

RECOMMANDATIONS RELATIVES A L'APPLICATION DE LA LAA ET DE L'OLAA

N°01/2017 : Assureurs compétents en cas d'implication de plusieurs assureurs

Remplace les Recommandations n° 20/83, 6/84, 21/84, 22/84, 6/87, 1/88, 3/89, 4/89, 2/97 et 2/98

Index

1. Introduction	3
2. Concours de plusieurs couvertures d'assurances	3
2.1. Situation de départ.....	3
2.2. Début de la couverture d'assurance dans des cas particuliers	4
2.2.1. Cours de formation et activités préparatoires	4
2.2.2. Couverture uniquement en cas d'accident professionnel	4
2.2.3. Résiliation d'un contrat de travail avant son entrée en vigueur.....	5
2.3. Accident professionnel.....	5
2.3.1. Compétence	5
2.3.1.1 Remarque générale.....	5
2.3.1.2 Emploi auprès de plusieurs employeurs	5
2.3.1.3 Sportif professionnel en période de transfert	5
2.3.2. Répartition des prestations d'assurance	6
2.4. Accident non professionnel	6
2.4.1. Compétence	6
2.4.1.1 Remarque générale.....	6
En cas d'accident non professionnel, la compétence revient à l'assureur de l'employeur, auprès duquel la personne assurée était employée en dernier lieu avant l'accident et où il bénéficiait de la couverture ANP (cf. art. 77 al. 2 LAA et 99 al. 2 1 ^{ère} phrase OLAA).....	6
2.4.1.2 Allocation des prestations en cas de pluralité d'employeurs	6
2.4.1.3 Collision entre la couverture prolongée et une nouvelle couverture pour accidents ANP	6
2.4.1.4 En cas de chômage.....	6
2.4.2. Répartition des prestations d'assurance	6
2.5. Accident sur le chemin du travail.....	7

2.5.1.	Compétence	7
2.5.2.	Répartition des prestations d'assurance	10
2.6.	Cas de maladie professionnelle	10
2.6.1.	Règle générale	10
2.6.2.	Pneumoconiose et lésions de l'ouïe dues au bruit	10
2.6.3.	Travail simultané pour plusieurs employeurs	10
3.	Concours de plusieurs évènements accidentels assurés.....	11
3.1.	Obligation de fournir des prestations en cas de nouvel accident	11
3.1.1.	Simultanément à un traitement et un droit à des indemnités journalières dus à un accident précédent assuré (art. 100 al. 1 OLAA).....	11
3.1.1.1	Les faits.....	11
3.1.1.2	Gestion des cas et obligation de fournir des prestations.....	11
3.1.1.3	Participation aux coûts	11
3.1.2.	Simultanément à un traitement pour un accident précédent assuré sans droit aux indemnités journalières (cf. art 100 al. 2 OLAA)	12
3.1.2.1	Les faits.....	12
3.1.2.2	Gestion des cas et obligation de fournir des prestations.....	12
3.1.2.3	Participation aux coûts	12
3.1.3.	Collision entre un état antérieur assuré et un nouvel évènement	13
3.1.3.1	Situation de départ	13
3.1.3.2	Compétence et obligation de fournir des prestations	13
3.2.	Rechute et séquelles tardives	13
3.2.1.	Rechute et séquelles tardives simultanément à un traitement ou droit à des indemnités journalières pour un autre accident.....	13
3.2.2.	Rechute et séquelles tardives en l'absence de traitement médical ou de droit à une indemnité journalière en raison d'un autre accident	13
3.2.2.1	Gestion des cas et obligation de fournir des prestations.....	13
3.2.2.2	Participation aux coûts	14
3.3.	Rentes, indemnité pour atteinte à l'intégrité et allocation pour impotent.....	14
3.3.1.	Nouvelle rente, indemnité pour atteinte à l'intégrité ou allocation pour impotent (cf. art. 100 al. 5 OLAA)	14
3.3.1.1	Les faits.....	14
3.3.1.2	Compétence.....	14
3.3.1.3	Répartition des coûts.....	15
3.3.2.	Augmentation de la rente d'invalidité en cours ou de l'allocation pour impotent (art. 100 al.6 OLAA).....	15
3.3.2.1	Les faits.....	15
3.3.2.2	Compétence et obligation de fournir des prestations.....	15
3.3.2.3	Participation aux coûts	16
3.4.	Rentes d'orphelins	16
4.	Directives communes	16
4.1.	Priorités	16
4.2.	Obligation provisoire d'allouer des prestations	16

4.3.	Tentative d'accord et prises de décision en cas de litiges	17
4.4.	Opposition.....	17
5.	Statistiques et recours.....	18
6.	Prise en compte du gain obtenu en cas de plusieurs activités couvertes par la LAA 18	
6.1.	Indemnités journalières	18
6.1.1.	Règle générale	18
6.1.2.	Assurance facultative.....	18
6.1.3.	Activités assurées seulement en cas d'accidents professionnels.....	18
6.1.4.	En cas de couvertures entrant simultanément en ligne de compte.....	18
6.2.	Rentes	19
6.2.1.	Revenu de personne valide ou invalide	19
6.2.2.	Gain annuel assuré.....	19
7.	Validité et réglementation transitoire.....	19

1. Introduction

La présente Recommandation règle les questions relatives aux cas dans lesquels plusieurs assurances-accidents LAA entrent en concours.

