

Guide de l'assurance-accidents obligatoire LAA

**4^e édition
entièrement révisée
Mai 2017**

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association

Guide de l'assurance-accidents obligatoire LAA

4^e édition entièrement révisée – Mai 2017

Titre allemand :

Wegleitung zur obligatorischen Unfallversicherung UVG

Titre italien :

Guida all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni LAINF

Equipe de projet et rédaction :

Lukas Thomi, Helvetia (direction)

Karin Bratschi, La Mobilière

Thomas Oggier, Groupe Mutuel

Sarah Riesch, Zurich Assurance

Heinz Roth, ASA

Iris Schultheiss, ASA

Coordination : Ursi Sydler GmbH, Niederlenz

Traduction : Christine Reversac-Baudry, www.baudry-traductions.ch

Conception graphique : Obrist und Partner, Zurich

Impression : gdz AG, Zurich

Distribution : Blinden- und Behindertenzentrum, Berne

Editeur :

Association Suisse d'Assurances ASA

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14

Case postale

CH-8022 Zurich

Téléphone +41 44 208 28 28

Fax +41 44 208 28 00

info@svv.ch

www.svv.ch

© 2017 Association Suisse d'Assurances ASA

Pour des raisons de lisibilité, le genre masculin vaut par analogie pour le genre féminin dans le présent guide, en particulier dans les commentaires.

Guide de l'assurance-accidents obligatoire LAA

4^e édition entièrement révisée

Mai 2017

Le présent guide tient compte de la législation et de la jurisprudence applicables au 1^{er} janvier 2017 inclus.

7	Préface, abréviations et sources d'informations
7	Préface
8	Abréviations
11	Sources d'informations
12	Commentaires
12	Introduction
14	Personnes assurées
24	Obligations de l'employeur
28	Contrat d'assurance en assurance-accidents obligatoire
31	Début, suspension et fin de la couverture d'assurance
34	Risques assurés
40	Prestations d'assurance
84	Comportement en cas d'accident
87	Calcul et perception des primes
94	Situations internationales
105	Traitements médicaux à l'étranger
107	Prévention des accidents et des maladies professionnelles
109	Dispositions de procédure
114	Protection des données
118	Conséquences juridiques de l'inobservation des obligations légales
120	Assurance facultative
124	Assurance complémentaire LAA
127	Textes de lois et d'ordonnances
129	Index alphabétique
147	Répertoire des articles de la LAA

Préface

Toute personne exerçant une activité professionnelle en Suisse est assurée contre les maladies et les accidents professionnels ainsi que, la plupart du temps, contre les accidents non professionnels. L'assurance-accidents obligatoire aide les personnes dont la santé est altérée à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle et qui voient leur capacité de gain restreinte. La loi sur l'assurance-accidents LAA précise les prestations d'assurance que les assurés sont en droit d'attendre.

Après d'intenses discussions entre les différents cercles intéressés, la LAA entièrement révisée est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 ; elle est désormais adaptée au contexte actuel. L'Association Suisse d'Assurances a profité de cette révision de loi pour remanier le « Guide des assureurs privés sur l'assurance-accidents obligatoire LAA » et l'adapter aux derniers développements. En conséquence, cette quatrième édition reflète l'état actuel de la législation.

Ce guide entend avant tout aider les praticiens qui s'occupent de l'application concrète de l'assurance-accidents selon la LAA. Il s'agit notamment des collaborateurs des compagnies d'assurances, mais aussi des employeurs et des employés, du personnel des administrations publiques, du corps médical, des avocats et des journalistes.

Le « Guide des assureurs privés sur l'assurance-accidents obligatoire LAA » ne remplace aucunement les commentaires juridiques ; il se contente de livrer des informations utiles pour l'application concrète de la LAA – et ce en complément au contrat d'assurance, aux fiches techniques et recommandations ainsi qu'aux lois et ordonnances.

Urs Berger

Président de l'ASA

Abréviations

Accord AELE	Accord instituant l'Association Européenne de Libre Echange (AELE)
Accords bilatéraux	Accords entre la Suisse et l'UE portant sur les domaines sectoriels les plus divers. Seule la liberté de circulation des personnes régie dans les Accords bilatéraux II concerne l'assurance-accidents ; les autres secteurs ne la touchent pas.
AI	Assurance invalidité
ALCP	Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes)
ANP	Accidents non professionnels
AP	Accidents professionnels
APG	Régime des allocations pour perte de gain
ATF	Arrêts du Tribunal fédéral
AVS	Assurance vieillesse et survivants
Convention de Vienne	Convention de Vienne du 23 mai 1969 sur le droit des traités
CrEDH	Cour européenne des droits de l'homme
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LACI	Loi fédérale sur l'assurance chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAVS	Loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants

LDét.	Loi fédérale sur les mesures d'accompagnement applicables aux travailleurs détachés et aux contrôles des salaires minimaux prévus par les contrats-types de travail (Loi sur les travailleurs détachés)
LEH	Loi fédérale sur les privilèges, les immunités et les facilités, ainsi que sur les aides financières (Loi sur l'Etat hôte)
LFA	Loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture
LPD	Loi fédérale sur la protection des données
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
LTr	Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce
MP	Maladies professionnelles
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OLAA	Ordonnance sur l'assurance-accidents
OMAA	Ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents
OPA	Ordonnance sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles
OPGA	Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales
OTN	Ordonnance concernant des mesures en matière de lutte contre le travail au noir (ordonnance sur le travail au noir ; [OTN])
PA	Loi fédérale sur la procédure administrative
RAVS	Règlement sur l'assurance vieillesse et survivants
Règlement (CE) n°883/2004	Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (règlement de base)
Règlement (CE) n°987/2009	Règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (règlement d'application)

Règlement (CE) n°988/2009	Règlement (CE) n°988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 modifiant le règlement (CE) n°883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et déterminant le contenu de ses annexes
Règlement (CEE) n°1408/71	Règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté
Règlement (CEE) n°574/72	Règlement (CEE) n°574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n°1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté
Règlement (UE) n°1244/2010	Règlement (UE) n°1244/2010 de la Commission du 9 décembre 2010
Règlement (UE) n°465/2012	Règlement (UE) n°465/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012 modifiant le règlement (CE) n°883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et le règlement (CE) n°987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004
Règlement (UE) n°1224/2012	Règlement (UE) n°1224/2012 de la Commission du 18 décembre 2012 modifiant le règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et le règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004

Sources d'informations

Le présent « Guide de l'assurance-accidents obligatoire LAA » repose sur de nombreuses sources d'informations :

Textes de loi – Recueil systématique du droit fédéral :
www.admin.ch > fr > **Droit fédéral**

Arrêts du Tribunal fédéral : www.bger.ch

Recommandations de la Commission ad hoc Sinistres LAA de l'ASA : www.svv.ch

Circulaires de l'OFSP : www.ofsp.admin.ch

Sécurité au travail : www.ekas.ch

Coordination Suisse : www.koordination.ch

Introduction

Le présent guide commente les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-accidents obligatoire (LAA) ainsi que d'autres décrets ayant des répercussions sur l'assurance-accidents. Le guide comprend trois parties distinctes.

Dans la première, les dispositions légales sont expliquées en 16 chapitres abordant les principaux thèmes d'importance.

La partie centrale présente les textes de lois et d'ordonnances portant sur l'assurance-accidents (il s'agit parfois uniquement d'extraits).

La troisième partie comporte un index alphabétique et une liste des articles pour une recherche thématique plus facile des explications ainsi que des textes de lois et d'ordonnances.

La LAA n'est pas la seule loi applicable. Elle est un élément de la législation portant sur les assurances sociales comme la loi suisse sur l'assurance-invalidité ou la loi sur l'assurance-chômage.

Les différentes lois relatives aux assurances sociales sont chapeautées par la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). Cette dernière harmonise des notions générales du droit des assurances sociales comme la notion d'accident, de maladie, d'incapacité de travail ou de gain, d'invalidité, d'allocation pour impotent ainsi que diverses questions de procédure concernant l'ensemble des assurances sociales. Par ailleurs, la LPGA coordonne les prestations entre les différentes branches d'assurances sociales et règle le droit de recours.

Le présent guide se concentre sur les points où la LPGA a des répercussions sur l'assurance-accidents selon la LAA.

La LAA comme la LPGA portent essentiellement sur des faits et des situations relevant du droit suisse. Or, avec la reconnaissance mutuelle des formations et la mobilité croissante ainsi que la libre circulation des travailleurs, les situations (en particulier les questions de couverture) se situent de plus en plus souvent au niveau international. Le [chapitre 9](#) « Situations internationales » se consacre à ce sujet.

1 Personnes assurées

1.1 Généralités

LAA 1a ; LAI 18 a

Les explications suivantes s'appliquent à condition que la personne assurée ne soit pas assujettie à l'assurance sociale d'un autre pays en vertu des *Accords bilatéraux*.

Relèvent de l'*assurance-accidents obligatoire* tous les *travailleurs* occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés. Sont également assurées les *personnes au chômage* et les *travailleurs au noir*.

En vertu de cette loi, est réputé travailleur toute personne exerçant une *activité lucrative dépendante* au sens de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et percevant pour le travail fourni un *salaire fixé* à l'avance ou exerçant cette activité dans le cadre de sa formation. Le salaire ne consiste pas obligatoirement en une somme d'argent. Toute personne percevant une rémunération en nature peut également avoir qualité de travailleur. Un *salaire en nature* consiste par exemple en le logis et le couvert gratuits, en l'utilisation gratuite d'un service proposé par l'employeur, comme le droit de monter les chevaux de l'écurie, des bons d'achat, etc.

Des services rendus occasionnellement ou des prestations offertes spontanément à titre d'aide ne remplissent pas les conditions requises pour conférer la qualité de travailleur, même si la personne en question reçoit, en contrepartie, une indemnité, et ce quelle que soit la forme de cette dernière.

Les employeurs et les indépendants au sens de la législation sur l'AVS ne sont pas soumis à l'obligation d'assurance. Ils peuvent cependant s'assurer à titre facultatif selon la LAA (cf. chapitre 15).

1.2 Cas particuliers

1.2.1 Extensions de l'assurance obligatoire

Le Conseil fédéral a étendu l'assurance obligatoire aux groupes de personnes suivants :

- OLAA 1a I – les personnes exerçant une activité chez un employeur aux fins de se préparer au choix d'une profession (stage pratique d'orientation professionnelle) ;
- OLAA 1a II – les personnes détenues dans un établissement pénitentiaire ou un établissement d'internement ou d'éducation au travail, ou encore dans une maison d'éducation, qui sont occupées contre rémunération par des tiers hors de l'établissement ou de la maison d'éducation ;
- OLAA 1a III – les personnes appartenant à une communauté religieuse qui sont occupées contre rémunération par des tiers hors de la communauté (par exemple cours donnés dans des écoles publiques, soins aux malades, etc.).

1.2.2 Limitations du cercle des personnes obligatoirement assurées

Les personnes ou les groupes de personnes mentionnés ci-dessous ne sont pas soumis à l'*obligation d'assurance* et ont la possibilité de conclure, hors de l'assurance-accidents réglementée par l'Etat, une assurance-accidents répondant à leurs besoins individuels auprès d'une compagnie d'assurances privée :

- OLAA 2 I a – Les membres de la famille de l'employeur qui travaillent dans l'entreprise et qui ne touchent pas de salaire en espèces et ne paient pas de cotisations à l'assurance vieillesse et survivants (AVS).

- OLAA 2 I a
- Les membres de la famille qui fournissent une aide dans l’exploitation agricole et qui sont réputés de condition indépendante au sens de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l’agriculture. Il s’agit :
 - de l’épouse de l’agriculteur ;
 - des gendres et des belles-filles de l’exploitant qui sont censés reprendre l’entreprise et en poursuivre l’exploitation ;
 - des membres de la famille de l’agriculteur en lignes ascendante et descendante ainsi que de leurs épouses.
- OLAA 2 I e
- Les agents de la Confédération soumis à l’assurance militaire conformément à l’art. 1a al. 1 let. b de la loi fédérale sur l’assurance militaire (LAM).
- OLAA 2 I f
- Les membres de conseils d’administration qui ne sont pas occupés dans l’entreprise. Cependant, si un membre d’un conseil d’administration est assuré dans le cadre de la LAA en vertu d’un autre emploi et qu’il jouit, du fait de cet autre emploi, de la couverture des accidents non professionnels, cette couverture s’étend alors également aux accidents qui pourraient survenir dans l’exécution du mandat du conseil d’administration de l’entreprise dans laquelle il n’est pas occupé.
- OLAA 2 I h
- Les personnes qui exercent sans contrat de service une activité dans l’intérêt public, telles que les membres de parlements, d’autorités ou de commissions. Ces personnes bénéficient en principe déjà d’une couverture d’assurance suffisante dans le cadre de leur activité indépendante ou alors elles sont déjà assurées obligatoirement selon la LAA en raison d’une autre activité lucrative, de sorte que cette exclusion permet d’éviter à un certain nombre de personnes d’être assujetties plusieurs fois.
- OLAA 2 I i
- Ne sont pas assurés – à l’inverse des sapeurs-pompiers professionnels – les sapeurs-pompiers de milice.

OLAA 3 ;
LEH 3 I h, 6 c, 27 II

- Personnes bénéficiant de privilèges en vertu du droit international. Ne sont pas assurés les membres du personnel diplomatique des missions diplomatiques en Suisse et des missions permanentes auprès des organisations intergouvernementales établies en Suisse, les fonctionnaires consulaires de carrière en poste en Suisse, ni les membres de la famille de ces personnes.
- Le personnel administratif et technique ainsi que le personnel de service des missions diplomatiques ou des postes consulaires peut, sur demande, être assuré s'il s'agit, pour les personnes à assurer, de personnes d'origine suisse ou domiciliées en Suisse. A cet effet, une demande correspondante doit être adressée à l'Office fédéral des assurances sociales.

1.2.3 **Travailleurs percevant un salaire de minime importance**

LAVS 14 V ;
RAVS 34d I

Les travailleurs percevant un *salaire de minime importance* sont assurés en cas d'accident à l'instar des autres travailleurs. Il existe néanmoins un certain nombre de dispositions réglementaires à respecter portant sur l'obligation de cotiser et de s'assurer, sachant que l'âge de la personne considérée, le montant de son salaire ou l'activité exercée peuvent jouer un rôle déterminant.

En vertu de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), si le salaire déterminant n'excède pas 2 300 CHF par année civile, aucunes cotisations AVS ne sont prélevées, pour autant que la personne assurée ne l'ait pas expressément souhaité. L'employeur est tenu d'acquitter des primes à son assurance-accidents au titre de ce salaire dans la mesure où il emploie des travailleurs percevant des salaires excédant ce seuil.

LAA 73 II^{bis}, 95 I^{bis}

Si un employeur recourt exclusivement à des travailleurs percevant un salaire de minime importance, il n'est pas soumis au paiement de primes en assurance-accidents pour autant qu'aucun événement assuré ne survienne. En cas de surve-

nance d'un événement assuré, l'employeur est tenu d'acquitter des primes, mais n'encourt aucune sanction (pas de multiplication des primes par dix à titre de sanction pénale).

Doivent être servies par la Suva les prestations d'assurance légales dues à une personne accidentée ou à un employé atteint d'une maladie professionnelle qui travaille pour le compte d'une entreprise relevant de la Suva. Si la Suva n'est pas obligatoirement compétente et si aucune assurance n'a été souscrite auprès d'un autre assureur dans le sens de l'art. 68 LAA, les prestations doivent alors être servies par la *caisse supplétive*. Celle-ci ne peut adresser aucune prestation à un assureur.

RAVS 34d II

Les dispositions légales contre le *travail au noir* régissent une dérogation en la matière. Afin de contrer le travail au noir, la possibilité de l'exonération du paiement des cotisations AVS et du prélèvement a posteriori d'une prime de remplacement en LAA a été de nouveau exclue pour certaines professions. Même si elles perçoivent un salaire de minime importance, ne peuvent plus être exonérées du paiement des cotisations AVS ni de l'obligation immédiate de s'assurer en LAA les personnes employées dans les ménages privés (comme le personnel de ménage, les aide-ménagères ou les gardes d'enfants) dès l'année civile de leur 25^e anniversaire ou si elles ont gagné plus de 750 CHF par an, ainsi que les personnes employées dans le secteur artistique. Pour de tels travailleurs, l'employeur doit systématiquement et dès le début souscrire une police d'assurance-accidents auprès d'un assureur selon l'art. 68 LAA.

La réglementation contre le travail au noir touchait également les « petits boulots » exercés par les jeunes (par exemple baby-sitters), ce qui n'était ni nécessaire, ni souhaité. C'est pourquoi, dans de tels cas, la réglementation normale s'applique depuis janvier 2015 pour les travailleurs percevant un salaire de minime importance. Si le salaire annuel par employeur n'excède pas 750 CHF, les personnes salariées auprès de cet employeur ne sont pas assujetties au

paiement des cotisations AVS jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle elles fêtent leur 25^e anniversaire, à moins qu'elles ne demandent expressément une déclaration à l'AVS. Elles ne sont pas soumises au paiement de primes en assurance-accidents.

1.2.4 Travailleurs détachés

Remarque sur les art. 4–6 OLAA :

Convention de Vienne 27 ;
LAA 2 II, 115a ;
OLAA 4–6

Le droit international prévaut sur le droit national. En conséquence, les art. 4–6 OLAA ne revêtent pas d'importance au sein de l'espace de l'UE/AELE puisque le droit des traités comprend des dispositions portant sur le même objet. Les articles mentionnés ne sont applicables que lorsque les salariés sont détachés dans les pays avec lesquels aucune convention n'a été signée ou lorsque des travailleurs de ces pays sont détachés en Suisse (cf. circulaire n°19 de l'OFAS, chapitre 2.1.4).

LAA 2 I, 3 IV ;
OLAA 4

L'assurance n'est pas interrompue si un collaborateur assuré en vertu de cette loi est *détaché* dans un pays étranger avec lequel aucune convention spéciale n'a été signée (lesdits Etats non contractants) et qu'il reste lié par des rapports de travail avec son employeur ayant son siège en Suisse. Elle demeure également en vigueur pendant le séjour à l'étranger, et cela pendant deux ans. Si le séjour à l'étranger dure plus de deux ans, la couverture d'assurance peut être prolongée pendant six ans au total. A cette fin, l'employeur doit adresser une demande écrite à sa compagnie d'assurances avant l'expiration de la période d'assurance normale de deux ans. En cas de détachements dans des pays avec lesquels un accord sur la sécurité sociale a été conclu, nous renvoyons au [chapitre 9](#).

OLAA 5a–c

La réglementation précitée ne s'applique pas aux personnes recrutées à l'étranger par un employeur ayant son siège en Suisse pour être affectées à une succursale ou filiale à l'étranger, sauf si l'employeur est une administration publique

suisse (ambassade, consulat, etc.) ou une centrale suisse de promotion du commerce et du tourisme. Leur personnel est alors toujours assuré selon la présente loi pour autant que l'engagement se fasse en vertu du droit suisse. Est également assuré pour une activité passagère ou permanente à l'étranger le personnel des entreprises suisses de chemins de fer occupé sur une de leurs lignes ainsi que le personnel engagé en Suisse par une entreprise de transport aérien.

Toutefois, comme mentionné plus haut, ces dispositions ne sont applicables qu'en relation avec des Etats avec lesquels aucun accord sur la sécurité sociale n'a été conclu. Demeurent réservées d'éventuelles dispositions divergentes résultant des Accords bilatéraux passés avec l'UE et ses Etats membres ainsi qu'avec l'AELE ou d'autres traités entre Etats.

Règlement (CEE)
n° 1408/71

En matière de transport ferroviaire justement, il est impossible de se rendre à l'étranger depuis la Suisse sans traverser au début au moins un pays de l'UE et ou de l'AELE. Concernant la réglementation applicable jusqu'en mars 2012 et portant sur les rapports avec l'UE et ses pays membres ainsi que celle applicable jusqu'en décembre 2015 et portant sur les rapports avec les pays de l'AELE, nous renvoyons donc à l'ancienne disposition correspondante sur les entreprises de transport (cf. art. 14 point 2 let. a Règlement (CEE) n° 1408/71). Cette réglementation a été abandonnée et remplacée par le Règlement (CE) n° 883/2004, entré en vigueur au sein de l'UE en mai 2010 et applicable pour la Suisse depuis avril 2012 dans ses rapports avec les pays de l'UE et depuis janvier 2016 dans ceux avec les pays de l'AELE. Ainsi, le droit applicable reprend depuis les dispositions portant sur l'exercice habituel d'activités lucratives dans plusieurs Etats membres (cf. chapitre 9).

Règlement (CE)
n° 883/2004 11 V ;
Règlement (UE)
n° 465/2012 1 chiffre 2

Quant au personnel des entreprises de transport aérien, nous renvoyons à la disposition entrée en vigueur en 2015 concernant l'espace de l'UE en vertu de laquelle est applicable le droit de la base d'affectation (cf. chapitre 9).

1.2.5 **Travailleurs au service d'un employeur ayant son siège à l'étranger**

LAA 2 II ; OLAA 6

Lorsqu'un *employeur ayant son siège à l'étranger* emploie des travailleurs en Suisse, ceux-ci doivent être assurés conformément à la LAA. Peu importe à cet égard qu'ils perçoivent leur salaire en Suisse ou à l'étranger. Cependant, si un tel employeur détache des collaborateurs en Suisse depuis son siège principal à l'étranger, ces personnes ne sont pas assurées en Suisse selon cette loi durant la première année de leur détachement. Ce délai d'une année peut être porté à six ans au total à condition que les collaborateurs soient couverts par une assurance équivalente. Une demande dans ce sens doit être adressée avant l'échéance du délai d'un an à la caisse supplétive LAA (case postale, 8010 Zurich).

