité* procède d'un calcul purement *économique*. On compare le revenu du travail que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui (après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail), d'une part, avec, d'autre part, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 18, al. 2 LAA). Cette méthode est celle retenue dans le cadre de l'AI. La rente d'invalidité s'élève à *80% du gain assuré*, en cas d'invalidité totale (sous le régime de LAMA II, le taux était de 70%). Si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence (art. 20, al. 1 LAA). Lorsque l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, l'assurance-accidents lui alloue une *rente complémentaire* (art. 20, al. 2 LAA).

7. La réglementation concernant les *rentes de survivants* mériterait une étude détaillée. Relevons seulement que le législateur s'est efforcé, bien que dans une mesure limitée, de mettre en œuvre le principe de l'égalité des sexes. Les rentes de survivants se montent, pour les veuves et pour les veufs, à 40% du gain assuré (sous le régime de LAMA II, le taux était de 30%); pour les orphelins de père ou de mère, à 15%; pour les orphelins de père et de mère, à 25% (taux inchangés). En cas de concours de plusieurs survivants, le montant total des rentes est de 70% du gain assuré au maximum (60% dans le cadre de LAMA II). Lorsque ce montant serait dépassé, l'on procède à une répartition proportionnelle (art. 31 LAA).

8. Vu le caractère purement économique de l'évaluation de l'invalidité, le législateur a prévu une *indemnité spéciale* en cas d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique ou mentale de l'assuré (art. 24, al. 1 LAA). Cette indemnité, qui est allouée même si l'atteinte n'a pas d'effet sur la capacité de gain de l'assuré, n'existait pas sous le régime de LAMA II. *L'atteinte à l'intégrité* est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit une altération évidente ou grave (art. 36, al. 1 OLAA). L'annexe 3 de l'OLAA renferme des directives pour le calcul de l'atteinte à l'intégrité. L'indemnité est versée sous forme de capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident (art. 25, al. 1 LAA).

9. Comme on l'a dit, les prestations prévues par la LAA ne suffisent pas toujours pour couvrir le préjudice effectivement survenu. Les assurés peuvent donc conclure une *assurance-accidents complémentaire* auprès d'une compagnie privée. Voici quelques exemples de couverture complémentaire.

a) *Prestations pour soins et en remboursement de frais.* Lors d'un traitement à l'hôpital, la LAA ne paie que les frais de traitement en salle commune (art. 10, al. 1, litt. c LAA et 15, al. 1 OLAA). De plus, les frais de traitement, de voyage, de transport et de sauvetage à l'étranger ne sont remboursés que jusqu'à concurrence d'un certain montant (art. 10, al. 3 et 13, al. 2 LAA; art. 17 et 20, al. 2 OLAA). L'assurance complémentaire à la LAA peut donc couvrir les frais supplémentaires entraînés par un traitement hospitalier en section privée, ainsi que les frais encourus à l'étranger qui ne sont pas remboursés selon la loi.

b) *Prestations en remplacement du gain ou du soutien.* Les indemnités journalières, les rentes d'invalidité et de survivants sont calculées d'après le gain assuré, dont le maximum a été fixé à 69 600 fr. par le Conseil fédéral (art. 22, al. 1 OLAA). La part du salaire dépassant ce montant, dite salaire excédentaire, n'est ainsi pas assurée. De plus, l'indemnité journalière n'est versée qu'à partir du troisième jour qui suit celui de l'accident. L'employeur ne doit verser que les quatre cinquièmes du salaire pendant le délai d'attente. Encore faut-il que toutes les conditions fixées par le Code des obligations à cet égard soient remplies (art. 16, al. 2 LAA; art. 324a et 324b CO). Enfin, les cas d'invalidité et de décès causent des frais exceptionnels pour lesquels la LAA ne prévoit aucune prestation. Dans chacune de ces hypothèses, l'assurance complémentaire permet une meilleure couverture. L'indemnité journalière et les rentes peuvent être calculées sur les salaires excédentaires. L'assurance peut aussi prendre à sa charge le délai d'attente de deux jours et la différence entre les 80% du gain assuré et le salaire complet. Elle peut encore offrir le versement d'un capital en cas d'invalidité ou de décès.

c) Selon la LAA, la couverture de *l'atteinte à l'intégrité* est limitée (art. 25, al. 1 LAA). L'assurance complémentaire peut prévoir le versement d'un capital non seulement à des conditions moins strictes, mais encore par un montant plus élevé.

B. Réduction et refus des prestations

1. La LAA introduit quelques règles nouvelles s'agissant des circonstances dans lesquelles l'assureur peut réduire ou refuser les prestations.