Il y a lieu d'éviter aux personnes assurées tout préjudice découlant de conflits entre assureurs. En particulier il s'agit d'éviter que la personne assurée se voie contrainte d'introduire une procédure portant sur la compétence, lorsque deux ou plusieurs assureurs refusent d'endosser leur responsabilité en ce qui concerne les troubles actuels et leurs séquelles.

2. Concours de plusieurs couvertures d'assurances

2.1. Situation de départ

Une personne assurée auprès de deux ou plusieurs assureurs selon la LAA subit un accident ou est victime d'une maladie professionnelle.

Une couverture auprès de plusieurs assurances peut se produire lorsque

- La personne est employée par plusieurs employeurs ;
- La personne a un emploi comme employé et qu'elle exerce en même temps une activité indépendante et que dans ce dernier cas elle a contracté une assurance à titre facultatif selon l'art. 4 de la LAA (AFC);

- La personne a changé d'emploi et se trouve encore dans la période transitoire (y compris assurance par convention) avant de commencer son nouveau poste et aussi avant de se retrouver dans une nouvelle situation d'employé.
- Pendant la période transitoire (y compris lors de la prolongation de couverture de l'assurance par convention spéciale), les conditions du droit aux prestations figurant à l'art. 8 LACI sont remplies ou que des indemnités sont versées au titre de l'art. 29 LACI
- Que la personne assurée contracte une assurance AFC pendant la période de prolongation de droits (y compris assurance par convention spéciale).

2.2. Début de la couverture d'assurance dans des cas particuliers

2.2.1. Cours de formation et activités préparatoires

Toute activité préparatoire ainsi que les cours en eux-mêmes effectués avant le début effectif d'un contrat de travail (cf. art. 3 alinéa 1 LAA) ne signifient l'entrée en vigueur de la couverture d'assurance que dans des cas exceptionnels, à savoir

- lorsque le salaire est versé pour cette période ou
- lorsque ces activités sont effectuées dans le cadre de l'entreprise ou
- lorsque les cours préparatoires ou les activités préparatoires sont effectuées sur demande/ordre et dans l'intérêt explicite de l'employeur ou
- lorsque les cours et activités préparatoires constituent une partie intégrante de l'activité professionnelle future (par exemple temps de formation pour un enseignant etc.)

Les cours et activités préparatoires doivent :

- correspondre de façon prépondérante et spécifique à la nature et à la finalité de la nouvelle activité professionnelle (donc pas de cours de formation continue d'ordre général),
- avoir un lien évident de la matière avec l'activité professionnelle à venir et
- atteindre une certaine intensité et durée du point de vue temps et organisation (pas d'activité simplement effectuée pour passer le temps).

Les activités préparatoires liées à une nouvelle activité professionnelle dans le futur (par ex. lancement d'une nouvelle entreprise, négociations de contrat, négociations avec un partenaire et des banques, location et aménagement d'un local commercial etc.), qui sont entamées par les personnes destinées à diriger ensuite les organes d'une future société (Sàrl, SA etc.) ne donnent pas droit à un début anticipé de la couverture d'assurance LAA.

Pour les travailleurs indépendants le début effectif de la couverture est celui défini par le contrat d'assurance AFC.

2.2.2. Couverture uniquement en cas d'accident professionnel

Lorsqu'un contrat de travail ne comprend qu'une couverture en cas d'accident professionnel, la couverture d'assurance devient effective également dès le premier jour de l'entrée en vigueur du contrat de travail ou dès le droit au premier salaire. Seuls sont assurés les accidents sur le chemin du travail ou au travail.

Par conséquent il convient de tenir compte du gain issu d'un tel contrat en cas de présence de plusieurs activités lors du calcul du gain assuré, même avant le début effectif du travail ou du chemin du travail, dans la mesure où un autre contrat de travail justifie une couverture d'un événement accidentel (cf. 6 ci-dessous).

2.2.3. Résiliation d'un contrat de travail avant son entrée en vigueur

Si un accident se produit avant le début du nouveau contrat de travail ou d'un nouveau droit à un salaire et que cet événement entraîne la résiliation dudit contrat de travail avant son entrée en vigueur, aucune couverture d'assurance n'en résulte.

2.3. Accident professionnel

2.3.1. Compétence

2.3.1.1 Remarque générale

Lorsqu'un travailleur a plusieurs employeurs et qu'il est victime d'un accident professionnel, il incombe à l'assurance-accidents de l'employeur où le travailleur était en service lorsqu'il a été victime de cet accident (cf. art. 99 al. 1 OLAA) de prendre en charge l'accident en question.

2.3.1.2 Emploi auprès de plusieurs employeurs

Lorsqu'une personne exerce une activité pour plusieurs employeurs en même temps (par exemple en tant que représentant commercial) ou que l'assureur compétent au titre de l'art. 99 al. 1 OLAA ne peut être déterminé pour d'autres raisons et que cette personne subit un accident professionnel, l'assureur auprès duquel le gain le plus important est assuré doit prendre le sinistre en charge (cf. art. 99 al. 3 OLAA).

2.3.1.3 Sportif professionnel en période de transfert

Lorsqu'un sportif professionnel change de club (par ex. footballeur de la Super League), la plupart du temps il reprend l'entraînement bien des semaines avant le début du nouveau contrat, mais perçoit souvent encore le salaire du club précédent. Pour les accidents survenant lors de cet entraînement au sein du nouveau club, mais qui ont lieu durant la période où il est encore sous contrat de l'ancien club, c'est l'assureur-accidents de l'ancien club qui est compétent.