Contrairement à l'art. 4 OLAA, le délai d'un an a été maintenu pour les travailleurs détachés en Suisse par un employeur ayant son siège à l'étranger, car les travailleurs détachés ne disposent parfois d'aucune couverture d'assurance. En pareil cas, ces travailleurs ne doivent pas attendre deux ans mais une année seulement avant de relever de l'obligation d'assurance.

Demeurent réservées les dispositions divergentes résultant des Accords bilatéraux avec des pays de l'UE, de l'Accord AELE ou d'éventuelles conventions internationales de sécurité sociale (cf. [Introduction](#) et [chapitre 9.2](#)).

1.2.6 **Salarié sans employeur soumis à cotisation**

Si le collaborateur d'un employeur étranger sans succursale en Suisse – non soumis à l'obligation de cotiser en Suisse – y est détaché pour une durée supérieure à la durée autorisée dans le cas d'un détachement (cf. [chapitre 9.4](#)), il doit alors acquitter lui-même les cotisations d'assurances sociales. En conséquence, son employeur doit lui verser l'intégralité de son salaire brut.

Concernant les cotisations AVS/AI/APG, les *salariés sans employeur soumis à cotisation* doivent dès lors s'adresser à la caisse de compensation AVS cantonale compétente. Par ailleurs, depuis 2012, ils ne doivent plus cotiser comme des indépendants (barème dégressif), mais comme des employeurs. Les cotisations s'élèvent actuellement à 10,3% pour l'AVS/AI/APG ; pour l'assurance chômage, à 2,2% pour la part du salaire annuel inférieure ou égale à 148 200 CHF et à 1% supplémentaire pour la part du salaire excédant cette somme et plafonnée à 315 000 CHF par an ainsi qu'à 1,2% pour la caisse d'allocations familiales auxquels il faut ajouter les frais administratifs. Concernant l'assurance-accidents, ils doivent s'adresser soit à la Suva ou à un assureur autorisé selon l'art. 68 LAA ; cela dépend de leur domaine d'activité.

Relèvent des employeurs non soumis à cotisations certaines organisations internationales, représentations d'Etats étrangers comme des ambassades et des consulats ainsi que les employeurs dont le siège est basé en dehors de l'UE/AELE. Par contre, les employeurs domiciliés dans un Etat de l'UE/AELE et dont les employés sont assujettis à l'assurance sociale suisse (incl. assurance-accidents) en vertu de l'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) passé avec l'UE ou de l'accord AELE sont généralement également soumis à l'obligation de cotiser en Suisse.

Les employeurs domiciliés dans un pays de l'UE ou de l'AELE peuvent néanmoins convenir avec leurs salariés en vertu de l'art. 21 al. 2 Règlement (CE) n°987/2009 (auparavant art. 109 Règlement (CEE) n°574/72) que ces derniers acquittent eux-mêmes les cotisations. Les employeurs doivent alors verser à leurs salariés la part patronale des cotisations en plus du salaire net. Ils demeurent toutefois responsables à l'encontre des organismes d'assurances sociales si les salariés n'acquittent pas les cotisations dues.

1.2.7 Chômeurs

LAA 1a, 66 III^{bis} ;
OLAA 129, 130 ;
LACI 8, 24, 29

Les *personnes au chômage* qui remplissent les conditions pour la perception de l'allocation chômage visées à l'art. 8 LACI ou perçoivent des indemnités en vertu de l'art. 29 LACI sont en général assurées auprès de la Suva. Si la personne au chômage retire un *gain intermédiaire* d'une activité salariée ou si elle est simplement au chômage partiel, il incombe à l'assureur de l'entreprise considérée d'allouer les prestations en cas d'accident professionnel. En cas d'accidents non professionnels, la personne assurée au chômage demeure assurée par la Suva, sauf si le gain intermédiaire fonde une assurance contre les accidents non professionnels auprès de l'entreprise considérée et qu'un tel accident non professionnel se produit un jour où la personne assurée réalise ou aurait dû réaliser un gain intermédiaire.

Pour les situations internationales se déroulant au niveau de l'espace de l'UE, nous renvoyons à l'art. 11 al. 3 let. c du Règlement (CE) n°883/2004.

2 Obligations de l'employeur

2.1 Obligation d'assurance

LAA 1a, 59 II,
69, 93 ;
OLAA 116 I

Un employeur qui emploie des travailleurs doit les assurer – sous réserve des dispositions des Accords bilatéraux – conformément à la LAA. Les travailleurs ont le droit de participer au choix de l'assureur.

2.2 Relevé des salaires

L'employeur doit établir, séparément pour les hommes et les femmes, *un relevé des salaires soumis à l'AVS* de tous les travailleurs qui sont obligatoirement assurés. A cet égard, il doit mentionner séparément les catégories suivantes de travailleurs :

- personnes dont le salaire excède le montant maximal du gain assuré (actuellement de 148 200 CHF) ;
- personnes qui travaillent moins de huit heures par semaine ;
- personnes percevant un salaire de minime importance qui sont exonérées de l'obligation de cotiser à l'AVS.

Remarque : il n'y pas lieu de déclarer les salaires des personnes qui ne sont pas soumises au droit suisse des assurances sociales en vertu des Accords bilatéraux et qui, de ce fait, ne tombent pas sous le coup de la LAA.

Pour savoir quels salaires doivent être saisis et les critères selon lesquels ils doivent être répartis, il convient de se référer aux explications du [chapitre 8.7](#).

S'agissant des *relevés de salaires*, il y a également lieu de saisir systématiquement :

- le genre d'activité/la fonction de chaque assuré ;
- la date de ses jours de travail ;

- le temps de travail de chaque jour de travail (concerne surtout les travailleurs occupés à temps partiel et/ou payés à l'heure).

Ces documents doivent être conservés pendant 5 ans.

2.3 Paiement des primes

LAA 91

L'employeur doit la totalité des primes à l'assureur, à savoir celles pour l'assurance des accidents tant professionnels que non professionnels. Il peut cependant déduire du salaire du travailleur, totalement ou partiellement, la prime pour les accidents non professionnels.

2.4 Information du personnel

OLAA 72

L'employeur est tenu d'*informer* ses travailleurs de manière suffisante sur les aspects de l'assurance-accidents qui les concernent.

Lors de l'entrée dans l'entreprise et – ultérieurement – à sa demande ou en cas de besoin, le travailleur doit être informé qu'il est assuré contre les accidents professionnels et, le cas échéant, contre les accidents non professionnels. Il doit savoir quelles prestations il peut attendre et ce qu'il est tenu de faire en cas d'accident. Cette information est transmise de préférence par la *distribution ou l'affichage du memento* que l'assureur tient à la disposition de l'employeur.

L'information devrait également s'étendre aux éventuelles assurances complémentaires afin que l'assuré soit parfaitement au courant de l'étendue de sa couverture d'assurance.

Les salariés travaillant en moyenne moins de huit heures par semaine doivent être sensibilisés au fait qu'ils ne sont assurés qu'en cas d'accidents professionnels (accidents sur le chemin du travail compris).

Lorsque cessent les rapports de travail (pour cause de résiliation, de retraite ou d'invalidité) ou si le travail est interrompu pendant plus de 31 jours sans droit au salaire (congés non payés), l'employeur est tenu d'informer le travailleur de la continuation de l'assurance pendant 31 jours encore et de la possibilité de prolonger ensuite l'assurance des accidents non professionnels en concluant une *assurance par convention* pour une période de six mois au maximum. A cet effet, l'employeur remettra au travailleur le formulaire correspondant.

2.5 Coopération en cas de sinistre

- LAA 45 L'employeur est tenu d'aviser sans retard l'assureur de tout accident ou maladie professionnelle survenant à l'un de ses travailleurs. A cet effet, l'assureur met à sa disposition des formulaires ad hoc en format papier ou électronique avec les explications nécessaires pour les remplir correctement.
- LAA 45 II^{bis} Les personnes au chômage déclarent leur accident à l'assurance-chômage, laquelle transmet alors la déclaration d'accident à l'assureur-accidents correspondant.
- Si l'accident entraîne le décès de l'assuré, cette obligation de déclaration incombe aux survivants ayant droit à des prestations pour survivants.
- OLAA 53, 56 En outre, l'employeur doit fournir à l'assureur tous les renseignements permettant d'établir les circonstances de l'accident. De plus, il doit donner aux mandataires de l'assureur libre accès aux locaux de l'entreprise.
- LAA 49 Après y avoir été autorisé par l'assureur, l'employeur paie l'indemnité journalière pour le compte de l'assureur.

- 2.6 Coopération à la prévention des accidents**
- LAA 82, 82a
- La prévention des accidents et des maladies professionnels est une tâche importante de l'employeur. Il doit inciter les travailleurs à y contribuer. Les installations de protection et de sécurité doivent être utilisées et ne doivent pas être modifiées. Lorsque les conditions sont remplies, l'employeur est tenu de veiller à ce que les travaux présentant des dangers particuliers soient réalisés uniquement par des personnes disposant de la formation correspondante (cf. chapitre 11).
- 2.7 Modifications des conditions propres de l'entreprise**
- LAA 92 IV
- Le taux de prime étant fonction du genre de l'entreprise, l'employeur est tenu d'annoncer à l'assureur, dans les 14 jours, les modifications des conditions propres de l'entreprise susceptibles d'en changer le genre (début/cessation de la fabrication, introduction/élimination de gammes de produits ayant des propriétés fondamentalement différentes des autres).
- 2.8 Cessation de l'activité ou cession de l'entreprise**
- OLAA 97
- La cessation de l'activité ou la cession de l'entreprise à un autre propriétaire doivent être déclarées à l'assureur dans les 14 jours.

3 Contrat d'assurance en assurance-accidents obligatoire

3.1 Parties au contrat

LAA 58, 68

L'assurance-accidents est gérée, selon les catégories d'assurés, par la Suva ou par d'autres assureurs autorisés. Il peut s'agir :

- de compagnies d'assurances de droit privé ;
- d'assureurs-maladie ;
- de caisses publiques d'assurance-accidents ;
- de caisses supplétives gérées par les assureurs conformément à l'art. 68 LAA.

LAA 66 ;
OLAA 73–89

Le *domaine d'activité de la Suva* est régi exhaustivement par l'art 66 LAA. Il s'agit essentiellement d'activités dans le cadre desquelles les personnes assurées peuvent être exposées à des dangers particuliers.

LAA 68

Les entreprises qui ne sont pas régies par l'article 66 LAA doivent s'assurer auprès d'une compagnie d'assurances privée ou d'une caisse-maladie. Celles-ci sont inscrites dans un registre public tenu par l'Office fédéral des assurances sociales.

OLAA 88

Le choix de l'assureur compétent est fonction de l'entreprise principale. Les entreprises auxiliaires et accessoires suivent le régime de l'entreprise principale. Il s'agit d'entreprises ou des parties d'entreprises qui dépendent techniquement de l'entreprise principale et qui lui sont rattachées géographiquement et/ou en termes de personnel.

Aux fins de conciliation des litiges permettant de déterminer la caisse à laquelle l'entreprise considérée est assujettie, l'Association Suisse d'Assurances ASA et la Suva ont créé une *commission paritaire LAA*.

LAA 70 II Les caisses-maladie peuvent pratiquer l'assurance du traitement médical, y compris les dommages matériels, les frais de voyage, de transport et de secours ainsi que l'assurance d'une indemnité journalière. Elles sont tenues de passer un accord réglant leur collaboration avec un assureur privé qui alloue les autres prestations d'assurance.

LAA 72, 73 En vertu d'une prescription légale, les compagnies d'assurances privées et les caisses-maladie ont créé en commun la *caisse supplétive* sous la forme d'une fondation. La caisse supplétive alloue les prestations légales d'assurance aux travailleurs accidentés qui n'ont pas été assurés par leur employeur et que la Suva n'a pas la compétence d'assurer.

Les partenaires contractuels des assureurs sont les employeurs. Dans la mesure où ils ne sont pas assujettis à la Suva, ce sont les employeurs qui décident auprès de quelle compagnie d'assurances ils souhaitent assurer leurs collaborateurs contre les accidents. Ils doivent alors indiquer à leurs collaborateurs les assureurs choisis.

3.2 Contenu du contrat d'assurance

LAA 59, 59a Le rapport d'assurance est fondé sur un contrat passé entre l'employeur ou la personne exerçant une activité lucrative indépendante et l'assureur. Le rapport d'assurance avec la Suva est fondé sur la loi.

Les assureurs désignés à l'art. 68 LAA établissent conjointement un *contrat-type* contenant les clauses qui doivent obligatoirement figurer dans tout contrat d'assurance.

Celles-ci doivent préciser le mode de classement dans le *tarif des primes* ainsi que la manière dont les primes sont calculées.

Le contrat-type doit notamment prévoir que les entreprises assurées peuvent, en cas de hausse du taux de prime net ou du pourcentage du supplément de prime destiné aux frais

administratifs, résilier le contrat dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la notification de l'assureur. Les assureurs doivent communiquer les hausses aux entreprises assurées au moins deux mois avant le terme de l'exercice comptable.

La durée du contrat et les modalités de sa résiliation doivent également être précisées.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, l'employeur qui continue à occuper des travailleurs doit veiller à garantir la continuité de la couverture d'assurance, sans lacune aucune, en concluant un nouveau contrat auprès d'un autre assureur LAA.

Par ailleurs, en *assurance facultative*, le contrat d'assurance prend fin

- avec l'assujettissement de la personne assurée à l'assurance-accidents obligatoire ;
- avec son exclusion ;
- trois mois après la cessation de l'activité lucrative indépendante ou de la collaboration comme membre de la famille non assuré à titre obligatoire.

3.3 Assurances complémentaires

En complément à la LAA, les compagnies d'assurances privées offrent des *assurances-accidents complémentaires* qui permettent de couvrir les besoins excédant les prestations de la LAA. L'assurance complémentaire LAA, plus souple, permet de transformer l'assurance LAA standard en une prévoyance accidents sur mesure pour le personnel (cf. chapitre 16).

4 Début, suspension et fin de la couverture d'assurance

4.1 Début de la couverture d'assurance

LAA 3

L'assurance *produit ses effets* dès le jour où débute le rapport de travail ou dès que naît le droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail.

Pour les *personnes au chômage*, elle produit ses effets dès le jour où ces personnes remplissent pour la première fois les conditions visées à l'art. 8 LACI ou perçoivent pour la première fois des indemnités en vertu de l'art. 29 LACI.

OLAA 13 II

Pour le *travailleur à temps partiel* qui n'est assuré que pour les accidents professionnels, la couverture d'assurance commence toujours au moment où il prend pour la première fois le chemin du travail.

4.2 Suspension de la couverture d'assurance

LAA 3 IV

L'assurance est *suspendue* lorsque l'assuré est soumis à l'assurance militaire ou à une assurance-accidents obligatoire étrangère.

4.3 Fin de la couverture d'assurance

LAA 3 II

La couverture d'assurance *cesse* en principe de produire ses effets à la fin des rapports de travail.

Pour les assurés qui sont également couverts pour les accidents non professionnels, la couverture d'assurance prend fin le 31^e jour à compter de celui où cesse le droit à un demi-salaire au moins. Sont notamment réputés salaire au sens de la présente disposition

- OLAA 7
- le salaire déterminant au sens de la législation fédérale sur l'AVS ;
 - les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance militaire, de l'assurance-invalidité, du régime des allocations pour perte de gain, ainsi que celles des caisses-maladie et des assurances-maladie et accidents privées ou des assurances maternité cantonales, qui sont versées en lieu et place du salaire.

Si la relation de travail est formellement maintenue, mais que le droit au salaire est suspendu par suite de congés non payés, la couverture d'assurance pour les accidents non professionnels ne continue de produire ses effets que pendant 31 jours supplémentaires.

- OLAA 13 II
- Pour le *travailleur à temps partiel* qui n'est assuré que pour les accidents professionnels, la couverture d'assurance prend toujours fin à son retour du travail à son domicile.

Pour les *personnes au chômage*, elle cesse de produire ses effets le 31^e jour où ces personnes remplissent pour la dernière fois les conditions visées à l'art. 8 LACI ou perçoivent pour la dernière fois des indemnités en vertu de l'art. 29 LACI. Si l'assuré commence un nouvel emploi avant l'expiration du 31^e jour et qu'il bénéficie alors d'une couverture d'assurance contre les accidents non professionnels, l'ancienne assurance prend fin dès l'entrée dans le nouvel emploi.

4.4 Prolongation de la couverture des accidents non professionnels par l'assurance par convention LAA

- LAA 3 III ; OLAA 8
- L'assurance des accidents non professionnels peut être prolongée par l'assuré au delà des 31 jours pour une période de six mois maximum (*assurance par convention*), s'il s'acquitte de la prime correspondante avant la fin du délai de 31 jour.

Le mémento « Assurance par convention » et son bulletin de versement donnent toute précision utile à ce sujet. L'employeur reçoit ce document de l'assureur et le remet au travailleur.

La prolongation de l'assurance des accidents non professionnels présuppose qu'une telle assurance existe. Les personnes travaillant à temps partiel en raison d'un horaire hebdomadaire de moins de huit heures auprès de chacun de leurs employeurs ne peuvent dès lors pas profiter de la prolongation de la couverture des accidents non professionnels, car elles ne sont pas du tout assurées contre les accidents non professionnels.

5 Risques assurés

LAA 6 I L'assurance s'étend aux accidents et maladies professionnels que l'assuré subit en rapport avec l'exercice de son activité lucrative, ainsi que – pour la grande majorité des assurés – aux accidents non professionnels (accidents durant les loisirs).

OLAA 11 Les *rechutes et les séquelles tardives* sont évaluées de la même manière que le cas de base assuré.

- Il y a *rechute* lorsqu'une lésion apparemment guérie nécessite un nouveau traitement médical, voire provoque une nouvelle incapacité de travail.
- Il y a *séquelles tardives* lorsque, après une certaine période, une lésion apparemment guérie présente souvent un tableau clinique totalement différent qui nécessite un traitement médical et/ou entrave la capacité de travail ou de gain.

Dans de tels cas, la personne accidentée a également droit aux prestations d'assurance prévues par la loi.

La loi régit différemment les assurances maladies et accidents. Cela implique que les accidents et les maladies professionnelles assurés doivent être délimités par rapport aux maladies non assurées. Cette délimitation est également nécessaire parce que le financement des risques assurés est réglé différemment. C'est pourquoi les diverses notions sont commentées et définies ci-dessous.

5.1 Accidents assurés

LPGA 4

Est réputé *accident* toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

En premier lieu, l'atteinte dommageable doit être soudaine et provoquée par un facteur extérieur. C'est généralement le cas lors d'une chute à ski : le facteur extérieur pouvant être par exemple la présence d'une pierre ou d'un autre skieur sur la piste. En revanche, si le dommage survient peu à peu et est déclenché par un facteur interne, nous parlons alors d'une maladie (par exemple usure des articulations, vasoconstriction, etc.).

En outre, seules des lésions corporelles subies involontairement sont assurées. La provocation intentionnelle d'un accident (par exemple suicide ou automutilation dans le but d'obtenir des prestations d'assurance) ne saurait donner droit à des prestations. Ceci ne vaut que si, au moment des faits, l'assuré n'était pas totalement incapable d'agir avec discernement.

De plus, le facteur extérieur qui cause la lésion corporelle doit être extraordinaire. Le caractère extraordinaire se rapporte au facteur extérieur lui-même et non à l'effet de celui-ci sur le corps humain.

Pour pouvoir parler d'un accident au sens de la LAA, les conditions précitées doivent être remplies cumulativement. Si une seule de ces caractéristiques fait défaut, il n'est plus possible de parler d'accident au sens de la LAA.

5.2 Lésions corporelles assimilées aux accidents assurés

LAA 6 II

La frontière entre accident et maladie est souvent ténue. Dans le langage courant, certains événements sont parfois appelés accidents bien que, souvent, la caractéristique de

l'atteinte par une cause extérieure inhabituelle fasse défaut. Il s'agit en particulier de déboîtements d'articulations ainsi que de déchirures de muscles, de tendons et du ménisque ou de lésions et d'élongations ligamentaires. Ces *lésions corporelles assimilées à un accident* sont énumérées dans la loi et sont également à la charge de l'assureur. Ce dernier peut se libérer de son obligation de verser des prestations en apportant la preuve que la lésion corporelle est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

OLAA 10

Si une personne accidentée subit une lésion corporelle à l'occasion d'un examen médical demandé par l'assureur-accidents ou rendu nécessaire pour d'autres motifs, cette lésion est également assurée.

5.3 Accidents professionnels

LAA 7 ; OLAA 12

Relèvent des *accidents professionnels* ceux qui surviennent dans le cadre d'activités exécutées sur ordre de l'employeur ou dans son intérêt. Sont également réputés comme tels les accidents survenant lors d'une sortie d'entreprise ainsi que lors de la fréquentation d'écoles ou de cours prévue par la loi ou par contrat. Les accidents qui surviennent pendant les pauses ainsi que, d'une manière générale, les accidents se produisant dans l'enceinte de l'entreprise sont également assimilés à des accidents professionnels pour autant que la présence de l'assuré y soit autorisée.

Compte tenu de la pratique en vigueur, les accidents survenant pendant la pause sont cependant considérés comme accidents non professionnels lorsque l'assuré quitte l'enceinte de l'entreprise ou la zone de danger et que, à ce moment-là, il est victime d'un accident.