2. Selon le régime de LAMA II, la CNA pouvait réduire les prestations autres que les soins médico-pharmaceutiques lorsque l'atteinte à la santé n'était que *partiellement imputable à l'accident*. La LAA est plus généreuse. Dans une telle hypothèse, non seulement les prestations pour soins et en remboursement de frais (y compris l'allocation pour impotent), mais encore les indemnités journalières échappent à la réduction. En revanche, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable (et non pas proportionnelle, comme sous l'empire de LAMA II; art. 36 LAA).

3. Comme sous le régime de LAMA II, lorsque l'assuré a *provoqué intentionnellement l'atteinte* à la santé ou le décès, aucune prestation n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires (art. 37, al. 1 LAA). Cette disposition n'est toutefois pas applicable si, au moment où il a agi, l'assuré était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement ou si le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation est la conséquence évidente d'un accident couvert par l'assurance (art. 48 OLAA).

Selon le régime de LAMA II, lorsque l'accident avait été *provoqué par une négligence grave*, toutes les prestations, sauf les frais funéraires, étaient réduites. Aujourd'hui, dans une telle hypothèse, les prestations pour soins et en remboursement de frais (sauf l'allocation pour impotent) ne sont pas réduites. Il en va différemment, cependant, des prestations en remplacement du gain manqué ou du soutien, ainsi que de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et de l'allocation pour impotent, qui, elles, sont obligatoirement réduites. Toutefois, la réduction ne peut excéder la moitié du montant des prestations lorsque l'assuré doit, au moment de l'accident, pourvoir à l'entretien de proches auxquels son décès ouvrirait le droit à des rentes de survivants ou lorsqu'il décède des suites de l'accident (art. 37, al. 2 LAA). La réduction des prestations en cas de négligence grave, dans le domaine des accidents et des maladies professionnels, est contraire aux engagements internationaux de la Suisse (art. 69, litt. e et f de la convention No 102 de l'OIT concernant la norme minimum de la sécurité sociale (1952) et art. 68, litt. e et f du Code européen de sécurité sociale).

Lorsque l'assuré a provoqué l'accident en commettant un *crime ou un délit*, les prestations en remplacement du gain manqué ou du soutien, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et l'allocation pour impotent peuvent être réduites, voire même, dans les cas graves, supprimées. Il s'agit là seulement d'une faculté. La réduction est limitée à la moitié dans les mêmes circonstances que celles visées ci-dessus au sujet de la négligence grave (art. 27, al. 3 LAA).

4. Lorsqu'un *survivant* a provoqué intentionnellement le décès de l'assuré, il n'a pas droit à une rente. Lorsque le survivant a provoqué le décès de l'assuré par une négligence grave, la rente est réduite. Dans les cas particulièrement graves, elle peut être refusée (art. 38 LAA).

5. Dans le régime de LAMA II, toute prestation était en pratique exclue lorsque l'accident non professionnel résultait d'un danger extraordinaire ou d'une entreprise téméraire (art. 67, al. 3 LAMA). La nouvelle réglementation est plus souple. Elle renferme des nuances qui susciteront certainement des difficultés d'application.

Dans le domaine de l'assurance des accidents non professionnels, le Conseil fédéral a la faculté de définir les dangers extraordinaires et les entreprises téméraires qui peuvent motiver soit le refus de toutes les prestations, soit la réduction des prestations en remplacement du gain

ou du soutien, de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et de l'allocation pour impotent (art. 39 LAA). Les dangers extraordinaires sont énumérés limitativement (art. 49 OLAA), tandis que les entreprises téméraires font l'objet d'une définition générale (art. 50 LAA).

VI. Financement

1. C'est au moyen des primes qu'est financée l'assurance-accidents. Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents et les maladies professionnels sont à la *charge* de l'employeur, tandis que les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents non professionnels sont à la charge du travailleur. Toutefois, ces dernières primes peuvent aussi être prises en charge par l'employeur (art. 91, al. 1 et 2 LAA).

Il incombe à l'employeur de *verser* à l'assureur la totalité des primes et de déduire du salaire du travailleur la part de ce dernier. Cette réduction ne peut être opérée, pour une période de salaire, que sur le salaire de ladite période ou de la période qui suit immédiatement. L'employeur qui n'effectue pas à temps les déductions est donc personnellement comptable de la totalité des primes dues (art. 91, al. 3 LAA).

2. La *caisse supplétive* est financée au moyen d'une part des primes d'assurance-accidents que les assureurs affectent spécialement à cet effet (art. 72, al. 2 LAA).

3. Les assureurs fixent les primes en *pour-mille du gain assuré*. Celles-ci se décomposent en primes nettes correspondant au risque et en suppléments destinés notamment aux frais d'administration et de prévention des accidents et des maladies professionnels. Il ne doit pas y avoir de différence importante entre les suppléments de prime CNA et ceux des autres assureurs (art. 92, al. 1 LAA).

4. Les cotisations prélevées pendant un *exercice* doivent permettre de couvrir toutes les prestations dues en raison des accidents survenus pendant cet exercice, même celles qui devront être versées plus tard (art. 90 LAA).