2.3.2. Répartition des prestations d'assurance

En cas d'accident professionnel, il n'est pas prévu d'exiger une participation de la part d'autres assureurs.

2.4. Accident non professionnel

2.4.1. Compétence

2.4.1.1 Remarque générale

En cas d'accident non professionnel, la compétence revient à l'assureur de l'employeur, auprès duquel la personne assurée était employée en dernier lieu avant l'accident et où il bénéficiait de la couverture ANP (cf. art. 77 al. 2 LAA et 99 al. 2 1^{ère} phrase OLAA).

2.4.1.2 Allocation des prestations en cas de pluralité d'employeurs

Si l'assureur de l'employeur où la personne assurée était employée en dernier lieu et était assurée contre les accidents non professionnels ne peut pas être déterminé, l'assureur compétent sera celui où le gain assuré est le plus élevé (cf. art. 99 al. 3 OLAA).

2.4.1.3 Collision entre la couverture prolongée et une nouvelle couverture pour accidents ANP

Si une personne vient à bénéficier d'une nouvelle couverture LAA pour accidents professionnels et non professionnels, parce qu'elle se retrouve dans une nouvelle situation d'employée ou a de nouvelles prétentions salariales, ce nouveau contrat et la nouvelle couverture vont primer sur le droit à la prolongation de couverture d'une activité précédente (cf. [arrêt du TFA U 84/03 du 8 mars 2004](#)), même si la personne assurée n'a pas encore eu le temps d'entrer en activité dans le cadre du nouveau contrat de travail. La couverture prolongée a uniquement pour but de combler les lacunes en matière d'assurance-accidents, ce qui la rend subsidiaire à un nouveau contrat.

Dans ces cas-là il n'y a pas lieu d'appliquer l'art. 99 al. 2 OLAA.

2.4.1.4 En cas de chômage

En cas de collision de la couverture prolongée par suite d'un emploi précédent d'une durée de 31 jours selon l'art. 3 al. 2 LAA ou d'une assurance par convention spéciale selon l'art. 3 al. 3 LAA avec la couverture suivante du point de vue chronologique au titre de l'OAAC, c'est cette dernière qui prévaut (cf. [ATF 127 V 176](#)).

En ce qui concerne les limites de la couverture au titre de l'OAAC et de la couverture en cas de gain intermédiaire, il convient de se référer à l'art. 130 OLAA.

2.4.2. Répartition des prestations d'assurance

Si l'accident non professionnel entraîne le droit à une rente, une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou une allocation pour impotent, les autres assureurs impliqués en cas d'accidents non professionnels sont tenus de reverser une partie de cette rente, indemnité ou allocation à l'assureur compétent. Leur part se calcule sur la base de la part du gain assuré par rapport au total du gain assuré au moment de l'accident (cf. art. 99 al. 2 OLAA). Il n'est pas important que la couverture

soit issue d'une assurance obligatoire ou facultative. Pour le calcul de la part revenant aux autres assureurs, seuls les gains obtenus lors d'une activité couverte par une assurance pour accidents non professionnels doivent être pris en compte.

La répartition des prestations en assurance dépend en tout premier lieu des relations d'emploi et de gain au moment de l'accident. En cas de rechute ou de séquelles tardives, c'est la même clé de répartition des coûts qui doit être appliquée, même si les conditions de travail et d'emploi devaient avoir changé entre temps.

La loi n'a pas prévu le partage des autres prestations en assurance, notamment les prestations de soins et remboursements de frais au titre de l'art. 21 LAA, indépendamment du fait qu'il peut en découler une prétention à une rente, une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou une allocation pour impotent.







Exemple :









Employeur	Somme de salaires	Couverture / Assureur
A	30'000	AP et ANP auprès de X
B	25'000	AP et ANP auprès de Y
C	5'000	AP auprès de Z
Prestations globales effectuées de plus de CHF. 500'000 composées de CHF 300'000 en rente, CHF 150'000 en IJ et 50'000 en frais médicaux.		
Toutefois ce qui est essentiel pour la répartition des prestations en rente c'est le total du gain assuré pour les accidents non professionnels (à savoir CHF 55'000. Il en résulte la répartition suivante :		
X		30/55 de CHF 300'000
Y		25/55 de CHF 300'000
Par contre pas de compensation possible en matières d'indemnités journalières (dans ce cas CHF 150'000) ni de frais médicaux (dans ce cas CHF 50'000).		

2.5. Accident sur le chemin du travail

2.5.1. Compétence

La solution préconisée par la loi est peu claire, lorsqu'un employé travaille pour plusieurs employeurs et que les couvertures d'assurance sont différentes (en partie couverture AP ou AP et ANP). Afin de régler ce flou, il convient d'appliquer les solutions figurant au tableau suivant :

Cons tella- tion	Chemin de	à	Assureur compétent
1	 Domicile de l'as- suré(e)	 → Employeur I [Couverture que pour AP]	<ul style="list-style-type: none"> . Assurance AP de l'em- ployeur I [s'il n'existe qu'une couverture pour AP auprès de l'employeur II] . Assurance ANP de l'em- ployeur II [s'il existe une cou- verture pour AP et ANP auprès de l'employeur II]
2	 Domicile de l'as- suré(e)	 → Employeur I [Couverture AP et ANP]	<ul style="list-style-type: none"> . Assurance ANP de l'em- ployeur I [s'il n'existe qu'une couverture AP auprès de l'employeur II] . Assurance ANP de l'em- ployeur II [s'il existe une cou- verture AP et ANP auprès de l'employeur II et que l'assuré a travaillé en dernier lieu au- près de l'employeur II] . Assurance ANP de l'em- ployeur I [s'il existe une cou- verture AP et ANP auprès de l'employeur II et que l'as- suré a travaillé en dernier lieu pour l'employeur I]
3	 Employeur I [couverture unique- ment en cas d'AP]	 → Domicile de l'as- suré(e)	<ul style="list-style-type: none"> . Assurance AP de l'em- ployeur I [s'il n'existe qu'une couverture AP auprès de l'employeur II] . Assurance ANP de l'em- ployeur II [s'il existe couver- ture AP et ANP auprès de l'employeur II]