5.4 Accidents non professionnels

LAA 8

Sont réputés *accidents non professionnels* tous les accidents qui ne sont pas des accidents professionnels, c'est-à-dire qui surviennent pendant les loisirs, les vacances, dans le

cadre de la pratique d'un sport, à domicile et lors d'activités liées à la sphère privée. Toute personne qui exerce une activité indépendante pendant son temps libre est également assurée contre les accidents en rapport avec cette activité. Cependant, le revenu résultant de cette activité indépendante n'est pas pris en considération lors du calcul des prestations en espèces ; il est donc recommandé de conclure une assurance-accidents séparée à cet effet.

OLAA 13 I

Ne sont assurées contre les *accidents non professionnels* que les personnes travaillant au moins huit heures par semaine pour un employeur. Toute personne n'atteignant pas ce seuil (*travailleurs à temps partiel*) n'est assurée que pour les accidents professionnels, et ce même si elle travaille plus de huit heures par semaine au total, mais qu'elle n'atteint ce minimum de huit heures hebdomadaires chez aucun de ses employeurs.

S'agissant de certaines activités professionnelles – notamment les professions de l'enseignement – on ne prend pas seulement en compte le nombre d'heures effectif (temps de présence), mais aussi le temps consacré à la préparation et au travail subséquent. Selon le genre d'activité, les conditions peuvent tout à fait être déjà remplies pour l'existence d'une assurance des accidents non professionnels même si les cours donnés représentent moins de huit heures par semaine. En cas de doute, il est recommandé de contacter l'assureur et de régler clairement la situation.

La détermination de cette limite de huit heures repose sur le temps de travail convenu dans le contrat ; tout dépassement exceptionnel de cette limite (à la hausse ou à la baisse) n'influe pas sur la couverture des accidents non professionnels. Dans le cas de personnes travaillant irrégulièrement, le temps de travail moyen est calculé sur la base des trois ou des douze derniers mois (est alors déterminante la variante la plus favorable pour la personne accidentée), indépendamment des absences pour cause de congés, service militaire ou maladie.

En cas de doute, il est conseillé de conclure pour la personne concernée une assurance-accidents individuelle normale auprès d'une compagnie d'assurances de son choix complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire. Une couverture d'assurance en cas d'accident non professionnel est ainsi garantie en toute circonstance.

5.5 Accidents survenant sur le chemin du travail

OLAA 13 II

Ces accidents sont assurés pour tous les travailleurs, indépendamment du nombre d'heures hebdomadaires effectuées auprès d'un employeur.

S'agissant de personnes qui, en raison de leur taux d'occupation réduit, ne sont assurées que pour les accidents professionnels y compris *les accidents survenant sur le chemin du travail*, seuls comptent les accidents qui surviennent sur le chemin direct menant au travail ou sur celui du retour au domicile. Une interruption du chemin du travail d'une heure au moins n'interrompt pas la couverture d'assurance, quelles que soient les raisons qui sont à l'origine de cette interruption. Lorsqu'il existe des raisons qualifiées, le rapport d'assurance n'est pas interrompu, même si cette marge de temps est dépassée.

OLAA 1a IV

Pour les personnes assurées détenues dans un établissement pénitentiaire, un établissement d'internement ou d'éducation au travail, ou encore dans une maison d'éducation, ainsi que pour les personnes appartenant à une communauté religieuse, les accidents qui se produisent sur le trajet qu'elles doivent emprunter pour se rendre au travail ou en revenir sont réputés accidents professionnels.

Pour tous les autres travailleurs qui sont occupés plus de huit heures par semaine auprès du même employeur, il importe peu que les accidents survenant sur le chemin du travail comptent au nombre des accidents non professionnels, car ils sont de toute façon assurés.

5.6 Maladies professionnelles et autres maladies liées à l'exercice d'une profession

En règle générale, les maladies au sens de l'art. 3 LPGA ou leurs incidences économiques ne font pas l'objet de l'assurance-accidents obligatoire.

LAA 9 I ; OLAA 14, annexe 1

Certaines maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux sont réputées *maladies professionnelles* et sont en principe assimilées aux accidents assurés. Le Conseil fédéral a établi une liste de ces substances et de ces travaux et a énuméré les affections qu'ils provoquent et qui peuvent donner droit à des prestations d'assurance en vertu de cette loi. Cette liste constitue l'annexe 1 OLAA.

LAA 9 II

Si l'assuré fait valoir des prestations pour une *autre maladie professionnelle*, qui n'est pas en rapport avec des substances ou des affections dues au travail selon l'annexe 1 OLAA, il doit prouver que cette maladie a été causée exclusivement ou, à tout le moins, de manière nettement prépondérante (autrement dit à plus de 75 %), par l'exercice de l'activité professionnelle.

6 Prestations d'assurance

6.1 Généralités

LAA 10-35 ;
LPGA 6-9, 14-20

L'assurance-accidents obligatoire prévoit les prestations suivantes :

- la prise en charge des frais des traitements médicaux ;
- le remboursement des frais des moyens auxiliaires, de certains dommages matériels, de voyages et de transport médicalement nécessaires, des frais de sauvetage et des frais funéraires ;
- le paiement de prestations en espèces pour perte de gain sous la forme d'indemnités journalières, de rentes d'invalidité ou de survivants ;
- le paiement de prestations en espèces à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité et d'allocation pour impotent, d'indemnité en capital et de prestations transitoires.

6.2 Prestations en nature

6.2.1 Traitement médical

LAA 10, 48 ;
OLAA 15, 67

L'assuré a droit à un traitement médical approprié et économique. Cela signifie que les mesures de traitement doivent être limitées proportionnellement à l'objectif de ce traitement. L'assuré a droit à l'hospitalisation en division commune. La différence de coût pour une chambre en catégorie supérieure est à la charge de l'assuré, mais elle peut également être couverte par une assurance complémentaire (cf. chapitres 3.3 et 16).

LAA 10 II

Le libre choix du médecin, de l'hôpital ou de l'établissement de cure est garanti.

LAA 10 I

Les coûts suivants sont pris en charge :

- les traitements ambulatoires
 - dispensés par les médecins, les dentistes ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ;
 - par les chiropraticiens ;
 - dans un hôpital ;
- le traitement stationnaire, la nourriture et le logement en division commune ;
- les médicaments, analyses ainsi que cures complémentaires et cures thermales ordonnées par le médecin ;
- les autres moyens et appareils servant à la guérison ;
- sur prescription du médecin, l'aide et les soins à domicile prodigués par un infirmier diplômé ou par du personnel spécialisé d'organisations Spitex, pour autant que les personnes et organisations précitées soient admises selon l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Par ailleurs, l'assureur participe aux soins médicaux à domicile prescrits par un médecin et dispensés par une personne non autorisée, à condition qu'ils soient donnés de manière appropriée, ou aux soins non médicaux à domicile, à condition qu'ils ne soient pas couverts par l'allocation pour impotent selon l'art. 26 LAA.

LAA 10 III

OLAA 18 ;

OAMal 49, 51

OLAA 17

En cas de traitement à l'étranger : cf. chapitre 10.

Durée du droit au traitement :

Le droit au traitement médical perdure jusqu'au versement d'une éventuelle rente tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement une sensible amélioration de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA a contrario). On parle d'amélioration sensible lorsque la capacité de travail peut être notablement améliorée ou recouvrée.

Concernant le droit au traitement médical après détermination d'une rente : cf. chapitre 6.3.3.

LPGA 70, 71 ; OAMal 112	<p>Obligation des assureurs-maladie d'avancer les prestations selon la LAMal :</p> <p>S'il y a doute quant à l'obligation de prise en charge par l'assurance-accidents, l'assureur maladie doit, en vertu de la LAMal, avancer temporairement les prestations assurées par lui, et ce sans préjuger de son droit à être remboursé. En cas de prise en charge définitive du cas par l'assureur-accidents, celui-ci rembourse à l'assureur-maladie selon la LAMal les prestations avancées par ce dernier.</p> <p>Si une personne est assurée auprès de plusieurs assureurs maladie selon la LAMal pour une indemnité journalière, chacun de ces assureurs est tenu de faire l'avance des prestations.</p>
----------------------------	--

6.2.2 Remboursements de frais

LAA 11 ; OLAA 19, 67	L'assurance prend en charge les frais pour l'acquisition, la location ou la réparation de <i>moyens auxiliaires</i> (prothèses) destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction. Les moyens auxiliaires doivent être d'un modèle simple et adéquat. La remise de moyens auxiliaires est régie par l'ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents (OMAA).
LAA 12	En règle générale, les <i>dommages matériels</i> ne relèvent pas de l'assurance-accidents obligatoire. Ainsi, les dommages aux vêtements ou à d'autres effets personnels ne sont pas couverts. L'assuré a cependant droit à l'indemnisation pour les dommages causés par un accident aux objets qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps. Les frais de remplacement des lunettes, appareils acoustiques et prothèses dentaires ne sont pris en charge que si les dommages sont en relation avec une lésion corporelle nécessitant un traitement.
LAA 13 ; OLAA 20	L'assurance prend également en charge les <i>frais de voyages et de transport</i> médicalement nécessaires. Il doit s'agir d'un moyen de transport le mieux adapté aux circonstances, en

général d'un moyen de transport public. En cas de transfert de l'assuré de l'hôpital du lieu de l'accident à celui de son domicile pour des raisons d'ordre familial, les frais en résultant peuvent être remboursés à certaines conditions si la durée présumée de l'hospitalisation excède dix jours (valeur indicative). Sont par contre remboursés les déplacements chez le médecin, le thérapeute ou jusqu'au lieu de cure le plus proche ainsi que les frais extraordinaires entraînés par l'utilisation – rendue nécessaire par l'accident – de moyens de transport spéciaux pour se rendre au travail, dans la mesure où cela facilite une reprise plus rapide du travail. Restrictions à l'étranger : cf. [chapitre 10](#).

LAA 13 ; OLAA 20

Sont également pris en charge les frais de *sauvetage et de dégagement* nécessaires. On entend par là tant le dégagement d'une victime d'un accident que le transport d'urgence chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche. Les frais de sauvetage sont également pris en charge si la personne sauvée n'a pas subi de lésions corporelles, mais qu'elle en aurait très probablement subies sans les mesures prises pour son sauvetage (par exemple dégagement à la suite d'une avalanche). Sont en outre remboursés les frais engagés pour la recherche – même sans succès – d'un disparu s'il y a tout lieu de croire qu'il a disparu sans intention aucune et que, très vraisemblablement, sa vie est gravement menacée suite à un accident. Restrictions à l'étranger : cf. [chapitre 10](#).

LAA 14 ; OLAA 21

En *cas de décès*, sont également remboursés les frais de *transport du corps* au lieu d'inhumation ainsi que les *frais funéraires*, ces derniers dans la mesure où ils n'excèdent pas sept fois le montant maximal du gain journalier assuré (actuellement 2 838 CHF). Restrictions à l'étranger : cf. [chapitre 10](#).

6.3 Prestations en espèces

6.3.1 Principes

LAA 15 ;
OLAA 22-24

L'assurance verse des prestations en espèces pour compenser la perte de gain. Le *gain assuré* sert de base au calcul de l'indemnité journalière et à celui des rentes d'invalidité et de survivants. Il se compose essentiellement du salaire AVS avec les particularités suivantes :

Sont également pris en compte

- OLAA 22 II a – les salaires non soumis aux cotisations AVS, soit avant l'âge de 18 ans et après celui de la retraite ;
- OLAA 22 II b – les allocations familiales (pour enfants ou de ménage) versées conformément aux usages locaux ou professionnels ;
- OLAA 22 II c – pour les membres de la famille de l'employeur travaillant dans l'entreprise, les associés, les actionnaires et les membres de sociétés coopératives, est pris en compte au minimum le salaire correspondant aux usages de la branche et aux usages locaux.

Ne sont pas pris en compte

- OLAA 22 II d – les indemnités versées en cas de résiliation des rapports de travail, lors de la fermeture d'entreprises ou en des circonstances analogues ;
- les gains provenant de l'exercice d'une activité lucrative indépendante dans la mesure où ceux-ci ne sont pas assurés à titre facultatif au sens de la LAA.

LAA 15 III ; LPGA 18 ;
OLAA 22 I, annexe 2

Le gain assuré n'est pris en considération que jusqu'à concurrence d'un *montant maximal*. Ce dernier est fixé de telle sorte que, en règle générale, au moins 92 %, mais pas plus de 96 % des travailleurs obligatoirement assurés soient couverts pour l'intégralité de leur gain. Il peut au besoin être adapté en fonction des revenus des assurés. Il s'élève actuellement à 148 200 CHF par an, soit 406 CHF par jour.

6.3.2 Indemnité journalière

LAA 15-17 ;
LPGA 6

L'indemnité journalière est allouée lorsqu'en raison d'un accident ou d'une maladie professionnelle, un assuré subit une incapacité de travail totale ou partielle. Est réputée *incapacité de travail* au sens de la loi toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, psychique ou mentale. L'incapacité de travail doit être constatée par un médecin. En cas d'incapacité de travail totale, l'indemnité journalière correspond à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail est partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Le *droit à l'indemnité journalière* prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès le début du versement de la rente d'invalidité ou au décès de l'assuré.

CO 324b III

Pour les deux premiers jours (délai de carence), l'employeur doit verser au moins 80 % du salaire.

OLAA 22 III, 25,
annexe 2

L'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire que l'assuré a reçu en dernier lieu avant l'accident (c'est-à-dire sur la base de son droit au salaire) selon les formules contraignantes de l'annexe 2 OLAA. L'indemnité journalière est versée pour tous les jours, y compris les dimanches et les jours fériés.

LAA 16 IV, 17 II ;
LACI 18 I, 22,
22a, 30

L'indemnité journalière est versée aux personnes au chômage nonobstant les délais d'attente ou les jours de suspension. Elle correspond à l'indemnité nette de l'assurance-chômage, calculée par jour civil.

OLAA 22 III^{bis}

Si un assuré avait droit avant l'accident à une indemnité journalière conformément à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, il perçoit de l'assurance-accidents une indemnité journalière qui correspond au moins au montant total de celle allouée jusqu'ici par l'AI.

LAA 16 III	Aucune indemnité journalière n'est allouée par l'assurance-accidents s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité (par exemple pour des mesures de ré-insertion) ou à une allocation de maternité selon la loi sur les allocations pour perte de gain.
LPGA 21 V	Pendant la durée d'une peine privative de liberté, le versement des indemnités journalières peut être partiellement ou totalement suspendu à l'exception des prestations destinées à l'entretien des proches visées à l'art. 21 al. 3 LPGA.
OLAA 27 ; LPGA 67	Etant donné qu'une partie des frais d'entretien est comprise dans les frais hospitaliers, l'indemnité journalière est réduite, pendant un séjour dans un établissement hospitalier, de 20 % (de 20 CHF au plus) pour les célibataires sans obligation d'entretien ou d'assistance et de 10 % (de 10 CHF au plus) pour les assurés mariés et pour les célibataires qui ont des obligations d'entretien ou d'assistance. Aucune déduction n'est opérée pour les assurés ayant à leur charge des enfants mineurs ou qui poursuivent leurs études.
LPGA 19 II	En principe, c'est la personne assurée qui a droit à l'indemnité journalière. Toutefois, les indemnités journalières sont versées à l'employeur dans la mesure où il continue de verser un salaire à l'assuré alors que celui-ci a droit à des indemnités journalières. Aussi longtemps que le travailleur est lié par le rapport de travail, il est généralement convenu avec l'employeur que les indemnités journalières sont versées d'abord à celui-ci, qui les transmet ensuite au travailleur.
LPGA 19 IV	Si le droit à des prestations semble avéré et que leur versement est retardé, des avances peuvent être versées.
OLAA 23	Dans les cas spéciaux où il y a réduction du revenu, les dispositions suivantes s'appliquent pour le calcul de l'indemnité journalière :
OLAA 23 I	– Si, avant l'accident, l'assuré n'a reçu aucun salaire ou n'a touché qu'un salaire réduit en raison d'absences par suite d'accident, de maladie, de maternité, de réduction de l'ho-

raire de travail (chômage partiel), de service militaire, de service civil, de service dans la protection civile, le gain pris en considération est celui qu'il aurait obtenu sans la survenance de ces éventualités.

- OLAA 23 III – Lorsque l'assuré n'exerce pas d'activité lucrative régulière ou si son salaire est soumis à de fortes variations, le calcul des prestations doit se fonder sur un salaire moyen équitable par jour.
- OLAA 23 III^{bis} – En cas d'accident, le personnel temporaire qui exerce une activité professionnelle régulière sur la base d'un contrat cadre et d'un contrat de mission a droit au salaire convenu dans le contrat de mission.
- OLAA 23 IV – Lorsqu'un travailleur saisonnier est victime d'un accident pendant la période où il ne travaille pas, le salaire total perçu au cours de l'année précédente doit être divisé par 365. En cas d'accident pendant son activité saisonnière, est pris en considération le salaire effectivement reçu, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit. Ce salaire est converti en salaire annuel et divisé par 365. Cette dernière disposition est applicable même si le revenu du saisonnier est soumis à de fortes variations pendant l'activité lucrative.
- OLAA 23 V, 99 – Si l'assuré était au service de plus d'un employeur avant l'accident, il y a lieu de se fonder sur la totalité des salaires obtenus chez tous les employeurs (jusqu'à concurrence du montant maximal du gain assuré), et ce que les rapports de travail couvrent uniquement les accidents professionnels ou également les accidents non professionnels. Cette disposition s'applique aussi à l'assurance facultative.
- OLAA 23 VI – Pour les stagiaires, les volontaires et les personnes exerçant une activité aux fins de se préparer au choix d'une profession et pour les assurés exerçant une activité aux fins d'acquérir une formation dans des centres de réadaptation professionnelle pour personnes handicapées, il y a

lieu de prendre en considération le salaire effectif, mais au moins 20 % du montant maximal du gain journalier assuré si ces personnes ont 20 ans révolus et au moins 10 % si elles n'ont pas 20 ans révolus. Cette disposition ne s'applique pas aux apprentis pour lesquels c'est le salaire d'apprenti effectivement perçu qui est pris en compte. En cas de persistance de l'incapacité de travail au delà de la fin hypothétique de la formation, l'indemnité journalière est alors calculée à partir de la grille salariale de la profession considérée.

- OLAA 23 VII – Si le traitement médical a duré au moins trois mois et que le salaire de l'assuré aurait été augmenté d'au moins 10 % au cours de cette période, l'indemnité journalière doit être redéfinie.
- OLAA 23 VIII – En cas de rechute, le salaire que l'assuré recevait au moment de l'accident n'est pas pris en considération. Est déterminant le salaire perçu juste avant la rechute ; il ne saurait toutefois être inférieur à 10 % du montant maximal du gain journalier assuré. Cette règle ne s'applique pas aux rentiers de l'assurance sociale.
- OLAA 23 IX – Si les suites d'un événement assuré occasionnent un retard d'au moins six mois dans la formation professionnelle, une indemnité journalière partielle correspondant à la différence entre le gain alloué durant la formation et le gain minimum d'un travailleur spécialisé de la même branche sera accordée pour la durée du retard dans la formation, mais au plus pendant un an.

6.3.3 Rente d'invalidité

LAA 18 ;
LPGA 7, 8, 16

Une rente est versée lorsque la personne assurée est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle et que l'événement est survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Au sens de la loi, l'invalidité est une *diminution* vraisemblablement permanente ou de longue durée *de la capacité de gain* résultant d'une atteinte

à la santé. L'invalidité n'est donc pas définie comme une infirmité physique ou mentale, mais comme une diminution purement économique de la capacité de gain résultant d'un accident ou d'une maladie professionnelle. Le *degré d'invalidité* s'obtient en comparant les possibilités de revenu que pouvait obtenir un assuré avant l'atteinte avec celles qui lui restent après cette atteinte. La comparaison porte sur ce que l'assuré, après achèvement du traitement médical et après exécution d'éventuelles mesures de réadaptation (le plus souvent celles de l'Assurance-invalidité fédérale AI), pourrait obtenir en exerçant *une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui* (et non pas seulement dans sa profession habituelle) sur un marché du travail équilibré (revenu d'un invalide) avec ce qu'il pourrait gagner dans les mêmes conditions si sa capacité de travail n'avait pas été amoindrie par les suites de l'accident ou de la maladie professionnelle (revenu d'une personne valide). L'assuré est tenu d'entreprendre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour réduire au maximum les conséquences économiques de l'invalidité. Si la différence entre le revenu d'une personne valide et celui d'un invalide est inférieure à 10 %, aucune rente d'invalidité n'est allouée.

LAA 19 I

Le droit à la rente *prend naissance*, dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'AI ont été menées à terme. Une amélioration sensible est probable lorsqu'un traitement médical a encore des chances d'améliorer la capacité de travail ou de la restaurer. Le droit à la rente vient remplacer le droit aux indemnités journalières et, sous réserve de l'art. 21 LAA, également celui au traitement médical.