5. Les assureurs peuvent passer des *conventions* avec, notamment, les médecins, les dentistes ou les pharmaciens, ainsi qu'avec les établissements hospitaliers et les établissements de cure, afin de régler leur collaboration et de fixer les tarifs. Ils peuvent confier le traitement des assurés aux seuls signataires de ces conventions. En l'absence de convention, le Conseil fédéral édicte les prescriptions nécessaires après avoir consulté les intéressés (art. 56 LAA).

VII. Dispositions transitoires

1. L'entrée en vigueur du nouveau régime de l'assurance-accidents obligatoire pose, du point de vue du droit transitoire, des problèmes de

deux types. Il s'agit de déterminer, d'une part, dans quelle mesure la LAA s'applique à des accidents survenus avant le 1^{er} janvier 1984 et, d'autre part, de régler le sort des contrats d'assurance-accidents en cours à cette date.

2. Les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant le 1^{er} janvier 1984 sont régies par LAMA II (art. 118, al. 1 LAA). Toutefois, sur quelques points, les assurés de la CNA sont soumis aux dispositions de la LAA dès son entrée en vigueur. Voici quelques exemples.

Nous avons vu que la réglementation de la réduction des prestations lorsque l'accident ou la maladie professionnels a été provoqué par une faute grave est plus favorable dans le cadre de la LAA que dans celui de LAMA II. Lors même que l'accident s'est produit avant le 1^{er} janvier 1984, les ayants droit qui ont vu leurs prestations réduites selon l'article 98, al. 3 LAMA sont mis au bénéfice de l'article 37, al. 2 LAA. En deuxième lieu, même dans les cas où l'accident s'est produit avant le 1^{er} janvier 1984, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité, les allocations pour impotent, les rentes de survivants ainsi que les frais de transport du corps et les frais funéraires sont déterminés, pour les assurés de la CNA, selon la LAA, si le droit naît après l'entrée en vigueur de la loi (art. 118, al. 2, litt. b et c LAA). Enfin, les prestations d'assurance sont allouées dès le 1^{er} janvier 1984 pour toutes les maladies professionnelles qui figurent à l'annexe 1 OLAA, même pour les maladies qui, antérieures à cette date, n'entraient pas sous le régime de LAMA II dans la catégorie des maladies professionnelles (art. 145 OLAA).

3. Les contrats ayant pour objet l'assurance-accidents des travailleurs sont caducs dès l'entrée en vigueur de la LAA pour les risques couverts par ce texte. Les primes payées d'avance pour la période postérieure au 1^{er} janvier 1984 seront restituées. Demeurent réservés les droits nés d'accidents survenus avant la caducité des contrats (art. 119 LAA).

La caducité des contrats d'assurance existants intervient de manière différenciée. Les contrats d'assurance collective, conclus par des employeurs en faveur de leur personnel ou par des organisations ou des groupes de travailleurs et ayant pour objet des risques couverts par la LAA sont caducs dès le 1^{er} janvier 1984. Au vu de leurs conditions générales, le Conseil fédéral a sans doute estimé que ces contrats devaient de toute façon être revus (art. 147, al. 1 OLAA). En revanche, les contrats d'assurance-accidents conclus par des travailleurs pour des risques couverts par l'assurance-accidents obligatoire ne sont caducs dès le 1^{er} janvier 1984 que s'ils ont été dénoncés par écrit pour cette date ou s'ils le sont jusqu'au 30 juin 1984. Les primes payées d'avance seront remboursées. Il incombe aux assureurs d'attirer de manière appropriée l'attention de leurs clients sur leur droit de résiliation. Ces contrats, qui

peuvent prévoir une couverture plus favorable que celle imposée, comme un minimum, par la LAA, doivent faire l'objet d'un examen cas par cas (art. 147, al. 2 OLAA). Enfin, la clause concernant les accidents incluse dans des contrats d'assurance multirisque peut être dénoncée de la même manière que les contrats individuels d'assurance, sauf s'il s'agit d'assurances sur la vie. Ici encore, compte tenu de leur complexité, de tels contrats méritent un traitement individuel (art. 147, al. 3 OLAA).

VIII. Conclusion

Une définition plus large des risques assurés; l'extension de l'assurance obligatoire à tous les salariés en Suisse; la gestion de l'assurance obligatoire non seulement par la CNA, mais aussi par d'autres assureurs, notamment des compagnies privées; l'amélioration, sur de nombreux points, des prestations: voilà les principales innovations apportées par la LAA. Il y en a d'autres, que nous n'avons pas traitées ici. Mentionnons seulement, parce qu'elles revêtent une importance particulière, le renforcement de la prévention des accidents, d'une part, et, d'autre part, un effort notable de coordination entre la branche de l'assurance-accidents et les autres branches de la sécurité sociale.