Cons tella- tion	Chemin de	à	Assureur compétent
4	 <p>Employeur I [Couverture AP et ANP]</p>	 <p>→</p> <p>Domicile de l'as- suré(e)</p>	<p>. Assurance ANP de l'em- ployeur I [la couverture de l'employeur II n'a pas d'importance]</p>
5	 <p>Employeur I [couverture unique- ment en cas d'AP]</p>	 <p>→</p> <p>Employeur II [couverture unique- ment en cas d'AP]</p>	<p>Le chemin du travail consi- ste dans le chemin direct du domicile ou vers le domi- cile d'où notion de chemin du travail caduque dans ce cas précis, comme ce serait dérangeant, on admet que c'est la couverture garantie par l'employeur I qui prend en charge l'accident.</p>
6	 <p>Employeur I [couverture unique- ment en cas d'AP]</p>	 <p>→</p> <p>Employeur II [Couverture AP et ANP]</p>	<p>Prise en charge par assu- rance ANP de l'employeur II</p>
7	 <p>Employeur I [Couverture AP et ANP]</p>	 <p>→</p> <p>Employeur II [couverture unique- ment en cas d'AP ou AP et ANP]</p>	<p>Accident ANP pris en charge par l'employeur I [peu importe la couverture garantie par l'employeur II]</p>

2.5.2. Répartition des prestations d'assurance

En cas d'accident non professionnel selon le tableau ci-dessus, la répartition des prestations en assurance s'effectue selon le chapitre 2.4.2. ci-dessus. En cas d'accident professionnel, aucune répartition n'a été prévue par la loi (cf. 2.3.2 ci-dessus).

2.6. Cas de maladie professionnelle

2.6.1. Règle générale

En cas de maladie professionnelle l'assureur tenu d'allouer les prestations est celui dont relevait l'entreprise où la santé de la personne assurée a été mise en danger par des émissions nocives ou certains travaux ou par l'exercice d'une activité professionnelle en dernier lieu (cf. art. 77, art. 1, 2^e phrase LAA et 102 al. 1 OLAA).

Une participation des autres assureurs n'a pas été prévue par la loi.

2.6.2. Pneumoconiose et lésions de l'ouïe dues au bruit

La compétence en cas de tels diagnostics se règle de la même manière que pour les autres maladies professionnelles (cf. ci-dessus au chapitre 2.6.1).

Si le devoir de prêter se rapporte à une pneumoconiose ou une lésion de l'ouïe due au bruit, les autres assureurs impliqués doivent restituer à l'assureur tenu de verser les prestations découlant du dommage une partie des prestations en assurance. Leur part se calcule d'après le rapport qui existe entre la durée d'exposition au danger auprès de chaque employeur concerné par rapport à la durée totale de l'exposition au danger (cf. art. 102 al. 2 OLAA).

2.6.3. Travail simultané pour plusieurs employeurs

Lorsqu'une personne exerce une activité **simultanément** pour plusieurs employeurs (par ex. représentant commercial) ou que l'assureur compétent selon l'art. 102 OLAA ne peut pas être déterminé pour d'autres raisons et que cette personne est victime d'une maladie professionnelle à la suite des activités exercées, c'est l'art. 99 al. 3 OLAA qui s'applique par analogie, c'est-à-dire que l'assureur compétent est celui auprès duquel le gain assuré est le plus élevé.

En cas de pneumoconiose ou de lésion de l'ouïe due au bruit, la règle de la participation des autres assureurs s'applique selon l'art. 102 al. 2 OLAA (cf. ci-dessus au chapitre 2.6.2). Une participation des autres assureurs pour d'autres frais n'a pas été prévue par la loi.

3. Concours de plusieurs évènements accidentels assurés

3.1. Obligation de fournir des prestations en cas de nouvel accident

3.1.1. Simultanément à un traitement et un droit à des indemnités journalières dus à un accident précédent assuré (art. 100 al. 1 OLAA)

3.1.1.1 Les faits

Une personne a droit à des indemnités journalières si elle a subi par le passé un accident ou une maladie professionnelle conforme aux conditions dictées par la LAA. Le fait de verser les indemnités journalières

- dans le cadre d'un sinistre de base ou d'une rechute et
- pour une incapacité de travail entière ou partielle

est sans importance.

La personne continue à être assurée contre les séquelles d'accidents dans le cadre de la LAA, toutefois par un autre assureur que celui de l'accident précédent. La personne assurée subit un nouvel accident ou une nouvelle maladie professionnelle.

Il est aussi possible que la personne ne soit plus assurée, mais qu'une nouvelle maladie professionnelle survienne et que cette maladie professionnelle soit due à une activité professionnelle exercée précédemment.

3.1.1.2 Gestion des cas et obligation de fournir des prestations

L'assureur ayant l'obligation de verser des prestations au titre du sinistre précédent est aussi chargé de fournir les prestations de soins et de rembourser les frais dus au nouvel accident ou à la nouvelle maladie professionnelle en vertu des art. 10 à 13 de la LAA.