LAA 19 II, 23, 35

Le droit à la rente *s'éteint* avec le recouvrement de la pleine capacité de gain, lorsque la rente est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou

OLAA 30	lorsque l'assuré décède. Le droit à la rente est <i>suspendu</i> provisoirement lorsque l'AI, après octroi de la rente LAA, ordonne des mesures de réadaptation (celles-ci sont du ressort de l'AI) et verse une indemnité journalière AI pendant cette période.
LAA 20 I	La <i>rente d'invalidité</i> s'élève à 80 % du gain assuré en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. Si l'assuré a droit à une rente de l'AI ou de l'AVS, il perçoit alors uniquement une rente dite <i>complémentaire</i> . En d'autres termes, la rente accident est réduite de sorte que, cumulée avec les autres rentes des assurances sociales, elle n'excède pas 90 % du gain assuré.
LAA 20 II ; LPGA 69	Etant donné que le droit à une rente d'invalidité de l'AI – contrairement à l'assurance-accidents obligatoire – ne prend naissance en principe qu'à partir d'un degré d'invalidité de 40 %, les rentes complémentaires ne sont, en règle générale, versées qu'à partir de ce seuil. La rente est payée d'avance pour le mois entier. La disposition relative à la rente complémentaire est applicable également lorsque l'assuré a droit à une rente de même nature servie par une assurance sociale étrangère.
LPGA 19 III ; LAA 20 II ^{bis}	
LAA 20 II ^{ter} ; Dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; OLAA 147b I	Lorsque l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite, la rente d'invalidité et la rente complémentaire, allocations de rachat comprises, sont réduites pour chaque année entière comprise entre le jour où il a eu 45 ans et le jour où l'accident est survenu. La <i>réduction</i> s'élève pour un taux d'invalidité de 40 % ou plus à deux points de pourcentage, mais de 40 % au plus ; pour un taux d'invalidité inférieur à 40 %, d'un point de pourcentage, mais de 20 % au plus. Pour les accidents survenus avant le 1 ^{er} janvier 2017, sont applicables les dispositions transitoires du 25 septembre 2015 ainsi que celles de l'art. 147b OLAA.
LAA 20 II ^{quater}	Pour les conséquences des rechutes et séquelles tardives, les réductions prévues à l'art. LAA 20 al. 2 ^{ter} s'appliquent également si l'accident est survenu avant que l'assuré ait atteint l'âge de 45 ans, pour autant que l'incapacité de travail

	liée aux rechutes ou aux séquelles tardives soit intervenue après que l'assuré a atteint l'âge de 60 ans.
LPGA 21 V	Pendant la durée d'une peine privative de liberté, le versement de la rente peut être partiellement ou totalement suspendu.
	Calcul de la rente :
LAA 15 I, II ; OLAA 22 IV	La rente est calculée sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou de plusieurs employeurs durant les 12 mois qui ont précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit. Si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel. En cas d'activité prévue initialement pour une durée déterminée (par exemple emplois saisonniers ou autres rapports de travail inférieurs à un an), la conversion se limite à la durée prévue, pour autant que le plan de carrière de l'assuré n'envisage pas pour la suite une autre durée normale de l'activité. La conversion est limitée à la durée autorisée selon le droit applicable aux étrangers.
LAA 18 II	Pour les cas spéciaux, les dispositions suivantes sont applicables au revenu à prendre en compte pour calculer la rente :
OLAA 24 I	– Si, l'année précédant l'accident, l'assuré n'a reçu aucun salaire ou n'a touché qu'un salaire réduit en raison d'absences par suite d'accident, de maladie, de maternité, de chômage ou de réduction de l'horaire de travail (chômage partiel), de service militaire, de service civil, de service dans la protection civile, le gain pris en considération est celui qu'il aurait obtenu sans la survenance de ces éventualités.
OLAA 24 II	– Lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident (ou après l'apparition de la maladie professionnelle), la rente est calculée à partir du salaire déterminant que

l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle.

- OLAA 24 III – S'agissant d'un assuré en cours de formation (apprenti, stagiaire) qui, le jour de l'accident, touchait un salaire inférieur au plein salaire de la même catégorie professionnelle, le gain assuré est déterminé, à partir du moment où il aurait terminé sa formation sans la survenance de l'accident, d'après le plein salaire qu'il aurait reçu pendant l'année qui précède l'accident.
- OLAA 24 IV – Lorsque le bénéficiaire d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents obligatoire est victime d'un nouvel accident qui aggrave son invalidité, le salaire déterminant pour le calcul de la nouvelle rente allouée pour les deux accidents est celui qu'il aurait reçu pendant l'année qui a précédé le dernier accident s'il n'avait pas subi auparavant un accident couvert par l'assurance. Si ce salaire est inférieur à celui qu'il touchait avant le premier accident couvert par l'assurance, le salaire supérieur est déterminant.
- OLAA 31 Lors du calcul *des rentes complémentaires*, il faut également tenir compte des points suivants :
- OLAA 31 I – Les rentes pour enfants de l'AI ainsi que les rentes de même nature servies par une assurance sociale étrangère sont entièrement prises en compte pour le calcul de la rente complémentaire. Le montant de la rente étrangère est calculé sur la base du cours de change applicable au moment où les deux rentes sont en concours pour la première fois.
- LAA 34 ; OLAA 31 II – Dans la mesure où la rente de l'AVS/AI a en principe déjà fait l'objet d'une adaptation au renchérissement au moment où elle concourt pour la première fois avec la rente de l'assurance-accidents obligatoire, le gain assuré selon la

- LAA est également majoré au moment où s'ouvre le droit à la rente. L'étendue de cette majoration est fonction de l'application par analogie de l'« ordonnance du Conseil fédéral sur les allocations de renchérissement aux rentiers de l'assurance-accidents obligatoire » en vigueur à ce moment-là.
- OLAA 31 III – Les allocations de renchérissement ordinaires ne sont pas prises en compte pour le calcul des rentes complémentaires.
- OLAA 31 IV – Les réductions de rentes selon les art. 36 à 39 LAA ou selon l'art. 21 LPGA ne sont opérées sur les rentes complémentaires qu'après le calcul de ces dernières. Les allocations de renchérissement sont calculées sur la base des rentes complémentaires réduites.
- OLAA 32 I – Si une rente de l'AI était déjà allouée avant l'accident, alors à partir de l'accident, l'AI indemnise dès lors également une invalidité non assurée selon la LAA ; dans un tel cas, seule est prise en compte pour le calcul de la rente complémentaire la part de la rente de l'AI qui correspond à l'augmentation due à l'accident LAA assuré.
- OLAA 32 II – Si, par suite d'un accident, une rente de l'AI est augmentée ou succède à une rente de survivant de l'AVS, seule la différence entre la rente allouée avant l'accident et la nouvelle prestation est prise en compte pour le calcul de la rente complémentaire. En revanche, la rente de l'AI est prise en considération dans son intégralité si elle a déjà été allouée auparavant par suite d'un accident également assuré.
- Dispositions finales de la modification du 9 décembre 1996 anc. OLAA 31 *Attention* : Cette réglementation s'applique uniquement aux rentes complémentaires LAA fixées après le 1^{er} janvier 1997. Pour les rentes fixées antérieurement, s'agissant du calcul des rentes complémentaires pour invalides, il y a lieu de prendre entièrement en compte les rentes AVS ou AI, y compris les rentes pour enfants.
- OLAA 32 III – Si, avant la survenance de l'accident, l'assuré était déjà au bénéfice d'une rente de vieillesse de l'AVS, il y a lieu

de prendre en compte pour la détermination de la limite de 90 % au sens de l'art. 20, al. 2 LAA, non seulement le gain assuré, mais également la rente de vieillesse jusqu'à concurrence du montant maximal du gain assuré.

OLAA 33

Une *adaptation de la rente complémentaire* intervient si des rentes pour enfants de l'AVS ou de l'AI ou des rentes de même nature servies par des assurances sociales étrangères sont supprimées ou viennent s'y ajouter ou encore si le gain assuré selon l'art. 24 al. 3 OLAA ou le degré d'invalidité est sensiblement modifié.

Exemples de calcul de rentes d'invalidité :

a) Exemple de rente normale :

Gain durant l'année précédant l'accident :	50 000.-
80 % de 50 000 CHF	40 000.-
Invalidité de 30 % = rente annuelle	12 000.-
Rente mensuelle	1 000.-

b) Exemple de rente complémentaire :

Gain durant l'année précédant l'accident :	50 000.-
80 % de 50 000 CHF	40 000.-
Invalidité de 75 % = rente annuelle	30 000.-
Rente mensuelle normale	2 500.-
90 % du gain de l'année antérieure de 50 000 CHF	45 000.-
sous déduction de la rente AI annuelle	23 280.-
Rente complémentaire annuelle	21 720.-
Rente complémentaire mensuelle	1 810.-

Dans cet exemple, c'est la rente complémentaire qui est versée, car elle est la moins élevée.

LAA 21

Traitement médical après fixation de la rente :

En principe, le droit à des prestations temporaires s'éteint (indemnités journalières, frais médicaux) dès que la rente a été fixée. Des prestations pour soins et remboursements de frais peuvent cependant être accordées après la fixation de la rente si l'assuré :

LAA 21 I a

a. est atteint d'une maladie professionnelle ;

LAA 21 I b, III

b. souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci. Si, par suite d'une rechute ou de séquelles tardives, l'assuré subit une perte de gain supplémentaire, il a droit en sus à une indemnité journalière calculée sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical ;

LAA 21 I c

c. a besoin, de manière durable, d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ;

LAA 21 I d

d. présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration.

LAA 21 II ;

LPGA 21 IV, 43

L'assureur-accidents peut ordonner la reprise d'un traitement médical. Si l'assuré ne s'y soumet pas, les prestations d'assurance peuvent lui être refusées partiellement ou totalement. L'assureur n'est pas tenu de prendre en charge des traitements auxquels l'assuré s'est soumis de son propre chef.

LAA 22 ; LPGA 17

Révision de la rente :

Si le taux d'invalidité subit une modification notable, la *rente est révisée*. Les motifs de révision peuvent consister dans une modification notable de l'état de santé ou des revenus de l'assuré. Des modifications qui ne sont que temporaires ou des motifs étrangers à l'invalidité n'entraînent pas de révision. Plus aucune révision de la rente n'est possible dès que l'assuré a atteint l'âge normal de la retraite AVS.

LAA 33 ; OLAA 45

Si le droit à la rente du conjoint survivant est éteint par *remariage*, et si cette nouvelle union est dissoute par divorce ou annulation moins de dix ans après sa conclusion, le droit à la rente renaît dès le mois suivant le prononcé du divorce ou de la déclaration de nullité. Les éventuelles allocations de renchérissement correspondent à celles qui devraient être versées si la rente avait été allouée sans interruption.

Droit des enfants :

LAA 30 I

Les enfants ont droit à une *rente d'orphelin de père ou de mère*, s'ils ont perdu un de leurs parents, et à une *rente d'orphelin de père et de mère*, si les deux parents sont morts ou si la filiation n'existait qu'à l'égard de l'assuré décédé.

LAA 30 III ; OLAA 40

Le *droit à la rente des enfants prend naissance* également le mois qui suit le décès de l'assuré ou celui de l'autre parent. Il s'éteint lorsque l'enfant a atteint l'âge de 18 ans (au plus tard l'âge de 25 ans si l'enfant fait des études), par le décès de l'orphelin ou par le rachat de la rente. Les *enfants recueillis* sont assimilés aux orphelins. Par ailleurs, le droit à la rente d'un enfant recueilli s'éteint lorsque celui-ci retourne chez ses parents biologiques ou lorsque ceux-ci pourvoient à son entretien.

Montant de la rente ou de l'indemnité en capital

Les *rentes* s'expriment en pour-cent du gain assuré :

LAA 31 I

– pour les conjoints survivants : 40 % ;

– pour chaque orphelin de père ou de mère : 15 % ;

OLAA 42

– pour chaque orphelin de père et de mère : 25 %. Si le père et la mère décèdent des suites d'accidents couverts par l'assurance – qu'il s'agisse du même accident ou d'accidents séparés – la *rente d'orphelin de père et de mère* est calculée sur la base de la somme des *gains assurés* du père et de la mère et correspond à 25 % de ces gains. La somme de ces deux gains n'est toutefois prise en compte que jusqu'à concurrence du montant maximal du gain assuré.

LAA 31 III	– pour tous les survivants ensemble (sauf le conjoint divorcé) à 70% au maximum (le cas échéant avec déduction proportionnelle, resp. augmentation proportionnelle en cas de disparition de l'un des ayants droit) ;
LAA 31 II	– pour le conjoint survivant divorcé à concurrence du montant de la pension alimentaire due, au maximum à 20% ;
LAA 31 III	– en cas de droit simultané aux prestations de la veuve ou du conjoint divorcé et des enfants, au maximum pour tous à 90% (le cas échéant avec réduction proportionnelle, resp. augmentation proportionnelle en cas de disparition de l'un des ayants droit).
LAA 31 IV ; LPGA 69	Lorsque les ayants droit perçoivent simultanément une rente de l'Al ou de l'AVS, cette rente cumulée avec la rente de survivants LAA – comme en ce qui concerne la rente d'invalidité – pourrait entraîner une surindemnisation. Dans ce cas, une <i>rente complémentaire</i> est allouée en commun aux survivants. Les rentes de survivants seront donc réduites proportionnellement dans la mesure où, en concours avec les autres rentes provenant d'assurances sociales, elles dépassent 90% du gain assuré. Les droits aux rentes sont répartis entre le conjoint survivant et les enfants en fonction des parts calculées en pour-cent comme dans le cas de rentes normales de survivants. Inversement, les parts des survivants augmentent si la rente complémentaire d'un survivant s'éteint. Les rentes de survivants sont versées d'avance pour le mois entier.
LAA 31 III	
LPGA 19 III	
LAA 31 IV ^{bis}	Les dispositions de l'alinéa 4 sont applicables également lorsque l'assuré a droit à une rente de même nature servie par une assurance sociale étrangère.
LAA 32	Le <i>montant de l'indemnité en capital</i> allouée à la veuve ou à l'épouse divorcée correspond : <ul style="list-style-type: none"> – lorsque le mariage a duré moins d'une année, au montant simple de la rente annuelle ;

- lorsque le mariage a duré au moins une année mais moins de cinq ans, au triple de la rente annuelle ;
- lorsque le mariage a duré plus de cinq ans, au quintuple de la rente annuelle.

LAA 15 I, II

Calcul de la rente :

OLAA 22 IV

Comme pour les rentes d'invalidité, la rente est calculée sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou de plusieurs employeurs durant les 12 mois qui ont précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit en vertu du droit du travail. Si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire effectivement perçu est converti en salaire annuel. En cas de travail à durée limitée, la conversion est limitée à la durée normale de l'occupation saisonnière, à moins que le plan de carrière de l'assuré n'envisage pour la suite une autre durée normale de l'activité. La conversion est limitée à la durée autorisée selon le droit applicable aux étrangers.

OLAA 24 I-III

Pour les *cas spéciaux avec revenus réduits*, les mêmes dispositions que pour le calcul des rentes d'invalidité s'appliquent au salaire pris en compte pour la rente.

Lors du *calcul des rentes complémentaires*, il faut également tenir compte des points suivants :

OLAA 43 I

- Lors du calcul des rentes complémentaires, les rentes de l'AVS ou de l'AI ainsi que les rentes d'orphelin et les rentes de même nature servies par des assurances sociales étrangères sont prises en compte dans leur intégralité. Lors du calcul, le taux de change déterminant est celui en vigueur au moment où les deux prestations concourent pour la première fois.

OLAA 43 II

- Si une *rente supplémentaire d'orphelin* de l'AVS, ou une rente de même nature servie par une assurance sociale étrangère, est versée par suite d'un accident, seule la différence entre la rente allouée avant l'accident et la nouvelle prestation est prise en compte pour le calcul de la rente complémentaire.

- OLAA 43 III – Pour le calcul des rentes complémentaires d'orphelins de père et de mère, la somme des gains assurés des deux parents est prise en compte jusqu'à concurrence du montant maximal du gain assuré.
- OLAA 43 IV – Si, par suite d'un accident, une rente de survivants de l'AVS ou une rente de l'AI est augmentée, ou si une rente de survivants succède à une rente de l'AI, seule la différence avec la rente antérieure est prise en compte pour le calcul de la rente complémentaire. Le calcul prend également en compte les rentes de même nature servies par une assurance sociale étrangère.
- Dispositions finales de la modification du 9 décembre 1996 anc. OLAA 43 I *Attention* : Cette réglementation s'applique uniquement aux rentes complémentaires LAA fixées après le 1^{er} janvier 1997. Pour les rentes fixées antérieurement, s'agissant du calcul des rentes complémentaires pour survivants, il y a lieu de prendre entièrement en compte les rentes AVS ou AI, y compris les rentes pour enfants.
- OLAA 43 V ; LAA 20 II ; LPGA 69 – Si l'assuré exerçait avant son décès une activité lucrative indépendante en plus de son activité salariée, il y a lieu de prendre en compte pour la détermination de la limite de 90 % du salaire assuré, non seulement le gain assuré, mais également le revenu de l'activité indépendante jusqu'à concurrence du montant maximal du gain assuré.
- OLAA 31 III, 43 VI – Les allocations de renchérissement ne sont pas prises en compte pour le calcul des rentes complémentaires.
- OLAA 31 IV, 43 VI – Les réductions de rentes selon les art. 36 à 39 LAA ou selon l'art. 21 LPGA ne sont opérées sur les rentes complémentaires qu'après le calcul de ces dernières. Les allocations de renchérissement sont calculées sur la base des rentes complémentaires réduites.
- LAA 31 IV – La rente complémentaire du conjoint divorcé correspond à la différence entre la pension alimentaire due et la rente de l'AVS, mais au plus à la rente à laquelle il aurait droit en l'absence de prestations de l'AVS.

OLAA 33 II, 43 VI

Le montant de l'allocation de renchérissement est déterminé par l'ordonnance sur les allocations de renchérissement aux rentiers de l'assurance-accidents obligatoire.

Une *adaptation de la rente complémentaire* intervient si des rentes pour enfants de l'AVS ou de l'AI ou des rentes de même nature servies par des assurances sociales étrangères sont supprimées ou viennent s'y ajouter ou encore si le gain assuré selon l'art. 24 al. 3 OLAA ou le degré d'invalidité est sensiblement modifié.

Exemples de calculs de rentes de survivants :

a) Veuve et deux orphelins de père :

	Taux de rente	Droit définitif
Veuve	40 %	40 %
Orphelins de père	15 % chacun	30 %
Total		70 %

Le maximum de 70 % n'est pas dépassé, raison pour laquelle les taux ne doivent pas être réduits.

b) Veuve et quatre orphelins de père :

	Taux de rente	Droit théorique
Veuve	40 %	40 %
Orphelins de père	15 % chacun	60 %
Total		100 %

Le maximum de 70 % est dépassé, raison pour laquelle chaque droit individuel doit être réduit dans la même proportion.

	Taux de rente	Octroi définitif
Veuve	70 % de 40 %	28 %
Orphelins de père	70 % de 60 % (15 % chacun)	42 %
Total		70 %

c) Veuve avec deux orphelins ; femme divorcée :

L'épouse divorcée a droit à une pension alimentaire de 675 CHF par mois (hypothèse). Pour un gain assuré de 54 000 CHF, ceci correspond à 15 % du salaire mensuel de 4 500 CHF.

	Taux de rente	Droit définitif
Veuve	40 %	40 %
Orphelins de père	15 % chacun	30 %
Femme divorcée	15 %	15 %
Total		85 %

La limite maximale déterminante de 90 % n'est pas dépassée, raison pour laquelle les taux ne doivent pas être réduits.

6.3.5 Adaptation au renchérissement

LAA 34 ; OLAA 44

Comme le montant des rentes d'invalidité et de survivants se fonde sur le gain réalisé durant l'année précédant l'accident, les bénéficiaires de telles rentes reçoivent des allocations pour compenser le renchérissement. Celles-ci font partie intégrante de la rente. Le Conseil fédéral fixe les *allocations de renchérissement* par voie d'ordonnance en se fondant sur l'indice suisse des prix à la consommation. Le renchérissement est calculé sur la rente de base au moment où naît pour la première fois le droit à la rente. Les rentes sont adaptées au renchérissement au même terme que les rentes de l'assurance de l'AVS.

En ce qui concerne les rentes complémentaires, le gain assuré a déjà été adapté au renchérissement lorsque la rente est entrée pour la première fois en concours avec la rente AVS/Al. De ce fait, l'année précédant le début de la rente complémentaire est réputée année de l'accident pour le calcul de l'allocation ordinaire de renchérissement, en appliquant par analogie l'« ordonnance du Conseil fédéral sur les allocations de renchérissement aux rentiers de l'assurance-accidents obligatoire » en vigueur à ce moment-là.

OLAA 31 III Les allocations de renchérissement ordinaires ne sont pas prises en compte pour le calcul des rentes complémentaires.

6.3.6 Rachat de rentes

LAA 35 ;
OLAA 46 Le bénéficiaire d'une rente d'invalidité et de survivants ne possède aucun droit au rachat de sa rente. Les rentes peuvent cependant être rachetées aux conditions suivantes :

- A tout moment, si le montant mensuel est inférieur à la moitié du gain journalier maximal assuré. S'agissant de rentes de survivants, le montant total de toutes les rentes est pris en considération.
- Dans tous les autres cas, le rachat de la rente ne peut avoir lieu qu'avec le consentement de l'ayant droit et s'il est patent que ses intérêts sont sauvegardés à long terme.

LAA 89 I ;
OLAA 46 II, 108 La valeur de rachat est calculée sur la base de principes comptables uniformes appliqués par tous les assureurs LAA. Il est tenu compte de la transformation de la rente en une rente complémentaire lorsque l'assuré atteindra l'âge donnant droit à la rente de l'AVS.

LAA 35 II Le rachat de la rente éteint en principe les prétentions de l'ayant droit envers l'assurance-accidents obligatoire. Dès ce moment, l'ayant droit endosse la responsabilité de l'utilisation rationnelle des fonds et s'expose au risque de l'évolution économique future. Le droit à une compensation du renchérissement s'éteint.

LAA 35 II Toutefois, si l'invalidité imputable à l'accident s'accroît dans une mesure importante après le rachat de la rente, l'assuré peut prétendre à une rente d'invalidité correspondant à cet accroissement. Le rachat d'une rente d'invalidité est sans effet sur le droit à une rente de survivants.

OLAA 46 III Pour la fixation d'une rente complémentaire en cas d'accident ultérieur, la rente rachetée est considérée comme si elle avait toujours été servie sous forme de rente.

6.3.7 Prestations particulières en espèces

LAA 24, 25

Indemnité pour atteinte à l'intégrité :

A la différence des autres prestations en espèces censées remplacer, au moins en partie, un dommage économique et matériel, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité a aussi pour but de compenser des atteintes immatérielles telles que les souffrances physiques ou une qualité de vie amoindrie. Elle constitue en quelque sorte une réparation symbolique et s'apparente ainsi au tort moral du droit de la responsabilité civile.

LAA 24 ; OLAA 36

A *droit* à une indemnité pour atteinte à l'intégrité celui qui, à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique. Une atteinte à l'intégrité est réputée « durable » lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité durant toute la vie. Elle est réputée « importante » lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Une atteinte à l'intégrité inférieure à 5 % ne fonde aucun droit à une indemnité. Dans certains cas particuliers, le Conseil fédéral peut déterminer un autre moment fondant le droit à la rente, comme dans le cas des atteintes à la santé résultant de l'inhalation de fibres d'amiante. Concernant les assurés atteints d'une maladie professionnelle due à l'amiante, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité prend naissance dès la déclaration de la maladie.

OLAA annexe 3

LAA 25 I

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital et consiste en un pourcentage du montant maximal du gain annuel assuré à l'époque de l'accident, et ce indépendamment du gain individuel.

OLAA 36 II,
annexe 3

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est *calculée* selon les directives figurant à l'annexe 3 OLAA. Ces directives contiennent, en sus des règles de calcul, un barème des atteintes à l'intégrité avec des taux pour les différentes bles-

sure ou pertes de membres ou de fonctions corporelles. La gravité d'une atteinte à l'intégrité est évaluée d'après le constat médical uniquement. Des aggravations prévisibles du dommage seront prises en compte de façon équitable. L'indemnité est fixée de manière abstraite et uniforme. Il n'est pas tenu compte des effets de l'atteinte sur la profession et, pour un même constat médical, l'indemnité versée est identique pour tous les assurés. Les indemnités sont exceptionnellement sujettes à révision, lorsque l'aggravation est importante et qu'elle n'était pas prévisible.

LAA 26, 27

Allocation pour impotent :

L'allocation pour impotent vient compléter le remboursement des soins et l'indemnisation de la perte de gain et permet aux assurés victimes d'un accident de recevoir les fonds nécessaires à l'assistance qu'exige leur impotence. Bien que l'allocation pour impotent soit mensuelle et qu'elle dépende du montant maximal du gain journalier assuré, il ne s'agit pas d'une rente.

LPGA 9, 67 II ;
LAA 26 I ; OLAA 37

A *droit* à une allocation pour impotent toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui (par exemple pour des soins permanents et particulièrement onéreux, pour le maintien de contacts sociaux) ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. L'assuré n'a pas droit à l'allocation pour impotent pendant qu'il séjourne dans un établissement hospitalier et qu'il peut prétendre pour ce séjour à des prestations des assurances sociales.

OLAA 38 V

Lorsqu'une allocation pour impotent de l'assurance-accidents obligatoire est versée, le droit à une indemnité pour impotent de l'AI s'éteint. Si l'impotence n'est que partiellement imputable à un accident, l'assureur-accidents peut réclamer à l'AVS ou à l'AI le montant de l'allocation pour impotent que ces assurances auraient dû verser à l'assuré si celui-ci n'avait pas subi un accident.

LAA 27 ; OLAA 38 I	Le <i>calcul</i> est fonction du degré d'impotence (grave, moyen, faible). En cas d'impotence grave, l'allocation mensuelle s'élève à six fois le montant maximal du gain journalier assuré, à quatre fois si l'impotence est moyenne et à deux fois si elle est de faible degré.
OLAA 38 II-IV	L'ordonnance procède à la délimitation entre impotence grave, moyenne et de faible degré en se fondant sur le nombre d'actes ordinaires de la vie courante que l'assuré n'est plus en mesure de maîtriser seul, et pour lesquels il a donc besoin de l'aide ou de la surveillance d'autrui.
LAA 23	<p>Indemnité en capital :</p> <p>Lorsqu'on peut déduire de la nature de l'accident et du comportement de l'assuré que ce dernier recouvrera sa capacité de gain s'il reçoit une indemnité unique, les prestations cessent d'être allouées et l'assuré reçoit une indemnité en capital. Le but de cette indemnité en capital est d'obtenir un effet thérapeutique en rapport avec le recouvrement de la capacité de gain.</p>
LAA 23 I ; OLAA 35 I	Le montant de l'indemnité en capital correspond au maximum à trois fois le montant du gain annuel assuré. Il est calculé comme une rente temporaire, dont le montant et la durée sont déterminés en fonction de la gravité et de l'évolution du dommage ainsi que de l'état de santé de l'assuré au moment où l'indemnité est allouée et dans la perspective du recouvrement de la capacité de gain. Le montant de l'indemnité en capital correspond à la somme de toutes les rentes.
LAA 23 II ; OLAA 35 II	Exceptionnellement, une indemnité en capital peut être allouée alors qu'une rente d'invalidité réduite continue d'être versée ou à la suite d'une révision de cette rente.

LAA 84 II

OPA 47-51, 83-89

Prestations transitoires :

Dans le cadre de la prévention des accidents et des maladies professionnels, il est possible d'interdire aux assurés l'exercice de leur travail actuel si celui-ci les expose à un grave danger. Pour l'application de telles mesures en cas d'accidents professionnels, les organes d'exécution des cantons et de la Confédération sont compétents, ainsi que la Suva, dans son domaine ; s'agissant des maladies professionnelles, la Suva est compétente pour toutes les entreprises.

Si, suite à de telles mesures, un assuré n'a pas droit à d'autres prestations d'assurance, une indemnité lui est allouée à titre temporaire sous forme d'indemnité journalière ou annuelle pour changement d'occupation. Celle-ci doit servir à atténuer les effets économiques et à faciliter le changement de profession nécessaire.

LAA 17 I ;

OPA 83-85

L'*indemnisation journalière de transition* est allouée lorsque l'assuré doit quitter immédiatement son emploi et n'a plus droit au salaire. L'indemnité journalière de transition correspond à la pleine indemnité journalière au sens de la loi et est versée au plus pendant quatre mois. Elle est payée mensuellement en fin de mois.

LAA 15 ;

OPA 86-88

Une *indemnité pour changement d'occupation* est allouée, si l'assuré a été définitivement ou temporairement exclu d'un travail ou déclaré apte à l'accomplir à certaines conditions seulement. L'indemnité pour changement d'occupation s'élève, dans le cadre du salaire maximal assuré, à 80% de la perte de salaire que subit le travailleur sur le marché du travail par suite de son exclusion. Elle est versée pendant quatre ans au plus et est payable d'avance chaque mois.

6.4 Réduction et refus des prestations d'assurance

6.4.1 Vue d'ensemble

La loi prévoit différentes catégories de motifs qui peuvent entraîner une réduction, voire un refus des prestations d'assurance. Cette disposition entend protéger la communauté des assurés ou celle des cotisants de charges qu'on ne saurait raisonnablement exiger d'eux. Ces catégories sont les suivantes :

- | | |
|-------------------------|--|
| LAA 36 | – le concours de diverses causes de dommages (par exemple séquelles d'une maladie antérieure à l'accident ou séquelles d'accidents antérieurs non assurés) ; |
| LAA 37 ; LPGA 21 | – la provocation de l'accident par la faute de l'assuré et de ses survivants ; |
| LAA 39 ;
OLAA 49, 50 | – les dangers extraordinaires et les entreprises téméraires auxquels s'expose l'assuré ; |
| LAA 45, 46 | – la violation de devoirs légaux par l'assuré ou ses survivants ; |
| LPGA 69 | – le concours avec les prestations d'autres assurances sociales afin d'éviter toute surindemnisation ; |
| LPGA 21 V | – le séjour d'un assuré dans un établissement pour y purger une mesure ou une peine privative de liberté. |

6.4.2 Concours de diverses causes de dommage

LAA 36 II ;
OLAA 47

Les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. L'ampleur de la réduction est déterminée en fonction du rôle de l'état antérieur dans l'atteinte à la santé ou le décès. En cas de réduction, la situation personnelle et économique de l'ayant droit peut être prise en considération.

- LAA 36 I Les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas touchés par la réduction.
- LAA 36 II Si les atteintes à la santé existant déjà avant l'accident ne portaient pas atteinte à la capacité de gain, elles ne doivent pas être prises en considération. Selon la jurisprudence, les incapacités de travail existant avant l'accident et auxquelles le caractère invalidant ou durable fait défaut ainsi que les invalidités qui n'entraînent pas de réduction de salaire ne donnent de ce fait pas non plus lieu à réduction. Il en va autrement de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité : celle-ci peut être réduite même lorsqu'une maladie antérieure à l'accident n'a pas aggravé l'incapacité de gain.

6.4.3 Accident causé par faute

La communauté des assurés, en qualité de payeurs de primes, ne saurait être mise à contribution de façon excessive pour couvrir certains risques. Dans l'intérêt de tous les assurés, une limitation de la responsabilité ou du risque doit être obtenue pour des dommages facilement évitables. En outre, le sens des responsabilités et l'esprit de solidarité de tout assuré ne manqueront pas d'être influencés si chacun sait que de grossières violations des devoirs élémentaires de prudence auront des conséquences financières pour lui. La réduction des prestations cherche à atteindre ce but.

- LAA 37 ;
LPGA 21 I La *faute* de l'assuré (ou d'un survivant ayant droit à une rente en cas de décès de l'assuré) est déterminante pour évaluer si les prestations d'assurance doivent être réduites ou refusées. Lors de l'évaluation de cette faute, les circonstances concrètes sont appréciées. La jurisprudence et la pratique distinguent trois formes de fautes : l'intention, la négligence grave et la négligence légère. Seules les deux premières peuvent donner lieu à une réduction de prestation.

LAA 37 I ;
LPGA 21 I

La *provocation intentionnelle* de l'accident ne donne aucun droit à des prestations d'assurance, car il ne s'agit nullement d'un accident au sens juridique. Il manque alors le caractère involontaire. En pareil cas, l'assurance prend uniquement en charge les frais funéraires.

OLAA 48

Si l'assuré entendait *se suicider* ou *se mutiler volontairement*, les prestations d'assurance sont servies uniquement si, au moment où il a agi, l'assuré était, sans faute de sa part, *totalemment incapable de discernement*, ou si la tentative de suicide ou l'automutilation sont la conséquence évidente d'un accident couvert par l'assurance.

Agit par *négligence grave* quiconque ne se soucie pas des devoirs de prudence les plus élémentaires que toute personne raisonnable placée dans la même situation et dans les mêmes conditions aurait suivis afin d'éviter un dommage prévisible selon le cours naturel des choses. En matière de circulation routière, on doit en général admettre une négligence grave lorsqu'une règle élémentaire ou plusieurs règles importantes de la circulation ont été gravement enfreintes.

Une simple inattention, une imprudence, une erreur d'appréciation du danger malgré une réflexion attentive, etc. ne remplissent pas les conditions de la négligence grave.

LAA 37 II

Si l'assuré a provoqué un accident non professionnel par négligence grave, les indemnités journalières ne sont réduites, en dérogation à l'art. 21 al. 1 LPGA, que pendant les deux premières années qui suivent l'accident. La réduction est généralement proportionnelle à l'ampleur de la faute personnelle et est habituellement supérieure à 10%. La réduction ne peut toutefois excéder la moitié du montant des prestations lorsque l'assuré décède des suites de l'accident ou s'il doit, au moment de l'accident, pourvoir à l'entretien de proches auxquels son décès ouvrirait le droit à des rentes de survivants. Les accidents professionnels causés par négligence grave ne donnent par contre pas lieu à réduction – ceci contreviendrait au droit international.

LPGA 21 II	Les prestations en espèces dues aux proches ou aux survivants de l'assuré ne sont réduites ou refusées que si ceux-ci ont provoqué la réalisation du risque intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit. Ainsi, la négligence grave de ces personnes n'entraîne plus la réduction du droit aux prestations d'assurance.
LAA 37 III ; LPGA 21 I	Si l'assuré a provoqué l'accident en <i>commettant un crime ou un délit</i> , les prestations en espèces peuvent être réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées, et ce qu'il s'agisse d'un accident professionnel ou non professionnel. Si l'assuré doit, au moment de l'accident, pourvoir à l'entretien de proches auxquels son décès ouvrirait le droit à une rente de survivants, les prestations en espèces sont réduites, au plus, de moitié. S'il décède des suites de l'accident, les prestations en espèces pour les survivants peuvent aussi être réduites, au plus, de moitié.

6.4.4 Dangers extraordinaires et entreprises téméraires

LAA 39	La loi stipule que l'assureur-accidents est habilité à réduire, voire à refuser le versement de prestations en cas de dangers extraordinaires et d'entreprises téméraires ayant provoqué un accident non professionnel. Les dangers extraordinaires et les entreprises téméraires sont des risques nettement supérieurs à ceux que l'on rencontre habituellement dans la vie de tous les jours. Comme pour les réductions par suite de négligence grave, la communauté des assurés ne doit pas non plus, en l'espèce, être mise à contribution outre mesure en sa qualité de payeur de primes lorsqu'une petite minorité d'assurés s'expose à de tels risques parfaitement évitables.
--------	---

On distingue deux types de *dangers extraordinaires* :

OLAA 49

- Il s'agit, d'une part, de risques exclus, autrement dit ceux pour lesquels toutes les prestations d'assurance sont refusées. Ce sont des accidents qui se produisent dans le cadre d'un service militaire à l'étranger, par suite de la participation à des actes de guerre ou à des actes de terrorisme ou de banditisme.
- Pour les autres risques, les prestations en espèces sont au moins réduites de moitié. Ce sont des accidents résultant d'une participation à une rixe ou à une bagarre, d'une grave provocation ou encore de la participation à des troubles.

OLAA 50

Les *entreprises téméraires* sont celles par lesquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre de mesures destinées à ramener celui-ci à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. Pour pouvoir être qualifié d'entreprise téméraire, un acte doit être hasardeux, audacieux, osé. Le danger doit paraître immédiatement menaçant. L'évaluation du caractère téméraire de l'entreprise doit toujours se faire au cas par cas en fonction des circonstances de l'événement considéré. Toutefois, le Tribunal fédéral a validé la présence d'une entreprise téméraire dans les cas suivants : base jumping, courses de motocross, y compris entraînement sur circuit, plongée subaquatique à une profondeur excédant 40 m ou courses de ski pour battre un record de vitesse.

L'étendue de la réduction est fonction de l'ampleur du danger encouru et consiste soit en une réduction de moitié des prestations en espèces ou, *dans les cas particulièrement graves*, en le refus pur et simple de la prestation. En revanche, aucune réduction n'est opérée lors d'actions de sauvetage de personnes, même si ces actions sont assimilées à des entreprises téméraires.

6.4.5 Manquement aux obligations

Déclaration tardive de l'accident :

LAA 45, 46 ;
OLAA 53

Le retard inexcusable de la déclaration de l'accident ou une fausse déclaration peuvent entraîner, suivant les circonstances, une réduction des prestations en espèces de 50% ou, en cas de fausse déclaration intentionnelle, la suppression de toutes les prestations d'assurance.

Prescription d'un traitement approprié :

LAA 48 I ;
OLAA 61 ;
LPGA 21 IV

Si l'assuré se soustrait à un examen, à un traitement ou à une mesure de réadaptation auxquels on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette, les prestations d'assurance sont totalement ou partiellement refusées.

6.4.6 Concours avec les prestations d'autres assurances sociales

Compte tenu de l'*interdiction de surindemnisation* valable de manière générale dans l'assurance sociale, la survenance d'un accident ne doit pas placer l'assuré dans une situation meilleure que celle qui aurait été la sienne sans cet accident. En raison des différents textes fédéraux relatifs au droit des assurances sociales et de leur degré d'ancienneté différent, il arrive cependant fréquemment que plusieurs assureurs sociaux soient concernés par le même accident. Quelques chevauchements ont été spécialement réglés par la LAA dans le domaine des rentes d'invalidité et de survivants. Ces règles prévalent dans tous les cas. Pour tous les autres cas, la LPGA prévoit une règle de coordination générale :

LPGA 69 ;
LAA 20 II-II^{quater}

Si des prestations en espèces découlant de la LAA concourent avec les prestations d'autres assurances sociales, elles seront réduites – à l'exception des allocations pour impotent et des indemnités pour atteinte à l'intégrité – dans la mesure où elles excèdent le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé auquel viennent s'ajouter les frais supplémentaires

entraînés et les éventuelles diminutions de revenus subies par les proches. L'assureur-accidents doit donc procéder à un calcul de surindemnisation. Sur la base de celui-ci, il ne fournit ses prestations en espèces qu'à concurrence du complément à 100 % du gain que l'assuré aurait réalisé durant la période de calcul, en cas de pleine activité lucrative et sans la survenance de l'accident. Le revenu d'une activité professionnelle effectivement réalisé dans les limites d'une capacité partielle de travail est pris en compte. Le calcul de la surindemnisation doit tenir compte de toutes les prestations d'autres assureurs sociaux suisses ou étrangers couvrant une perte de gain.

LPGA 63-68

D'autre part, la LPGA contient des *règles de coordination* concernant aussi bien les prestations en espèces que les prestations en nature et les remboursements de frais qui reviennent à l'assuré dans le cas considéré en vertu des différentes branches de l'assurance sociale.

OLAA 51

L'assuré ou ses survivants doivent indiquer à l'assureur tenu de fournir une prestation toutes les prestations en espèces versées par d'autres assurances sociales suisses ou étrangères. L'assureur selon la LAA peut faire dépendre l'ampleur de ses prestations du fait que l'assuré communique ou non son cas à d'autres assurances sociales. L'assureur peut renoncer totalement ou partiellement à la réduction dans les cas délicats (cas pénibles).

6.4.7 Remboursement de prestations

LPGA 25

La personne assurée qui a touché indûment des prestations doit les restituer dans la mesure où elle n'était pas de bonne foi lorsqu'elle a reçu les prestations et que leur remboursement ne la mettrait pas dans une situation difficile. Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'assureur a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Exception à ce délai :

si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant.

LAA 50 ; OLAA 64

L'assureur peut *compenser* ses créances avec des prestations échues. En cas de compensation, l'assureur doit veiller à ce que l'assuré ou ses survivants disposent des moyens nécessaires à leur existence.

6.5 Participation de plusieurs assureurs

LAA 77 ; OLAA 99

Si une personne assurée travaille pour plusieurs employeurs en même temps et est, de ce fait, couverte auprès de deux assureurs ou plus pour les *accidents non professionnels*, l'assureur compétent pour un accident non professionnel est celui de l'employeur pour lequel l'assuré a travaillé en dernier lieu avant l'accident. Les *accidents professionnels* sont pris en charge par l'assureur de l'employeur chez lequel s'est produit l'accident. Si l'assureur ne peut pas être déterminé, l'assureur compétent sera celui auprès de qui le gain assuré est le plus élevé.

OLAA 23 V

L'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire provenant de l'ensemble des rapports de travail, que ceux-ci couvrent uniquement les accidents professionnels ou également les accidents non professionnels.

L'accident doit être déclaré uniquement à l'assureur compétent, mais il y a lieu de mentionner les autres employeurs éventuels sous la rubrique y relative.

LAA 77 I ;
OLAA 102

En cas de *maladies professionnelles*, est compétent l'assureur auprès duquel le travailleur était assuré au moment où sa santé a été mise en danger la dernière fois par des substances ou certains travaux déclencheurs de la maladie.

- OLAA 100
- Concernant l'allocation de prestations en cas de pluralité d'accidents, l'ordonnance prévoit les dispositions suivantes, lesquelles diffèrent en partie de celles applicables jusqu'au 31 décembre 2016.
- Il convient de préciser que
- les assureurs intéressés des cas ressortant des al. 1 et 5 peuvent convenir entre eux de dispositions divergentes ;
- OLAA 100 IV
- dans les cas visés aux al. 5 et 6, les autres assureurs ont l'obligation de rembourser l'assureur tenu de verser les prestations.