Les assureurs impliqués peuvent très bien s'arranger entre eux pour aboutir à un accord divergent quant à leur compétence dans un cas précis. Un tel accord se révèle surtout judicieux, lorsqu'un nouvel accident entraîne des séquelles beaucoup plus graves que l'accident précédent.

Pour l'assureur de l'accident précédent, l'obligation de fournir des prestations cesse, lorsque l'accident précédent ne constitue plus la cause principale de l'atteinte à la santé et que par conséquent son obligation de fournir des prestations aurait de toute manière cessé si un nouvel accident ne s'était pas produit.

3.1.1.3 Participation aux coûts

L'assureur libéré de ses obligations dans le cadre de ces constellations n'est pas obligé de rembourser l'assureur tenu de verser les prestations (cf. art. 100 al. 4 OLAA).

Réserve doit être faite en ce qui concerne une éventuelle prétention à une rente, une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou une allocation pour impotent (cf. art. 100 L. 5 et 6 OLAA, cf aussi ci-dessous au chapitre 3.3).

3.1.2. Simultanément à un traitement pour un accident précédent assuré sans droit aux indemnités journalières (cf. art 100 al. 2 OLAA)

3.1.2.1 Les faits

Une personne est en traitement pour un accident assuré LAA ancien ou une maladie professionnelle au titre de l'art. 10 LAA. Que les soins se fassent dans le cadre d'un accident ou d'une rechute n'a aucune importance.

En raison de l'accident antérieur ou de la maladie professionnelle précédente, la personne ne peut pas prétendre aux indemnités journalières pour ce 2^e accident.

Cette personne est encore assurée contre les séquelles d'accidents selon la LAA, toutefois par un autre assureur que l'assureur du premier événement. La personne assurée subit un nouvel accident ou une nouvelle maladie professionnelle. Le fait que ce nouvel accident génère des frais médicaux ou des indemnités journalières n'a pas d'importance.

Il est aussi possible que la personne ne soit plus assurée, mais qu'une nouvelle maladie professionnelle survienne et que cette maladie professionnelle soit due à une activité professionnelle exercée précédemment.

3.1.2.2 Gestion des cas et obligation de fournir des prestations

L'assureur compétent pour gérer le nouvel accident et apporter les prestations légales se charge également de fournir les prestations de soins et d'indemniser les frais dus à l'accident précédent ou à la maladie professionnelle précédente en vertu des art. 10 à 13 LAA.

Etant donné qu'en raison des suites de l'événement précédent, il n'existe (plus) aucun droit au versement d'indemnités journalières, ces suites n'auront pas bien plus de poids que les séquelles du nouvel accident, c'est pourquoi la loi n'a pas prévu de règles conventionnelles divergentes quant à la compétence entre les assureurs impliqués.

L'obligation de fournir les prestations pour le nouvel accident cesse pour l'assureur gérant le cas au moment où l'atteinte à la santé qui subsiste de ce nouvel accident n'est plus prépondérante et qu'il est possible de dire que les prestations en assurance-accidents dues auraient pu cesser si aucun accident ne s'était produit précédemment.

3.1.2.3 Participation aux coûts

L'assureur de l'accident antérieur libéré de ses obligations dans le cadre de ces constellations n'est pas obligé de rembourser l'assureur tenu de verser les prestations (cf. art. 100 al. 4 OLAA).

.

Réserve doit être faite en ce qui concerne une éventuelle prétention à une rente, une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou une allocation pour impotent (cf. art. 100 L. 5 et 6 OLAA, cf aussi ci-dessous au chapitre 3.3).

3.1.3. Collision entre un état antérieur assuré et un nouvel évènement

3.1.3.1 Situation de départ

Deux évènements accidentels séparés influent l'un sur l'autre. Cette constellation intervient par exemple, lorsque les séquelles d'un accident antérieur entraînent un nouvel accident ou vice-versa en cas d'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante par la survenance d'un nouvel accident.

Exemples :

Un genou endommagé lors d'un accident précédent provoque de nouveaux troubles douloureux à la suite d'une nouvelle chute.
Prise d'un vertige, une personne fait une chute et se casse le bras, alors qu'elle avait été victime auparavant d'un traumatisme crânio-cervical.

3.1.3.2 Compétence et obligation de fournir des prestations

Si le nouvel accident donne droit à la couverture selon la LAA, c'est le nouvel assureur qui doit prendre les prestations dues en charge. L'obligation de fournir des prestations de l'assureur chargé de gérer le nouvel accident prend fin, lorsque le nouvel accident ne constitue plus la cause principale de l'atteinte à la santé subsistante et que par conséquent les prestations auraient de toute manière atteint leur terme s'il n'y avait pas eu d'accident auparavant.

3.2. Rechute et séquelles tardives

3.2.1. Rechute et séquelles tardives simultanément à un traitement ou droit à des indemnités journalières pour un autre accident

Lorsqu'une personne assurée est en train de suivre un traitement ou touche des indemnités journalières en raison d'un accident ou d'une maladie professionnelle et qu'en même temps elle déclare une rechute ou des séquelles tardives en raison d'un autre évènement, il convient d'appliquer les alinéas 1 et 2 de l'art. 100 OLAA (cf. 3.1 ci-dessus) la rechute ou les séquelles tardives doivent être traitées comme s'il s'agissait d'un nouvel accident.