OLAA 100 al.	Situation initiale en cas de nouvel accident	Obligation de prestations de la part de l'assureur compé- tent pour l'accident précédent	Obligation de prestations de la part de l'assureur compé- tent pour le dernier accident
1	Droit à des indemnités journalières pour l'accident précédent	Indemnités journalières ainsi que soins médicaux et remboursement de frais selon les art. 10 à 13 LAA pour les accidents antérieurs ainsi que pour le nouvel accident. Obligation de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident précédent ne soit plus la cause de l'atteinte à la santé qui subsiste.	
2	Traitement médical en cours pour un accident précédent ne donnant droit à aucune indemnité journalière		<ul style="list-style-type: none"> – Soins médicaux et remboursement de frais selon les art. 10 à 13 LAA pour les accidents antérieurs ainsi que pour le nouvel accident – Eventuelles indemnités journalières dues au titre du nouvel accident. Obligation de verser des prestations jusqu'à ce que le nouvel accident ne soit plus la cause de l'atteinte à la santé qui subsiste.
3	Rechutes ou séquelles tardives du fait d'une pluralité d'accidents assurés		<ul style="list-style-type: none"> – Soins médicaux et remboursement de frais selon les art. 10 à 13 LAA pour les accidents antérieurs ainsi que pour le nouvel accident. – Eventuelles indemnités journalières
5	Suites d'une pluralité d'accidents donnant droit à une rente, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou à une allocation pour impotent		Versement des prestations citées
6	Droit existant à une rente d'invalidité ou à une allocation pour impotent. Le nouvel accident modifie la rente d'invalidité ou le degré d'impotence		<ul style="list-style-type: none"> – Rente – Allocation pour impotent

OLAA 102a	Si plusieurs assureurs contestent être tenus à prestations pour les suites d'un accident, c'est l'assureur chronologiquement le plus proche de la survenance des suites de l'accident qui est <i>tenu de verser les prestations à titre provisoire</i> . Cette disposition permet d'éviter que l'assuré ne souffre effectivement des suites d'un accident sans savoir vers quel prestataire se tourner.
OLAA 126	En cas de concours entre l'assurance-accidents et <i>l'assurance militaire</i> , est en principe tenu de verser des prestations pour l'ensemble du dommage l'assureur qui doit allouer des prestations en raison de l'aggravation actuelle de l'atteinte à la santé. Si l'assuré recouvre l'état qui était le sien avant l'accident actuel, l'obligation de verser des prestations retourne à l'assureur-accidents antérieur.
OLAA 128	Concours de prestations pour accident et maladie : si un assuré victime d'un accident tombe malade dans un hôpital, l'assureur-accidents alloue, tant que dure le traitement hospitalier pour les suites de l'accident, l'ensemble des prestations dues. Si un assuré malade est victime d'un accident dans un hôpital, l'assureur-maladie alloue, tant que dure le traitement hospitalier pour la maladie, les prestations assurées pour l'ensemble de l'atteinte à la santé. Pour autant que l'étendue des prestations de l'assureur accidents excède celle de l'assureur maladie, il demeure tenu d'allouer les prestations.
OAMal 112 I ; LPGA 70	Si, en cas d'accident, il n'est pas certain que l'obligation d'allouer les prestations incombe à l'assurance-accidents selon la LAA, l'assureur-maladie peut avancer spontanément les prestations assurées par lui, sous réserve pleine et entière de ses droits de recours.

6.6 Subrogation (recours)

La LPGA règle d'une manière générale la subrogation pour toutes les branches des assurances sociales.

6.6.1 Généralités

CO 41 ; LPGA 72

Celui qui cause, d'une manière illicite, un dommage à autrui, est tenu de le réparer en vertu des dispositions générales du droit de la responsabilité civile. La question de la responsabilité se pose lorsque des *causes différentes* ont contribué à la survenance d'un accident. Le même cas d'assurance peut aussi bien générer des prétentions à l'encontre de l'assureur-accidents qu'envers un tiers responsable. Cependant, dans un tel cas, l'assureur-accidents selon la LAA est tenu à prestations comme si aucun tiers n'était responsable. Il peut toutefois se retourner contre le responsable du dommage (recourir) jusqu'à concurrence des prestations légales relevant de sa compétence. Le recours (ou action récursoire) vise le partage du dommage entre l'assureur-accidents, qui est en priorité tenu à indemnisation, et les autres tiers responsables impliqués qui, chacun, seraient tenus de payer le dommage en vertu d'une obligation légale.

Les recettes provenant des actions récursoires sont, de par la loi, une des composantes du financement de l'assurance accidents-obligatoire. L'exercice du recours est donc obligatoire et relève des missions légales de l'assureur-accidents selon la LAA.

6.6.2 Etendue du recours

LAA 42 ;
LPGA 73

Dès la survenance de l'événement, l'assureur-accidents se substitue, à concurrence du montant de ses propres prestations, à l'assuré et à ses survivants dans les droits qu'ils ont à l'égard d'un tiers responsable (ladite *subrogation*). Ce droit de recours étendu et intégral de l'assureur-accidents permet d'éviter que, d'une part, la victime d'un accident ne puisse s'enrichir par le cumul de prestations d'assurances accidents et de l'indemnisation du dommage en vertu du droit de la responsabilité civile et, d'autre part, que le responsable de l'accident ne se trouve – à concurrence des prestations LAA – avantagé par la disparition de son obligation de compenser le dommage.

L'assureur-accidents peut par conséquent faire valoir, directement auprès du tiers responsable ou de son assureur, les droits auxquels il a été subrogé. L'assuré lui-même peut encore prétendre à l'indemnisation du dommage envers le tiers responsable dans la mesure où il n'a pas, ou pas entièrement, été compensé par l'assureur-accidents (dommage non couvert/*dommage direct*).

LPGA 74

L'action récursoire de l'assureur-accidents n'est possible que pour les catégories de prétentions en responsabilité civile pour lesquelles il fournit lui-même des prestations d'assurance (*identité de postes de dommage*). Sont notamment des prestations de même nature :

- le remboursement des frais de traitement et de réadaptation ;
- l'indemnité journalière et l'indemnisation pour l'incapacité de travail ;
- les rentes d'invalidité et l'indemnisation pour l'incapacité de gain,
- l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et l'indemnité à titre de réparation morale ;
- l'indemnité pour impotence ;
- les rentes de survivants et les indemnités pour perte de soutien ;
- les frais funéraires et les autres frais liés au décès.

S'agissant de la compensation temporaire ou durable du gain (indemnité journalière et rentes) de l'assureur-accidents, il y a lieu de noter que celui-ci ne peut faire recours que pour des dommages dus en vertu du droit de la responsabilité civile. Alors que la rente LAA est généralement versée à vie et que l'indemnité journalière est octroyée, sous certaines conditions, après le moment où cesse l'activité lucrative, l'indemnisation du dommage fondée sur la responsabilité civile est, quant à elle, limitée dans le temps à la durée de l'activité.

LPGA 73 I

Droit préférentiel du lésé :

L'étendue du recours est limitée lorsque la compensation du dommage par le tiers responsable ne suffit pas – en raison d'une limitation de la responsabilité civile (par exemple pour faute propre de l'assuré) – à couvrir la prétention récursoire de l'assureur-accidents et le dommage non couvert de l'assuré. Ce dernier bénéficie en l'espèce d'un droit préférentiel inscrit dans la loi. Cela signifie que le dommage non couvert doit être versé en priorité à l'assuré et à ses survivants, en déduction de l'indemnité due par l'assureur responsabilité civile, l'assureur-accidents devant se contenter du solde de cette indemnité.

Exemple de calcul :	I	II
Dommage (par catégorie)	100 000.–	
Prestations LAA	80 000.–	
Non couvert	20 000.–	
Part de responsabilité du tiers	50 %	25 %
Indemnité due par le tiers	50 000.–	25 000.–
– au lésé	20 000.–	20 000.–
– à l'assureur-accidents	30 000.–	5 000.–

LPGA 73 III

Droit préférentiel de couverture du lésé :

Lorsque les lésés ne peuvent être totalement indemnisés en raison de l'insuffisance de la couverture d'assurance responsabilité civile du tiers responsable ou de son insolvabilité, la couverture ou le montant que le tiers responsable peut raisonnablement supporter revient aux lésés jusqu'à concurrence du montant de leur dommage non couvert – dommage direct – (droit préférentiel de couverture ou de dédommagement). L'assureur-accidents n'a droit qu'au solde de la garantie ou de l'indemnité qu'il est effectivement possible d'exiger du tiers.

Exemple de calcul :	I	II
Domage	150 000.-	
Prestations LAA	80 000.-	
Non couvert	70 000.-	
Part de responsabilité du tiers	100 %	
Couverture (ou montant du tiers à disposition)	100 000.-	50 000.-
– au lésé	70 000.-	50 000.-
– à l'assureur-accidents	30 000.-	0.-

Répartition proportionnelle :

LPGA 73 II ; LAA 42

L'assuré et ses survivants ne détiennent aucun droit préférentiel lorsque l'assureur-accidents a réduit ses prestations en raison d'une négligence grave. Le principe de la répartition proportionnelle se substitue dans ce cas à celui du droit préférentiel. Les prestations non réduites de l'assureur sont alors additionnées à la réparation due par le tiers. La part du montant en résultant qui excède le dommage reste acquise à l'assureur ayant formé un recours. Contrairement au droit préférentiel, en cas de répartition proportionnelle, la réduction selon la LAA se traduit dès lors systématiquement par une diminution des prestations pour l'assuré.

Exemple de calcul :	
Domage	100 000.-
Prestations LAA non réduites	80 000.-
Prestations LAA réduites (réduction de 50 %)	40 000.-
Non couvert	60 000.-
Part de responsabilité du tiers	30 %
Couverture (ou montant du tiers à disposition)	30 000.-
Prestations non réduites + indemnités dues par le tiers (80 000 + 30 000)	110 000.-
– au lésé (30 000 ./ . 10 000)	20 000.-
– à l'assureur-accidents	10 000.-

6.6.3 Limitation du droit de recours

LPGA 75

Le *privilège de recours* restreint le droit de recours de l'assureur-accidents en matière de responsabilité civile. L'assureur-accidents n'a un droit de recours contre

- les membres de la famille de l'assuré (conjoint et parents en lignes ascendante et descendante),
- les personnes qui font ménage commun avec l'assuré ou
- l'employeur de l'assuré ainsi que les membres de la famille de l'employeur ou les autres travailleurs, pour autant qu'il s'agisse d'un accident professionnel,

que si ces personnes ont entraîné ou provoqué l'accident *intentionnellement* ou par *négligence grave* (privilège en matière de recours). Le législateur entend ainsi, d'une part, préserver la paix des ménages et, d'autre part, protéger l'employeur de nouvelles charges financières, car ce dernier finance déjà les primes de l'assurance des accidents professionnels.

LPGA 75 III

Il n'y a pas de limitation du droit de recours de l'assureur dans la mesure où la personne contre laquelle le recours est formé est couverte par une assurance responsabilité civile obligatoire.

7 Comportement en cas d'accident

7.1 Déclaration d'accident

LAA 45, 46 ;
OLAA 53

La *personne assurée* ou, en cas de décès, ses proches doivent annoncer immédiatement l'accident à l'employeur ou à l'assurance-accidents en procédant à une *déclaration d'accident*. L'*employeur* doit transmettre la déclaration sans retard à l'assureur. La déclaration d'accident est la condition préalable à un règlement en bonne et due forme de l'accident. Le formulaire de déclaration peut être rempli en format papier ou directement en ligne.

Si la personne accidentée travaille auprès de *plusieurs employeurs*, il suffit de déclarer l'accident à l'employeur dont l'assureur est compétent pour l'accident (cf. [chapitre 6.5](#)) ; les autres employeurs doivent cependant être mentionnés dans la déclaration.

7.1.1 Type de déclaration d'accident

Les cas de *décès* et de blessures pouvant entraîner la mort doivent être déclarés immédiatement à l'assureur.

Dans les autres cas, il suffit que l'accident soit déclaré dès que possible à l'assureur au moyen du formulaire correspondant ou via le *portail en ligne*. L'accident doit être déclaré même si toutes les informations requises ne sont pas encore disponibles. Celles-ci pourront être fournies ultérieurement.

a) Formulaire « Déclaration d'accident selon la LAA »

Il faut remplir le formulaire « Déclaration d'accident selon la LAA » lorsque l'accident a pour conséquence une incapacité de travail, une maladie professionnelle, des maux de dents ou une rechute.

b) Formulaire « Déclaration d'accident bénin selon la LAA »

Si l'accident n'entraîne pas une incapacité de travail (acci-

dent bénin, dit « bagatelle »), la procédure de déclaration est simplifiée.

Les différents formulaires doivent être remis par l'employeur à la personne assurée selon les indications qui y figurent. En cas de déclaration d'accident en ligne, il faut alors se conformer aux instructions de l'assureur figurant sur le site.

7.1.2 Indications concernant le salaire

L'assureur détermine les prestations en espèces dues à la personne assurée en fonction des indications fournies sur le salaire. Il tient compte également des éléments de salaire tels que gratifications ou allocations familiales (d'enfants, de ménage) ; ils doivent être indiqués séparément.

7.2 Versement d'indemnités journalières

L'incapacité de travail doit être confirmée par le médecin traitant sur la « *feuille-accident LAA* ». Cette feuille fait partie de la déclaration d'accidents et est remise par l'employeur à la personne accidentée.

LAA 49

Dans la mesure où le médecin traitant a signalé une incapacité de travail, les assureurs examinent ensuite si les conditions d'octroi des prestations sont bien remplies (par exemple couverture, notion d'accident). Dans l'affirmative, le versement des indemnités journalières est déclenché. L'assureur verse l'indemnité journalière à l'employeur, à moins que ce dernier ne préfère que le paiement soit effectué directement à l'assuré.

7.3 Comportement de la personne accidentée

LAA 48 ; LPGA 21

La personne accidentée doit se soumettre aux examens médicaux demandés par l'assureur dans les limites de ce qui peut être exigé de lui et se conformer aux *instructions* de ce dernier en matière de traitement approprié sous peine de voir les prestations totalement ou partiellement refusées.

OLAA 16

Par ailleurs, la personne accidentée est tenue de se conformer aux instructions du médecin et n'a pas le droit de retarder la guérison par son comportement. Lorsque la personne accidentée veut changer de médecin, de dentiste ou de chiropraticien qu'elle a elle-même choisis, elle doit en informer immédiatement l'assureur. Cette disposition s'applique également en cas de changement d'hôpital.

7.4 **Obligation de renseignement et de collaboration**

LAA 45-47 ;
OLAA 53-56 ;
LPGA 28

La *personne assurée*, les survivants, les autorités ainsi que l'*employeur* doivent fournir à l'assureur tous les renseignements nécessaires permettant de déterminer les circonstances et les suites de l'accident et de fixer les prestations d'assurance.

LAA 54a

Les fournisseurs de prestations doivent remettre à l'assureur une facture détaillée et compréhensible. Ils lui transmettent également toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse se prononcer sur le droit à prestations et vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation.

8 Calcul et perception des primes

8.1 Généralités

LAA 89-95 ;
OLAA 108-121

La loi et l'ordonnance prescrivent en détail la manière dont l'assureur doit calculer et percevoir les primes. Les compagnies d'assurances privées et les caisses-maladie doivent établir des tarifs de primes qu'il leur incombe de porter à la connaissance de l'autorité de surveillance de la Confédération (Office fédéral de la santé publique).

L'assureur communique à l'employeur la composition des primes lors de la conclusion de l'assurance et à chaque modification ultérieure.

8.2 Tarif des primes

Le tarif distingue, d'une part, les primes pour l'assurance des accidents et des maladies professionnels (AP) et, d'autre part, celles pour l'assurance des accidents non professionnels (ANP). Les primes sont calculées en pour mille de la somme des salaires.

En assurance des accidents professionnels, les entreprises sont classées selon le genre de leur activité dans des classes et degrés de risques. En assurance des accidents non professionnels, selon le tarif de la compagnie d'assurances considérée, il y a également des classes ou des niveaux de risques, voire des sous-classes.

8.3 Composition des primes

LAA 92 ;
OLAA 120 I

Les primes du tarif se composent des éléments suivants :

- prime nette ;
- suppléments pour frais administratifs ;

- suppléments pour frais de prévention des accidents et des maladies professionnelles ;
- suppléments pour allocations de renchérissement ;
- suppléments pour l'alimentation éventuelle d'un fonds de compensation en cas de sinistre majeur.

OLAA 113

Les *primes nettes* correspondent, pour chaque classe de risques, à la moyenne de l'ensemble des prestations que l'assureur sera vraisemblablement amené à verser. Périodiquement, une statistique commune permet de déterminer rétrospectivement le montant effectif des prestations payées pour tous les assurés d'une même classe. Le cas échéant, la prime est rectifiée. Chaque assureur définit son propre tarif des primes nettes qu'il doit communiquer à l'autorité de surveillance.

OLAA 114

Le supplément pour *frais administratifs* peut être fixé individuellement par les assureurs dans le respect des dispositions légales.

LAA 87-88 ;
OPA 94, 99

Le supplément de prime destiné à la *prévention des accidents* sert à couvrir les frais découlant de l'activité liée à la prévention des accidents. La détermination des suppléments de prime destinés à la prévention des accidents est régie dans l'ordonnance fixant les suppléments de primes pour la prévention des accidents.

L'obligation de s'acquitter des cotisations et des suppléments vaut aussi pour les entreprises étrangères dont les salariés ne sont pas assujettis à la LAA (par exemple entreprises étrangères employant uniquement des travailleurs détachés).

LAA 90a-90c

Le supplément de primes destiné aux *allocations de renchérissement* sert au financement d'allocations de renchérissement sur les prestations servies sous forme de rente. Dans la mesure où les excédents d'intérêts sur la réserve mathématique des rentes y suffisent, on peut renoncer à percevoir ce supplément. Aux fins de garantie durable des allocations de

	renchérissement, les assureurs selon l'art. 68 al. 1 let. a LAA et la caisse supplétive ont créé une association.
LAA 90d	Les mêmes règles régissent le financement de l'adaptation des allocations pour impotent consécutive à l'augmentation du montant maximal du gain assuré.
LAA 78, 90 IV ; OLAA 95a	Des dispositions spéciales s'appliquent aux <i>événements dits majeurs</i> : lorsque survient un événement dommageable qui risque selon toute vraisemblance d'entraîner, pour l'ensemble des assureurs désignés à l'art. 68 LAA, le versement de prestations d'assurance dépassant le volume des primes nettes (branches d'assurance obligatoire), un fonds de compensation est créé auprès de la caisse supplétive. Un supplément de prime est alors prélevé a posteriori – c'est-à-dire seulement après la survenance du sinistre majeur (grand sinistre).
OLAA 119	L'assureur peut prévoir pour chacune des branches de l'assurance obligatoire une <i>prime minimale</i> dont le montant ne dépasse pas 100 CHF par année (suppléments compris).

8.4 Classement des entreprises/détermination de la prime

	Sur la base des renseignements de l'employeur quant au genre de l'entreprise, l'assureur attribue celle-ci à une des classes de risque du tarif des accidents professionnels et à une classe de risque de celui des accidents non professionnels. Les taux de primes applicables sont communiqués par écrit à l'employeur. La prime provisoire, facturée par l'assureur, est calculée en fonction de la somme totale présumée des salaires, répartie entre hommes et femmes et subdivisée, pour chaque groupe, en accidents professionnels et accidents non professionnels.
OLAA 117	La prime provisoire est payable à l'avance ; elle peut être payée par trimestre ou par semestre, moyennant un supplément de respectivement 1,875 % et 1,25 %.

Le contrat précise s'il est soumis ou non au décompte définitif de primes (décompte de primes sur la base des sommes effectives des salaires).

8.5 Débiteur de la prime

LAA 91

L'employeur doit la totalité de la prime à l'assureur. Il peut cependant déduire du salaire des travailleurs la part de prime afférente aux accidents non professionnels. Il y a lieu de tenir compte des contrats de travail individuels, des statuts et règlements du personnel ou des conventions collectives de travail qui prévoient la prise en charge totale ou partielle de la prime des accidents non professionnels par l'employeur.

La part du travailleur doit être déduite au fur et à mesure du salaire. Cette déduction ne peut être opérée, pour une période de salaire, que sur le salaire de cette période ou de la période qui suit immédiatement. Toute convention contraire en défaveur du travailleur est nulle.

OLAA 117

Le *délai de paiement* de la prime est fixé à un mois à compter de l'échéance. A l'expiration de ce délai, l'assureur prélève un *intérêt moratoire* de 0,5 % par mois.

8.6 Décompte de primes définitif et adaptation de la prime provisoire

OLAA 120

A la fin de l'année, l'employeur doit déclarer à l'assureur, sur un formulaire spécial, les salaires effectifs soumis au paiement de primes. Sur la base de ces données, l'assureur établit le décompte définitif de prime et réclame, le cas échéant, le paiement de la prime supplémentaire ou, dans le cas contraire, restitue le montant payé en trop. Le décompte définitif de prime indique les primes pour l'assurance des accidents professionnels et non professionnels, séparément pour les hommes et les femmes.

LAA 93 II

En cas d'écart important entre les sommes des salaires provisoires et définitives, les sommes des salaires provisoires peuvent être adaptées.

8.7 Salaire soumis à une prime

OLAA 22, 115

Le salaire soumis à une prime est en principe le *salaire soumis à l'AVS* (y compris salaire en nature) des personnes obligatoirement assurées, autrement dit des travailleurs, des membres de la famille travaillant dans l'entreprise, des apprentis, des stagiaires et des travailleurs à domicile ainsi que des personnes exerçant une activité lucrative accessoire. Les compléments périodiques de salaire auxquels le travailleur a droit tels que gratifications et le salaire du 13^e mois doivent également être déclarés, même si l'assuré n'a droit au salaire que durant une partie de l'année.

Aux salaires AVS s'ajoutent :

- le salaire non soumis à l'AVS des bénéficiaires de rentes AVS ;
- les salaires des jeunes gens qui ne sont pas encore soumis à l'obligation de cotiser à l'AVS ;
- les salaires de travailleurs exonérés de l'obligation de cotiser à l'AVS parce qu'ils ne remplissent les conditions que pour une période relativement brève, par exemple les étrangers qui viennent travailler en Suisse pour des travaux saisonniers (travaux de récolte) durant huit semaines au maximum.