3.2.2. Rechute et séquelles tardives en l'absence de traitement médical ou de droit à une indemnité journalière en raison d'un autre accident

3.2.2.1 Gestion des cas et obligation de fournir des prestations

Lorsqu'il s'agit de déterminer quel assureur est compétent en cas de rechute ou de séquelles tardives, il convient de différencier entre les faits suivants :

- Si le lien de causalité n'est plus d'une vraisemblance prépondérante par rapport à un accident assuré, la personne n'a pas droit à des prestations en assurance au titre de la LAA.
- En cas de rechute ou de séquelles tardives, l'assureur LAA qui doit se charger du cas est celui qui avait déjà fourni les prestations pour l'accident initial, lorsqu'il est prouvé que c'est cet accident qui est à l'origine de la rechute ou des séquelles.

- Si la rechute ou les séquelles tardives sont dues selon un degré de vraisemblance prépondérante à différents accidents, il revient à l'assureur qui avait pris en charge le dernier accident de fournir les prestations de soins et l'indemnisation des frais encourus ainsi que les indemnités journalières dues aux termes des articles 10 à 13 LAA (cf. art. 100 al. 3 OLAA).
- L'art. 100 al. 3 OLAA doit aussi être appliqué, s'il est établi selon un degré de vraisemblance prépondérante qu'une rechute ou des séquelles tardives doit être attribuée à l'un des événements accidentels subis auparavant, mais que l'évènement accidentel devant être considéré comme le cas initial principal n'est pas clairement déterminé (causalité alternative cf. [Arrêt TFA U 417/01 du 17 juillet 2002](#)). Il découle de ce principe que l'assureur-accidents qui sur le plan temporel est le plus proche de la rechute sera également tenu de fournir l'intégralité des prestations (indemnités journalières comprises) au titre des art. 10 à 13 LAA.

3.2.2.2 Participation aux coûts

L'assureur-accidents compétent et chargé de gérer le dommage n'a pas le droit d'exiger de la part d'autres assureurs le remboursement des frais occasionnés par la fourniture des soins et l'indemnisation des frais y afférents ni des indemnités journalières (cf. art. 100 al. 4 OLAA).

En ce qui concerne les rentes, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ou les allocations pour impotent, c'est l'art. 100 al. 5 et 6 OLAA qui s'applique (cf. 3.3 ci-dessous).

3.3. Rentes, indemnité pour atteinte à l'intégrité et allocation pour impotent

3.3.1. Nouvelle rente, indemnité pour atteinte à l'intégrité ou allocation pour impotent (cf. art. 100 al. 5 OLAA)

3.3.1.1 Les faits

Une personne subit un nouvel accident couvert par l'assurance,

- alors qu'un cas principal ou de rechute dû à un évènement accidentel antérieur court encore à charge d'un autre assureur ;
- alors qu'un accident antérieur vient d'être clos, mais qu'en l'absence d'une atteinte grave aucune rente, indemnité pour atteinte à l'intégrité ou allocation pour impotent n'a été accordée ou
- que cet accident mis en concours avec des évènements accidentels antérieurs provoque le décès de la personne assurée.

Les différents évènements accidentels cumulés donnent droit à une nouvelle rente, une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou une allocation pour impotent.

3.3.1.2 Compétence

Une rente, une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou une allocation pour impotent est déterminée et accordée. Cette prestation prend en compte l'ensemble des atteintes à la santé dues aux évènements accidentels assurés par différents assureurs.

Il revient à l'assureur chargé de fournir les prestations pour le dernier évènement accidentel survenu de verser ladite rente, indemnité pour atteinte à l'intégrité ou allocation pour impotent.

Il est possible que les assureurs impliqués trouvent un autre terrain d'entente quant à leur compétence. La négociation d'un accord peut se révéler judicieux dans certains cas, par exemple

- Si le nouvel évènement accidentel entraîne de suites bien moins graves que le précédent ou
- Si le gain assuré entrant en ligne de compte pour le nouvel accident est nettement inférieur à celui assuré pour un accident antérieur à celui-ci.

3.3.1.3 Répartition des coûts

Les autres assureurs-accidents remboursent à l'assureur chargé de gérer et régler le cas ces prestations sans ajout de compensation pour renchérissement selon le poids du dommage qui leur incombe.

Au cas où il ne serait pas possible de prouver la part leur incombant selon un degré de vraisemblance prépondérante, il y a lieu de prendre en considération un même taux de causalité pour tous les évènements accidentels impliqués.

3.3.2. Augmentation de la rente d'invalidité en cours ou de l'allocation pour impotent (art. 100 al.6 OLAA)

3.3.2.1 Les faits

Le bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou d'une allocation pour impotent subit un nouvel accident couvert par une assurance-accidents.

Le nouvel évènement accidentel entraîne le droit à une rente d'invalidité ou une allocation pour impotent plus élevée. Pour ce qui est de la rente d'invalidité, ce qui importe c'est que le montant de la rente augmente en raison du nouvel accident.

3.3.2.2 Compétence et obligation de fournir des prestations

La personne assurée va bénéficier d'une seule rente combinée issue des différents évènements accidentels subis ou encore d'une allocation pour impotent tenant compte des différentes séquelles subsistantes des différents évènements accidentels. Le gain annuel déterminant se calcule sur la base de l'art. 24 al. 4 OLAA.

L'assureur compétent pour la gestion du nouvel accident se charge de verser la nouvelle rente d'invalidité ou l'allocation pour impotent actualisée selon les circonstances.

L'assureur compétent pour le nouvel évènement accidentel est aussi le seul assureur compétent quant au versement des prestations en soins après la fixation de la rente (cf. art. 21 LAA) ainsi qu'en cas de rechutes éventuelles, cf. art. 21 al. 3 LAA ou art. 11 OLAA. Ceci indépendamment de la cause de ces séquelles ou rechutes. Il en va de même, lorsque l'accident antérieur donne droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire ou plus élevée.

3.3.2.3 Participation aux coûts

L'assureur compétent pour le premier accident rembourse à l'autre assureur-accidents le montant correspondant à la part de la rente d'invalidité découlant du premier accident, sans ajout d'allocation en compensation du taux de renchérissement, ou alors la part de l'allocation pour impotent due au premier accident. Une fois le remboursement de cette part effectué, toute obligation de contribuer sous forme de prestations LAA s'éteint pour tous les autres assureurs, que ce soit pour le dommage survenu ou les séquelles futures. Ni la personne assurée ni le nouvel assureur compétent ne sont habilités à faire valoir des prétentions en la matière.

Au cas où le nouvel évènement accidentel aboutit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité supplémentaire, seul l'assureur compétent pour le nouvel accident est tenu de verser cette prestation.

3.4. Rentes d'orphelins

Si le père et la mère meurent des suites d'un accident couvert par l'assurance, les orphelins perçoivent une rente d'orphelin. Celle-ci se calcule sur la base du gain assuré du père et de la mère, cependant cette somme cumulée ne doit pas dépasser le montant maximal du gain assuré (cf. art. 42 OLAA).

Lorsque le père et la mère bénéficiaient d'une assurance-décès auprès d'assureurs-accidents différents, l'orphelin bénéficie de la rente fixée aux termes de l'art. 42 OLAA de la part de l'assureur-accidents où le second accident était assuré ou, en cas de décès simultané, de la part de l'assureur-accidents du père. L'assureur-accidents de l'autre parent verse à l'assureur-accidents compétent le montant correspondant à la valeur capitalisée de la rente sans ajout d'allocation de renchérissement. L'autre assureur-accidents se libère ainsi de son obligation d'allouer des prestations (cf. art. 101 OLAA).

4. Directives communes

4.1. Priorités

En cas de cumul de plusieurs accidents couverts par l'assurance et en outre en cas de couverture auprès de plusieurs assureurs pour certains de ces évènements accidentels, il convient d'abord d'appliquer les art. 100 ou 101 de l'OLAA (cf. 3 ci-dessus) et ensuite seulement les art. 99 et 102 de l'OLAA (cf. 2 ci-dessus), afin de déterminer la compétence de chaque assureur.

4.2. Obligation provisoire d'allouer des prestations

Lorsqu'il est établi qu'une personne assurée a droit à des prestations à la suite d'un accident selon la LAA, mais qu'une incertitude demeure quant à l'assureur chargé de fournir les prestations à ce titre, l'assureur-accidents qui est le plus proche de l'évènement accidentel et de ses suites du point de vue chronologique (cf. art. 102a) doit fournir les prestations y afférentes à titre provisoire.

Cette règle est valable pour tous les événements accidentels assurés, par conséquent les accidents, les atteintes corporelles assimilées à un accident, les maladies professionnelles ainsi que les rechutes et les séquelles tardives.

Cet assureur gère le cas jusqu'à ce que la compétence soit définitivement déterminée.

S'il reste difficile à déterminer quel est l'assureur le plus proche chronologiquement de la survenance des suites de l'accident, c'est l'assureur auprès duquel les prétentions ont été faites en premier lieu qui doit se charger de verser les prestations prévues par le contrat au moins à titre provisoire.

Si un tel cas est repris par un autre assureur, ce dernier doit rembourser les frais avancés dans le cadre de son devoir de prêter.

4.3. Tentative d'accord et prises de décision en cas de litiges

Dans les cas où le devoir de fournir des prestations ou la détermination de la compétence entre assureurs resterait litigieux (en particulier la détermination floue d'un statu quo ante/sine), les assureurs tentent d'aboutir à une solution à l'amiable, le cas échéant en faisant appel à un expert commun.

Si aucun accord n'aboutit, il convient dans des cas allant jusqu'à un montant maximal de prestations de Fr. 50'000 de répartir ces prestations litigieuses au prorata du gain assuré selon les règles du bon vouloir, donc à bien plaisir en ce qui concerne d'éventuelles prétentions futures. Dans d'autres cas, il y a lieu de vérifier si, en vertu de l'art. 78a LAA, le cas contesté par les assureurs entre eux peut être soumis à l'Office fédéral de la Santé publique ou si exceptionnellement une décision peut être prononcée (par ex. en cas d'obligation de prêter incombant à un assureur-maladie) à l'encontre de la personne assurée.

Une décision doit alors être adressée aux autres assureurs (cf. art. 49 al. 4 LPGA). Les assureurs impliqués prononcent à leur tour une décision ou décision sur opposition si possible simultanément à l'encontre de la personne assurée et des autres parties impliquées. Dans ces cas-là, le Tribunal cantonal a la possibilité de coordonner les procès et d'émettre une décision définitive à l'adresse de la personne assurée sous forme d'arrêt (à propos de la légitimation de l'assureur-accidents impliqué cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2007 du 27 août 2008).

4.4. Opposition

Les assureurs ayant l'obligation de participer aux frais de prestations n'ont pas le droit de faire opposition aux décisions prises par l'assureur compétent chargé de gérer le cas (opposition contre destinataire).