Pour les groupes de personnes suivants, ce n'est pas le salaire AVS qui doit être déclaré, mais d'autres montants :

- pour les stagiaires, les volontaires et les personnes se préparant au choix d'une profession de plus de 20 ans, le salaire minimum à déclarer se monte actuellement à 81,20 CHF par jour, mais pour les personnes de moins de 20 ans à 40,60 CHF par jour (20 % resp. 10 % du salaire maximal assuré par jour de 406 CHF) ;

- pour les membres de la famille de l’employeur travaillant dans l’entreprise, les associés, les actionnaires ou les membres de sociétés coopératives, il est au moins tenu compte du salaire correspondant aux usages professionnels et locaux.

Le salaire soumis à une prime est limité, par personne et par année, au salaire maximal LAA (actuellement de 148 200 CHF). Si un assuré est occupé pendant moins d’une année, le montant maximal est aussi réduit proportionnellement. Lorsque l’assuré travaille pour plusieurs employeurs et que le salaire global excède le maximum LAA, le salaire touché chez chacun des employeurs est réduit en proportion, de telle sorte que le salaire maximal en vigueur ne soit pas dépassé.

Ne font pas partie du salaire soumis à une prime :

- les allocations familiales (d’enfants et de ménage) ;
- les indemnités journalières de l’assurance-invalidité et de l’assurance militaire ainsi que les indemnités du régime des allocations pour perte de gain ;
- les indemnités en cas de cessation des rapports de travail par suite de fermeture d’entreprise ou de situations similaires.

8.8 Relevés de salaire

LAA 93 ;
OLAA 116

Afin de pouvoir déterminer les salaires soumis à une prime, il est indispensable d’établir des relevés de salaires individuels précisant pour chaque travailleur la période de travail et le salaire perçu pour cette période. Pour les *travailleurs à temps partiel*, le relevé doit également indiquer si la limite des 8 heures hebdomadaires de travail est atteinte ou non et si ces travailleurs sont, de ce fait, également assurés pour les accidents non professionnels.

L’assureur peut contrôler tous les éléments en rapport avec les salaires et exiger de consulter les relevés. Ceux-ci doivent être conservés pendant 5 ans au moins.

8.9 Modification des taux de prime

LAA 59a, 60 ;
OLAA 113 III

Le taux de prime peut être modifié en cours de contrat, toujours avec effet au 1^{er} janvier. Le nouveau taux de prime et les nouvelles primes doivent être communiqués à l'employeur au moins deux mois avant l'échéance.

En vertu du *contrat-type* applicable aux assureurs selon l'art. 68 LAA, les entreprises assurées disposent d'un droit de résiliation du contrat en cas de hausse du taux de prime net ou du pourcentage du supplément de prime destiné aux frais administratifs. La résiliation doit parvenir à l'assureur dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la notification de ce dernier.

LAA 60

En cas de modification des tarifs, la Suva doit consulter les employeurs et les travailleurs.

9 Situations internationales

Les situations peuvent également concerner l'*étranger*. C'est le cas, par exemple, lorsqu'une personne de nationalité étrangère travaille en Suisse ou lorsqu'un Suisse travaille à l'étranger ; lorsqu'une activité est effectuée dans plusieurs pays ou lorsqu'une personne exerce plusieurs activités différentes simultanément dans plusieurs pays.

En présence d'une telle situation internationale, il faut commencer par vérifier l'existence d'un *traité* (convention internationale) avec le pays considéré. Le traité peut avoir prévu une réglementation spéciale ou stipuler le droit national applicable en fonction du cas considéré.

Rien qu'en termes de nombre de situations, l'accord signé avec l'UE et l'AELE arrive en première position (cf. [chapitre 9.1](#)). Outre les accords multilatéraux, il existe également de multiples accords bilatéraux sur la sécurité sociale passés avec différents Etats (cf. [chapitre 9.2](#)). Concernant les pays avec lesquels aucun accord n'a été passé, c'est le droit national qui s'applique ; il a prévu des dispositions spéciales à cet effet (cf. [chapitre 9.3](#)). Les dispositions relatives aux travailleurs détachés sont présentées ci-après et les modalités d'application précisées au [chapitre 9.4](#).

9.1 Accords bilatéraux avec l'UE/AELE

ALCP ; accord AELE ;
LAA 115a

L'*Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP)* est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 dans le cadre des Accords bilatéraux passés entre la Suisse et l'UE. La version révisée de la *Convention de l'AELE* est entrée en vigueur au même moment, elle étend l'accord sur la libre circulation des personnes aux pays de l'AELE (Norvège, Islande et Liechtenstein).

Règlement de base : ancien Règlement (CEE) n°1408/71 ; nouveau Règlement (CE) n°883/2004 ; règlement d'application : ancien Règlement (CEE) n°574/72 ; nouveau Règlement (CE) n°987/2009

Ces deux traités présentent les différents règlements de l'UE applicables en Suisse en matière de sécurité sociale. Ils régissent également la « coordination des systèmes de sécurité sociale ». Depuis janvier 2016, sont également applicables par rapport aux Etats de l'AELE les nouveaux règlements de base et d'application, y compris les adaptations applicables depuis avril 2012 par rapport aux Etats de l'UE. Pour les cas antérieurs, il est possible de recourir aux anciens règlements en fonction de la situation considérée.

ALCP 8 let. a + 15, annexe II à ALCP 1-3 ; Accord AELE 21 + 53, annexe K 8 let. b

Les Accords bilatéraux avec l'UE et l'AELE – en particulier l'ALCP et son annexe relative au droit communautaire déclaré applicable – régissent la coordination entre les Etats participants, notamment de quel ordre juridique relèvent les personnes concernées par l'accord dans le domaine de la sécurité sociale.

Règlement (CE) n°883/2004 11 I ; Règlement (CEE) n°1408/71 13 I

Les bénéficiaires sont couverts par la législation d'un seul pays membre ou Etat contractant (principe de l'unicité de la législation applicable). Cet accord a donc également des répercussions sur la question de l'existence d'une couverture par le biais de l'assurance-accidents obligatoire suisse.

Sont concernés par ces deux accords en premier lieu les ressortissants d'un Etat de l'UE/AELE ainsi que les ressortissants suisses, qui travaillent en Suisse et/ou dans un pays de l'UE/AELE. Par ailleurs, ils s'étendent aux proches et aux survivants de tels bénéficiaires ainsi qu'aux réfugiés et aux apatrides.

9.1.1 Exercice d'une activité professionnelle dans un seul Etat contractant

a) Principe : Principe de la soumission à la législation du lieu du travail

Règlement (CE) n°883/2004 11 III a ; Règlement (CEE) n°1408/71 13 II a+b

L'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'UE et ses Etats membres repose sur le principe de la soumission à la législation du lieu du travail (également appelé principe de l'Etat de dernier emploi). En d'autres termes, les

travailleurs relevant de l'accord sont généralement assujettis aux dispositions générales du droit des assurances sociales de l'Etat dans lequel ils travaillent.

Les ressortissants d'un Etat de l'UE ainsi que les Suisses travaillant exclusivement en Suisse relèvent donc du système suisse d'assurance sociale.

A contrario, les ressortissants d'un pays de l'UE ainsi que les Suisses qui travaillent exclusivement dans un pays de l'UE relèvent du système d'assurance sociale du pays dans lequel ils travaillent.

b) Exceptions

Parallèlement à ce principe, il existe différents cas de figure pouvant justifier une dérogation au principe de la soumission à la législation du lieu du travail.

Règlement (CE)
n° 883/2004 12 I ;
Règlement (UE)
n° 465/2012 1 chiffre 5 ;
Règlement (CEE)
n° 1408/71 14 I

Une telle exception consiste par exemple dans le détachement provisoire d'un salarié dans un autre pays contractant. En cas de détachement à durée limitée dès le départ, ce n'est pas le principe de la soumission à la législation du lieu du travail qui s'applique, mais celui du pays d'origine dans lequel l'employeur qui a détaché le salarié a son siège. Cette disposition est applicable pour autant que le détachement n'excède pas une certaine durée maximale. Autrement dit, le droit du pays depuis lequel le travailleur est détaché « rayonne » alors sur la législation du lieu du travail, c'est-à-dire que la législation de ce dernier pays « reflète » alors le droit étranger. Nous renvoyons au [chapitre 9.4](#) qui précise les différentes modalités applicables afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble des nombreux cas possibles (Etats de l'UE, Etats de l'AELE, autres Etats contractants, Etats non contractants), car ils varient légèrement selon le champ d'application.

LDét. 1-2

En Suisse, des mesures d'accompagnement ont été définies afin de prévenir les abus. Outre la lutte contre le travail au noir, ces mesures garantissent le bon respect des normes minimales obligatoirement applicables en droit du travail. Elles

contribuent de ce fait également à l'égalité des chances entre les entreprises. Les employeurs doivent garantir aux travailleurs détachés l'application des conditions minimales de travail et de salaire applicables aux travailleurs détachés, lesquelles sont stipulées dans les lois fédérales, les ordonnances du Conseil fédéral, les conventions collectives de travail ainsi que les contrats-types de travail au sens de l'art. 360a du Code des obligations (CO) et touchent les domaines suivants :

- rémunération minimale, suppléments compris ;
- durée du travail et du repos ;
- durée minimale des congés ;
- sécurité au travail et protection de la santé au travail ;
- protection des femmes enceintes, des jeunes accouchées, des enfants et des jeunes ;
- non-discrimination, à savoir égalité de traitement entre hommes et femmes ;

par ailleurs, les prestataires de services, en particulier les sous-traitants, doivent apporter la preuve de leur indépendance dans le cadre de la lutte contre la pseudo-indépendance.

Règlement (CE)
n°883/2004
13 I b - 16

Font également exception les cas spéciaux suivants : fonctionnaires, personnes effectuant leur service militaire ou leur service civil, membres d'équipage en mer, main d'œuvre de la Communauté européenne ainsi que travailleurs au bénéfice d'une assurance facultative continuée etc.

Règlement (CE)
n°883/2004 11 V ;
Règlement (UE)
n°465/2012 1
chiffre 2

Une disposition spéciale est applicable au personnel navigant en vertu de laquelle, il faut se référer à la base d'affectation respective. Il s'agit du lieu désigné par l'exploitant pour le membre d'équipage, où celui-ci commence et termine normalement un temps de service ou une série de temps de service et où, dans des circonstances normales, l'exploitant n'est pas tenu de loger ce membre d'équipage.

Règlement (CEE)
n° 1408/71 14 chiffre
2a + chiffre 3, 16 ;
Règlement (CEE)
n° 574/72 13

L'ancien Règlement (CEE) n° 1408/71 comportait des dispositions spéciales pour le personnel de service des missions diplomatiques ou postes consulaires, mais aussi des dispositions concernant les travailleurs de transport internationaux ainsi que les entreprises frontalières ou des gens de mer. Depuis l'entrée en vigueur du Règlement (CE) n° 883/2004 applicable depuis avril 2012 dans les relations entre la Suisse avec les pays de l'UE et depuis janvier 2016 dans celles avec les pays de l'AELE, la disposition relative au droit applicable dans de tels cas reprend également les dispositions concernant les activités exercées dans plusieurs Etats membres.

9.1.2 **Exercice d'une activité professionnelle dans plusieurs Etats contractants**

Règlement (CE)
n° 883/2004 13 ;
Règlement (CE)
n° 987/2009 14 IV

En cas d'exercice de plusieurs activités, il faut commencer par clarifier s'il s'agit d'activités salariées ou indépendantes, car elles sont régies différemment selon le droit national applicable.

a) Exercice d'une activité salariée et d'une activité indépendante

Règlement (CE)
n° 883/2004 13 III ;
Règlement (CEE)
n° 1408/71 14c

La personne qui exerce normalement une activité salariée et une activité indépendante dans différents Etats membres est soumise à la législation de l'Etat membre dans lequel elle exerce son activité (non indépendante) comme travailleur salarié.

b) Exercice de plusieurs activités salariées

Règlement (CE)
n° 883/2004 13 Ia ;
Règlement (CE)
n° 987/2009 14 VIII ;
Règlement (UE)
n° 465/2012 1 chiffre 6 ;
Règlement (CEE)
n° 1408/71 14 2b

La personne qui exerce normalement une activité salariée dans plusieurs Etats membres est soumise à la législation de l'Etat membre de résidence, si elle exerce une partie substantielle de son activité (au moins 25 % du salaire ou du temps de travail) dans cet Etat membre (principe du lieu de résidence).

Règlement (CE)
n°883/2004 13 I b
i) - iii) ; Règlement
(UE) n°465/2012 1
chiffre 6

Par contre, si le salarié n'exerce aucune activité dans son lieu de résidence ou s'il n'y exerce pas une part substantielle de son activité, il est alors soumis à la législation de l'Etat membre

- dans lequel l'employeur qui l'emploie a son siège, même si le salarié travaille pour le compte de cet employeur dans plusieurs pays ;
- dans lequel l'employeur de l'Etat qui n'est pas l'Etat de résidence a son siège ;
- dans lequel les employeurs ont leur siège, pour autant qu'ils soient tous domiciliés dans le même Etat qui n'est pas l'Etat de résidence du salarié.

Règlement (UE)
n°465/2012 1 chiffre 6
en relation avec le
Règlement (CE)
n°883/2004 13 I b iv

En revanche, si la personne assurée est salariée par plusieurs entreprises ou employeurs, dont deux au moins ont leur siège social ou leur siège d'exploitation dans différents Etats membres autres que l'Etat membre de résidence, alors elle est soumise à la législation de l'Etat membre de résidence même si elle n'exerce pas une partie substantielle de ses activités, voire aucune activité, dans cet Etat, puisqu'il n'y a pas de relation plus étroite avec un autre Etat.

9.2 Autres accords sur la sécurité sociale

Outre les Accords bilatéraux avec l'UE et ses Etats membres ainsi qu'avec les Etats de l'AELE, il existe différents accords multilatéraux et bilatéraux sur la sécurité sociale passés avec d'autres Etats (par exemple avec l'Argentine, l'Australie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Corée du Sud, les Etats-Unis, l'Inde, Israël, le Japon, les Philippines, la Turquie, l'Uruguay ou encore avec la Serbie, où s'applique l'accord signé avec l'Ex-Yougoslavie). Il faut alors vérifier si ces accords sont applicables.

9.3 Etats non contractants

LAA 2 I-III, 3 IV ;
OLAA 3-6

En l'absence de traité, seul est déterminant le droit national qui prévoit ses propres règles spéciales pour de tels cas.

9.4 Modalités en cas de détachement de travailleurs

Si un travailleur est provisoirement détaché par son employeur dans un autre Etat, il demeure alors soumis, à certaines conditions, à la législation de l'Etat dans lequel l'employeur qui l'a détaché a son siège (cf. chapitre 9.1.1 b). En cas de *détachement* depuis la Suisse à l'étranger, c'est donc toujours le droit suisse qui s'applique ; en cas de *détachement* en Suisse depuis l'étranger, c'est le droit étranger.

Les principes sont alors systématiquement les mêmes. Le travailleur continue d'être assujéti à l'ancien droit, dans la mesure où

- il y était déjà assujéti à titre obligatoire avant son départ (c'est-à-dire qu'il n'a pas été recruté directement à l'étranger pour y travailler ou pour travailler dans un autre Etat) ;
- le détachement est limité dans le temps dès le départ et n'excède pas une certaine durée maximale, laquelle peut varier en fonction des dispositions légales déterminantes ;
- il ne remplace aucun autre salarié détaché ;
- il continue d'être rémunéré par l'employeur dont le siège est basé dans l'Etat qui l'a détaché ou pour le compte de cet employeur ;
- il a obtenu auparavant une attestation de détachement. Cette condition n'est généralement pas de nature constitutive, mais uniquement de nature déclaratoire. Il est néanmoins recommandé de la remplir.

Dans le détail, pour ce qui est de la durée et des formalités, les réglementations peuvent différer les unes des autres, raison pour laquelle nous distinguons ci-après les fondements juridiques applicables.

En cas de détachements de travailleurs depuis la Suisse vers l'étranger ou depuis l'étranger en Suisse, il faut en premier lieu vérifier si un accord a été conclu avec l'Etat considéré. Concernant nos Etats voisins, il s'agit essentiellement de l'accord avec l'UE et ses Etats membres ou avec l'AELE (cf. [paragraphe a](#)). Toutefois, il existe un grand nombre d'autres accords multilatéraux et bilatéraux passés avec certains Etats (cf. [paragraphe b](#)). En l'absence d'accord, ce sont alors l'art. 2 al. 2 LAA ainsi que les art. 4–6 OLAA qui s'appliquent (cf. [paragraphe c](#)).

A) Etats de l'UE et de l'AELE

LAA 115a Ia ;
Règlement (CE)
n°883/2004 12 I ;
Règlement (CE)
n°987/2009 15 I
en relation avec 19 II

En cas de détachement d'un ressortissant suisse ou d'un pays de l'UE ou de l'AELE depuis la Suisse dans un pays de l'UE ou de l'AELE ou inversement, sont applicables depuis avril 2012 (UE) ou janvier 2016 (AELE) l'actuel règlement de base ainsi que son règlement d'application. En vertu de ces textes, la personne concernée demeure assujettie pendant une durée maximale de 24 mois au droit de l'Etat depuis lequel elle a été détachée. Toutefois, il faut également présupposer qu'une activité « notable » ait déjà été exercée auparavant dans le pays d'origine. La caisse de compensation AVS compétente fournit sur demande l'attestation nécessaire. A l'heure actuelle, c'est le formulaire A1 qui s'applique. Les anciens formulaires E 101 demeurent valables.

Dérogation

Règlement (CE)
n°883/2004 16 ;
Règlement (CE)
n°987/2009 18

Contrairement au Règlement (CEE) n°1408/71, le droit à la prolongation de la même durée n'est plus garanti, il peut toutefois être obtenu au cas par cas d'une autre manière. Si la période de 24 mois, contrairement à ce qui était prévu, est insuffisante, une demande de *prolongation de détachement* ou, s'il est évident dès le départ que la durée sera insuffisante, une *demande de détachement de longue durée* peut être adressée à l'OFAS. Ce dernier tentera alors de trouver avec l'autorité étrangère responsable un accord particulier

au sens de l'art. 16 du Règlement (CE) n°883/04. Ceci implique le consentement de l'Etat concerné. Si un accord particulier est conclu, le requérant se voit alors remettre une attestation. En vertu de la jurisprudence suisse, une demande n'est adressée aux autorités étrangères que si la durée du détachement n'excède pas cinq à six ans au total.

Assurance après l'expiration du délai du détachement

Règlement (CE)
n°883/2004 14

Au retour de l'employé à l'expiration de la période de détachement, il continue d'être assujéti au droit qui était provisoirement applicable pendant son séjour à l'étranger.

Si un travailleur détaché demeure dans le pays où il a été détaché à l'expiration de la période de détachement, ce n'est alors plus le droit du pays depuis lequel il a été détaché qui s'applique (qui rayonnait exceptionnellement au delà des frontières nationales), mais le droit du pays d'emploi. Si l'employé relève désormais d'une assurance obligatoire dans le pays d'emploi (obligation d'assurance), il n'a alors plus le droit de souscrire une assurance facultative (assurance volontaire) dans le pays de l'employeur qui l'a détaché à l'origine. La souscription d'une assurance LAA facultative de droit suisse n'est donc plus possible.

Si l'employé n'est pas soumis à une assurance obligatoire, il peut opter pour une assurance facultative dans l'un des deux Etats (ledit droit d'option). Il doit alors se décider pour l'assurance de l'un ou l'autre Etat, une double assurance dans plusieurs Etats n'est pas possible.

L'AVS/AI prévoit une exception à l'interdiction de la double assurance.

A l'expiration de la période de détachement, si l'employé continue d'être assuré en Suisse pendant cinq années consécutives au moins et s'il est toujours rémunéré par son employeur suisse, il peut, avec l'approbation de ce dernier, maintenir l'assurance-vieillesse et survivants, l'assurance-in-

validité, l'allocation pour perte de gains et l'assurance-chômage (AVS/AI/APG/AC) ainsi que la prévoyance professionnelle à titre facultatif, et ce même s'il relève d'une assurance obligatoire dans son pays d'emploi.

b) Autres Etats contractants

Il existe un grand nombre d'autres « accords sur la sécurité sociale » passés avec d'autres Etats, qui ne relèvent ni de l'UE ni de l'AELE, comme l'Argentine, l'Australie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Corée du Sud, les Etats-Unis, l'Inde, Israël, le Japon, les Philippines, la Turquie, l'Uruguay ou encore avec la Serbie (s'applique l'accord signé avec l'Ex-Yougoslavie). D'autres sont en cours d'élaboration. Si un tel traité comprend des dispositions spéciales applicables au *détachement*, il faut alors se reporter à la convention correspondante. De telles dispositions prévoient généralement des prolongations de cinq à six ans (par exemple l'accord passé avec l'Inde).

c) Etats non contractants

En cas de détachements de travailleurs depuis la Suisse dans des pays avec lesquels aucun accord sur la sécurité sociale n'a été passé, ou de travailleurs venant de tels pays en Suisse, à défaut d'une solution harmonisée entre les deux Etats, il faut s'en tenir au droit national, lequel prévoit également certaines règles en la matière.

LAA 2 I ; OLAA 4

Les travailleurs détachés à l'étranger dans un pays non contractant, pendant une durée limitée, par un employeur en Suisse demeurent couverts par l'assurance-accidents obligatoire. Si le travailleur était assuré à titre obligatoire en Suisse avant le *détachement* et s'il reste lié pas des rapports de travail à un employeur ayant son domicile ou son siège en Suisse et possède à son égard un droit au salaire, il demeure assujéti au droit suisse pendant deux années supplémentaires. L'assureur peut, sur demande, porter cette durée à six ans au total. (cf. chapitre 1.2.4).