Il n'est pas possible de s'opposer à une demande de restitution de prestations effectuées conformément à la législation, lorsque l'assureur compétent a déjà émis une décision formelle confirmant l'allocation de ces prestations, en alléguant que le fait d'accorder ces prestations ne serait pas justifié.

5. Statistiques et recours

La gestion du cas d'accident ainsi que son devoir d'annoncer le cas auprès de l'Office de la Statistique revient à l'assureur compétent (assureur gérant du cas).

Il appartient également à l'assureur chargé d'un cas de faire recours contre l'assurance RC. Outre les versements en acompte, les autres assureurs ne versent leur part que lorsque le montant dû par l'assurance RC a été fixé.

6. Prise en compte du gain obtenu en cas de plusieurs activités couvertes par la LAA

6.1. Indemnités journalières

6.1.1. Règle générale

Le calcul des prestations pécuniaires se fait à partir du gain obtenu dans les entreprises où était assurée la personne qui a subi le dommage (cf. art. 23 al. 5 OLAA). Le fait que les différentes activités sont assurées auprès de différents assureurs LAA n'a pas d'importance.

La somme qui sert de base de calcul aux prestations pécuniaires ne doit jamais excéder la somme maximale du gain assuré. Si une personne assurée employée auprès de plusieurs entreprises parvient à un gain total supérieur au gain maximal autorisé par la LAA, chaque employeur qui lui verse le salaire alors qu'il a droit à des indemnités journalières a droit à une indemnisation correspondant à sa contribution au gain total.

6.1.2. Assurance facultative

Le gain obtenu dans le cadre d'une activité couverte par une assurance facultative doit également être pris en considération et ajouté au total des gains assurés (art. 23 al. 5 OLAA).

6.1.3. Activités assurées seulement en cas d'accidents professionnels

Le total des gains ou salaires selon l'art. 23 al. 5 OLAA comprend également le gain obtenu par l'exercice d'une activité pour laquelle il existe seulement une couverture pour accidents professionnels à l'exclusion des accidents non professionnels (cf. Art. 13 al. 1 OLAA), même si par rapport à cette activité l'accident survenu constitue un accident non professionnel.

6.1.4. En cas de couvertures entrant simultanément en ligne de compte

Si une nouvelle couverture LAA pour accidents professionnels et non professionnels s'acquiert à la suite d'un nouvel engagement professionnel ou d'une nouvelle prétention à un salaire, le droit à une indemnité journalière se calcule uniquement sur la base du gain obtenu dans cette nouvelle activité salariée. Le gain obtenu dans une activité antérieure, dont subsiste une prolongation de couverture selon l'art. 3 al. 2 LAA, n'est plus pris en considération ([Arrêt du TFA U 84/03 du 8 mars 2004](#)).

Cette même règle s'applique en cas de collision entre une couverture prolongée et une couverture entrant en vigueur au titre de l'OAAC selon l'art. 3 al. 1 LAA. Dans ce dernier cas l'indemnité

journalière en cas d'accident se calcule sur la base des art. 17 al. 2 LAA et 129 OLAA (cf. [ATF 127 V 176](#)).

6.2. Rentes

6.2.1. Revenu de personne valide ou invalide

Lors de la détermination du revenu d'une personne valide il y a lieu de prendre en compte la somme de gains obtenus dans toutes les activités professionnelles que la personne exercerait raisonnablement en théorie si elle n'avait pas subi d'accident.

En revanche pour le calcul du revenu d'une personne invalide il y a lieu de prendre en considération les revenus obtenus lors de l'exercice d'activités annexes dans la mesure où la personne exerce encore de telles activités ou que celles-ci peuvent être raisonnablement exigées en tenant compte des séquelles de l'accident.

6.2.2. Gain annuel assuré

Par principe il convient de faire le total des salaires perçus auprès de plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'évènement accidentel (cf. art. 22 al. 4 OLAA), ce qui est particulièrement pertinent en cas d'activités exercées parallèlement. Cependant le montant du gain annuel assuré ne doit pas excéder le salaire maximum obtenu au moment de l'accident.

La question qui reste en suspens et qui doit être réglée au cas par cas dans la pratique par chaque assureur est celle de savoir si le revenu obtenu pour une activité couverte uniquement par une assurance-accidents professionnelle doit aussi être intégré à la somme totale des gains, alors que l'accident subi est non professionnel (cf. 6.1.3 ci-dessus).

7. Validité et réglementation transitoire

Cette Recommandation entre en vigueur dès le 1er janvier 2017. Elle s'applique à tous les cas suivants :

- Lorsqu'au moins un accident s'est produit après le 31 décembre 2016 ou lorsqu'une maladie professionnelle s'est déclarée après cette date (se reporter en particulier aux cas du chapitre 2 ci-dessus);
- Un cas de rechute ou de séquelle tardive (cf. 3.2 ci-dessus) s'est produit après le 31 décembre 2016 ;
- Lorsque le droit à une rente, une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou allocation pour impotent (cf. 3.3.1 ci-dessus) est né après le 31 décembre 2016.
- Lorsque le droit à une rente d'invalidité plus élevé par rapport à une rente existante ou à une allocation pour impotent (cf. 3.3.1 ci-dessus) survient après le 31 décembre 2016 ou
- Que des prétentions à une indemnité journalière ou une rente d'invalidité (cf. 6 ci-dessus) se sont fait valoir après le 31 décembre 2016.