LAA 2 II ; OLAA 6

A l'inverse, les travailleurs détachés en Suisse, pour une durée limitée, par un employeur d'un Etat non contractant ne relèvent pas de l'obligation d'assurance selon la LAA pendant la première année. Ce délai peut, sur demande, être porté à six ans au total, par la Suva ou par la caisse supplétive, à condition que ces travailleurs bénéficient d'une assurance leur garantissant une protection équivalente. En revanche, si leur employeur ayant son domicile ou son siège à l'étranger continue ensuite de les employer en Suisse, les employés travaillant en Suisse doivent alors être assurés en Suisse.

9.5 Conclusions

Pour résumer, les cas de figure envisageables peuvent être très variées. Les situations internationales sont souvent complexes et compliquées à traiter. Il faut donc toujours s'en tenir à l'examen précis du cas considéré. C'est la raison pour laquelle, il est recommandé de clarifier dans le détail les faits ainsi que la situation juridique. En présence d'un cas concret, il n'y aura pas vraiment d'autre solution que de s'en tenir aux dispositions internationales correspondantes.

10 Traitements médicaux à l'étranger

Lorsqu'un assuré selon le droit suisse est victime d'un accident – professionnel ou non (couverture ANP présumée) – lors d'un séjour temporaire à l'étranger, il peut également engager des frais médicaux pour soins ou médicaments ; les distinctions suivantes sont néanmoins applicables :

10.1 Pays de l'UE ou de l'AELE

Règlement (CE)
n°883/2004 19

Lorsqu'une personne assurée est victime d'un accident dans un pays de l'UE ou de l'AELE et qu'elle se rend dans un hôpital assujéti au droit social du pays dans lequel a eu lieu l'accident, elle a alors droit – sous réserve de certaines exceptions – à toutes les prestations en nature médicalement nécessaires pendant son séjour à l'étranger.

Règlement (CE)
n°987/2009 25 III

La personne assurée a droit à toutes les prestations nécessaires pour la poursuite de son séjour (temporaire) afin qu'elle n'ait pas besoin de rentrer plus tôt que prévu à son domicile pour y recevoir un traitement. Ce droit s'étend aux frais engagés pour la première consultation médicale ainsi qu'aux frais consécutifs dans la mesure où ils couvrent la durée prévue du séjour (par exemple les frais d'un traitement dentaire d'urgence, mais pas ceux d'une prothèse dentaire dont l'acquisition peut attendre le retour au domicile).

Ces prestations sont prises en charge par l'assureur du lieu de séjour conformément aux dispositions légales dont il relève, comme si la personne concernée était assurée selon le droit local (ladite entraide en matière de prestations). Cette prise en charge s'effectue pour le compte de l'assureur compétent, c'est-à-dire l'assurance sociale du pays où la personne est assurée.

Si la personne assurée prend en charge elle-même les frais entraînés, elle peut alors en demander le remboursement soit directement auprès de l'assureur du lieu de séjour à l'étranger ou auprès de l'assureur suisse. Est déterminant le tarif applicable dans le pays où a lieu le traitement médical. Sont alors remboursés au maximum les frais effectivement engagés.

Si la personne assurée se rend dans un hôpital non reconnu par le droit social du pays dans lequel elle a été victime de l'accident (par exemple clinique privée, division privée), les Accords bilatéraux ne sont pas applicables. C'est le droit suisse qui s'applique, comme si l'accident était survenu dans un Etat non contractant (cf. chapitre 10.2).

10.2 Etats non contractants

En cas de traitements médicaux dans un Etat non contractant, les prétentions relèvent alors exclusivement du droit national. Celui-ci prévoit certaines restrictions :

LAA 10 III ;
OLAA 17

Les frais occasionnés par un traitement médical – ambulatoire ou stationnaire – nécessaire subi à l'étranger ne sont remboursés à l'assuré que jusqu'à concurrence du double du montant de ceux qui auraient résulté d'un traitement en Suisse.

LAA 13 II ;
OLAA 20 II

Les frais de sauvetage ainsi que les frais de voyage et de transport occasionnés à l'étranger sont remboursés jusqu'à concurrence du cinquième du montant maximal du gain annuel assuré qui s'élève actuellement à 29 640 CHF.

LAA 21 II

Le même plafond s'applique aux frais occasionnés par le transport d'un corps au lieu d'inhumation depuis l'étranger.

Les frais excédant ces limites peuvent être couverts par le biais d'une assurance complémentaire LAA (cf. chapitre 16).

11 Prévention des accidents et des maladies professionnelles

LAA 81 I	Les prescriptions sur la prévention des accidents et maladies professionnels sont régies dans l'ordonnance sur la prévention des accidents et des maladies professionnels (OPA) et s'appliquent à toutes les entreprises dont les travailleurs exécutent des travaux en Suisse. L' <i>obligation de prévention des accidents professionnels</i> et des maladies professionnelles incombe en premier lieu aux employeurs. Ils sont tenus de prendre les mesures nécessaires pour protéger la vie et la santé des travailleurs. Afin de supprimer le danger ou tout au moins de l'atténuer, ils peuvent alors recourir à toutes les mesures dont l'expérience a démontré la nécessité, que l'état de la technique permet d'appliquer et qui sont adaptées aux conditions d'exploitation de l'entreprise.
LAA 82 I ; LTr 6	
LAA 82 II-III	Les employeurs doivent faire collaborer les travailleurs aux mesures de prévention des accidents et maladies professionnels. Les travailleurs sont tenus de seconder l'employeur dans l'application des prescriptions sur la prévention des accidents et maladies professionnels. Ils doivent en particulier utiliser les équipements individuels de protection et employer correctement les <i>dispositifs de sécurité</i> et s'abstenir de les enlever ou de les modifier sans autorisation de l'employeur.
LAA 112	Toute infraction intentionnelle ou par négligence aux dispositions sur la prévention des accidents et des maladies professionnels est punie dans la mesure où elle met ainsi gravement en danger d'autres personnes. Voir aussi le chapitre 14 .
LAA 82a	Si les partenaires sociaux le demandent, le Conseil fédéral peut faire dépendre l'exécution de travaux présentant des dangers particuliers de l'obligation de disposer d'une attestation de formations.

LAA 84–86 ;
OPA 47, 60–69

Les *organes d'exécution* appliquent les prescriptions sur la prévention des accidents et des maladies professionnels. Les organes d'exécution sont la Suva, l'Inspection générale du travail, les offices cantonaux d'inspection du travail ainsi que les organisations spécialisées.

Les organes d'exécution visitent chaque entreprise et contrôlent le bon respect des mesures de prévention des accidents. Si une visite d'entreprise révèle qu'il y a infraction aux prescriptions sur la *sécurité au travail*, l'organe d'exécution compétent attire l'attention de l'employeur sur cette inobservation et lui fixe un délai convenable pour y remédier. Au besoin, il peut ordonner des mesures par le biais d'une décision exécutoire. En cas d'urgence, l'organe d'exécution doit définir des mesures de contrainte afin que l'état de faits dangereux soit corrigé.

LAA 8, 88 ; OPA 59

La Suva, l'Association Suisse d'Assurances ainsi que le *Bureau de prévention des accidents* s'occupent de la prévention des accidents non professionnels (*accidents survenant durant les loisirs*). En matière de prévention des accidents non professionnels, les mesures portent en priorité sur les accidents de la circulation routière, les accidents de sport et les accidents domestiques.

OPA 1 ss. ; LAA 87a

12 Dispositions de procédure

12.1 Généralités

LPGA 1 ; LAA 1

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) régit les questions de procédure concernant les assurances sociales. Dans la mesure où la LPGA ne comprend pas de disposition contraignante, la procédure obéit aux normes spéciales définies dans la LAA. La loi fédérale sur la procédure administrative (PA) s'applique subsidiairement pour les questions qui ne sont pas régies intégralement ni dans la LAA ni dans la LPGA.

12.2 Parties

LPGA 42

Contrairement à une procédure au civil où s'opposent deux parties disposant des mêmes droits, dans une procédure en matière d'assurances sociales, une personne assurée est généralement opposée à un assureur ; celui-ci faisant alors office d'organisme public chargé d'exécuter les principes relevant des dispositions légales de la LAA. Ce déséquilibre est notamment pris en compte par le fait que la personne assurée a le droit d'être *entendue*. Elle a le droit d'être entendue, par exemple, lorsqu'il est question de demander une expertise. La personne assurée a le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, elle peut le récuser pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Elle peut également se prononcer sur les questions qui doivent être présentées à l'expert. Si le droit d'être entendu n'est pas respecté, la personne assurée peut porter l'affaire devant le tribunal.

Il n'est pas nécessaire d'entendre la personne assurée avant une décision sujette à opposition puisqu'elle aura l'occasion de s'exprimer lors de la procédure d'opposition ainsi engagée.

LPGA 34 La personne assurée n'est pas la seule partie possible dans une procédure en matière d'assurance, il peut s'agir également de toutes les personnes, organisations ou autorités qui disposent d'un *moyen de droit* contre la décision d'un assureur. C'est le cas lorsque celles-ci sont concernées par la décision, c'est-à-dire lorsque la décision leur donne des droits ou leur impose des devoirs. Par exemple, si l'assureur-accidents veut suspendre sa prise en charge des frais médicaux, il doit communiquer la décision correspondante à l'assureur-maladie ou à l'autre assureur-accidents puisque, devenant alors les nouveaux prestataires, ceux-ci sont concernés par cette décision et qu'ils peuvent, par conséquent, formuler une opposition.

12.3 Décision

LPGA 49 ;
OLAA 124 L'assureur doit rendre par écrit une décision qui porte sur des prestations, créances ou injonctions importantes.

Sont considérés comme importants :

- l'octroi d'une rente de survivants ou d'invalidité, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, d'une allocation pour im-potent ainsi que la restitution de prestations d'assurance ;
- la réduction ou le refus des prestations d'assurance ;
- le classement initial d'une entreprise dans le tarif de prime ainsi que les modifications de ce classement, mais pas la modification du tarif en elle-même.

LPGA 51 Dans les autres cas, l'assureur peut suivre une procédure simplifiée, par exemple en adressant un simple courrier. Si l'intéressé n'est pas d'accord avec la décision selon la procédure simplifiée, il peut exiger qu'une décision soit rendue.

LPGA 50 Les litiges portant sur des prestations des assurances sociales peuvent être réglés par *transaction*. Dans un tel cas, l'assureur est également tenu de notifier la convention pas-sée aux parties concernées sous la forme d'une décision su-jette à recours.

La décision doit être désignée comme telle et comprend systématiquement l'*indication des voies de recours*. Elle précise sous quelle forme et dans quel délai une *opposition* peut être formée si la partie concernée n'est pas d'accord avec le contenu de la décision.

12.4 Procédure d'opposition

LPGA 52 ;
LAA 105 ;
OPGA 10-12

Si la partie concernée n'est pas d'accord avec la décision de l'assureur, elle peut attaquer la décision correspondante par voie d'*opposition*. C'est le cas par exemple si l'assureur déclare qu'il n'est pas tenu de verser des prestations pour l'événement, car il ne s'agit pas d'un accident ; s'il suspend ultérieurement le versement des prestations ou s'il octroie une prestation trop faible du point de vue de l'assuré.

La loi et l'ordonnance imposent certaines exigences formelles en matière d'opposition. L'opposition

- doit être élevée *dans les 30 jours* suivant l'envoi de la décision, sachant que ce délai légal ne peut pas être prolongé ;
- peut être formée par écrit et envoyée par courrier postal. Elle doit être signée par l'opposant ou par son représentant légal ; peut également être formée par oral lors d'un entretien personnel. En cas d'opposition orale, l'assureur consigne l'opposition dans un procès-verbal signé par l'opposant ou son représentant légal ;
- doit systématiquement contenir des conclusions et être motivée.

Si l'opposition ne satisfait pas à l'une ou l'autre des exigences susmentionnées, l'assureur impartit un délai convenable à la personne formant opposition pour corriger le manquement.

La procédure d'opposition est gratuite pour l'assuré. S'il se fait représenter par un avocat, l'assuré peut sur demande et à certaines conditions très strictes bénéficier de la gratuité des

frais d'assistance d'un conseil juridique. Il doit alors apporter la preuve que ses moyens financiers ne lui permettent pas d'assumer les frais entraînés par la procédure.

LPGA 52 II ;
OPGA 12

En se fondant sur l'opposition, l'assureur rend sa *décision sur opposition* dans un délai approprié. Elle doit être motivée et indiquer les *voies de recours*.

12.5 Procédure de recours et instances

LPGA 56 ss.

Si les personnes concernées ne sont pas d'accord avec la *décision sur opposition*, elles ont la possibilité d'élever un recours devant le tribunal. Le *délaï de recours* est de 30 jours et ne peut pas être prolongé. Si la personne assurée n'est pas en mesure d'assumer elle-même les frais d'avocat, elle peut avoir droit, à certaines conditions, à une assistance juridique gratuite.

LPGA 58

La plainte doit généralement être adressée au *tribunal des assurances cantonal* du canton de domicile du plaignant. Si l'assuré ou une autre partie plaignante sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse.

LAA 105a, 109

Constituent une exception les recours

- concernant les mesures destinées à la prévention des accidents et des maladies professionnelles ;
- concernant le classement d'une entreprise dans les tarifs de primes.

Dans de tels cas, le recours doit être adressé – dans les 30 jours – au *Tribunal administratif fédéral*.

LPGA 62

Les jugements rendus par le *tribunal cantonal des assurances* ou par le *Tribunal administratif fédéral* peuvent faire l'objet d'un recours dans les 30 jours auprès du *Tribunal fédéral*. Le Tribunal fédéral est la dernière instance dans les procédures

en matière d'assurances sociales. Demeure réservé le renvoi devant la *Cour européenne des droits de l'homme (CrEDH)* à Strasbourg. Les arrêts principaux du Tribunal fédéral et de la CrEDH sont publiés.

13 Protection des données

En vertu de la Constitution fédérale, toute personne a droit à la *protection contre l'usage abusif de ses données personnelles*. La protection des données est également un sujet important en assurance-accidents, principalement parce que les dossiers médicaux contiennent des données particulièrement sensibles. Le présent chapitre présente les conditions auxquelles les données peuvent être traitées et publiées.

13.1 Traitement des données et communication des données

LAA 96

Les organes chargés d'appliquer la LAA sont habilités à traiter et à faire traiter les données personnelles, y compris les données sensibles et les profils de la personnalité, qui leur sont nécessaires pour accomplir les tâches que leur assigne la présente loi.

LPGA 33 ;
LAA 97, 112

Ces organes sont soumis au *secret professionnel* à l'égard des tiers. Une infraction au secret professionnel, par exemple la publication non autorisée de documents, est punie d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende au plus ou d'une amende, à moins qu'une infraction plus grave selon une autre loi n'ait été commise. En présence d'un fondement légal, les données peuvent être communiquées à des tiers si cela ne nuit pas aux intérêts privés ou si la personne concernée a donné son accord en ce sens.

13.2 Consultation du dossier

Si une personne assurée demande à consulter les pièces du dossier, il peut s'agir soit d'une question du *droit d'être entendue* dans une procédure en cours (*droit de consultation*

du dossier) ou d'un problème de la protection de la personnalité et des données (*droit d'accès, droit d'être renseigné*). Les dispositions légales relatives au droit de consultation du dossier sont régies dans la LPGA et celles concernant le droit d'accès dans la loi fédérale sur la protection des données (LPD). A la différence du droit d'accès de la personne concernée relevant de la protection des données, le droit de consultation du dossier comprend également les éventuelles données concernant des tiers.

13.2.1 Droit de consultation du dossier

LPGA 47

Les personnes impliquées peuvent consulter les pièces du dossier de l'assureur si elles le souhaitent. Les intérêts privés prépondérants de la personne accidentée et de ses proches ainsi que ceux de l'employeur doivent alors être préservés.

En vertu de l'art. 47 al. 1 LPGA, les personnes suivantes ont le droit de consulter le dossier :

- la personne assurée pour les données qui la concernent ;
- les parties impliquées, par exemple d'autres assureurs, l'employeur ou les membres de la famille, s'agissant des documents qui leur sont nécessaires pour faire valoir un moyen de droit contre une décision les concernant directement ;
- les autorités habilitées à statuer sur les *moyens de droit* contre des décisions, comme les tribunaux cantonaux des assurances, le tribunal administratif fédéral ou le Tribunal fédéral ;
- le tiers responsable et son assureur, pour les documents qui leur sont nécessaires pour clarifier les prétentions en responsabilité civile et le dommage ;
- le médecin traitant ou l'expert dans le cadre de sa mission.

Conformément aux dispositions légales, d'autres organes encore peuvent avoir accès au dossier, en particulier les autorités fédérales, les administrations et les autres assureurs sociaux.

LPGA 47 II	S'il s'agit de données sur la santé dont la communication pourrait entraîner une atteinte à la santé de la personne autorisée à consulter le dossier, celle-ci peut être tenue de désigner un médecin qui les lui communiquera.
OPGA 8	L'assureur peut subordonner la consultation du dossier à une demande écrite. La <i>consultation du dossier</i> a lieu en principe au siège de l'assureur ou de ses organes d'exécution. Sur demande du requérant, l'assureur peut lui fournir les copies des pièces du dossier.
OPGA 9	La consultation du dossier est en principe gratuite. Un émolument peut être perçu si la consultation du dossier occasionne un volume de travail particulièrement important.

13.2.2 Droit d'être renseigné

LPD 1, 12	La LPD vise à <i>protéger la personnalité et les droits fondamentaux des personnes</i> qui font l'objet d'un traitement de données. Quiconque traite des données personnelles ne doit pas porter une atteinte illicite à la personnalité des personnes concernées.
LPD 8	<p>Toute personne peut à tout moment et sans devoir justifier son intérêt demander des renseignements sur l'ensemble des données la concernant. Conformément à l'art. 2 al. 2 let. c. LPD, cette disposition s'applique également aux procédures administratives en première instance.</p> <p>Les principes suivants doivent être respectés avant d'autoriser la personne assurée à accéder à son dossier :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les données sur la santé dont la communication pourrait entraîner une atteinte à la santé de la personne requérante sont communiquées par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle aura désigné (LPD 8 III). – Les renseignements sont fournis par écrit sous forme d'imprimé ou de photocopie de l'ensemble des pièces (LPD 8 V).

- Le droit d’être renseigné ne peut être refusé, restreint ou différé que dans certains cas exceptionnels dûment motivés, à savoir lorsque des intérêts publics ou privés prépondérants l’exigent (LPD 9).

Les tiers peuvent invoquer le *droit d’être renseigné* et ont le droit de consulter des données personnelles particulièrement sensibles s’ils peuvent faire valoir un motif justificatif (intérêt public ou privé prépondérant ou disposition légale). Avant d’accéder à la demande du tiers et de le renseigner (dans le sens d’une dérogation au *secret professionnel*), il faut donc soupeser les intérêts en jeu.

14 Conséquences juridiques de l'inobservation des obligations légales

14.1 Généralités

LAA 112

L'inobservation de dispositions pénales ou l'infraction à ces dernières peuvent entraîner des préjudices financiers, voire des sanctions pénales. Les infractions mentionnées ci-après constituent des infractions dites « poursuivies d'office ». Autrement dit, les actes considérés sont poursuivis d'office et pas uniquement lorsqu'un particulier dépose une requête correspondante.

Peuvent être poursuivis les employeurs, les salariés et les organes d'exécution.

14.2 Omission d'assurance

LAA 73

La LAA veille à ce qu'un employé accidenté perçoive les prestations légales auxquelles il a droit, même si son employeur n'a pas respecté son obligation d'assurance, que ce soit de manière délibérée ou par négligence. En pareil cas, la caisse supplétive verse les prestations légales dues aux salariés d'entreprises ne relevant pas du domaine d'activité de la Suva.

LAA 95

L'employeur fautif est alors tenu de payer rétroactivement la prime, et ce pour cinq ans au plus. Seuls les salaires de minime importance au sens de la législation sur l'AVS ne sont pas soumis au prélèvement de la prime de remplacement.

OLAA 117 II

En outre, l'employeur doit acquitter un intérêt moratoire de 0,5 % pour la durée pendant laquelle il a maintenu son entreprise sans couverture d'assurance. Cet intérêt ne saurait être mis à la charge du salarié. Cela permet notamment de compenser la perte d'intérêts subie par la compagnie d'assurances qui doit enregistrer les primes dans le compte d'ex-

plotation en fonction de leur échéance et servir des intérêts sur ces primes.

Si son omission est inexcusable, l'employeur doit acquitter le double de l'arriéré de primes et, en cas de récidive, jusqu'à dix fois le montant de la prime.

14.3 Omission de la déclaration de la somme des salaires

OLAA 120 III

Si l'employeur ne remplit pas son obligation d'indiquer la somme des salaires soumis au paiement de primes à la fin de chaque année, et ce même après plusieurs rappels, l'assureur est habilité à fixer la somme annuelle des salaires présumée en procédant à une estimation.

14.4 Dispositions pénales

LAA 112

La LAA sanctionne certains comportements fautifs. Est puni d'une *peine pécuniaire de 180 jours-amende* au plus, à moins qu'une infraction plus grave selon une autre loi n'ait été commise, quiconque,

- par des *indications fausses* ou d'une autre manière se dérobe à ses obligations en matière de primes ;
- en qualité d'employeur, retient les primes sur le salaire d'un travailleur mais les détourne de leur affectation ;
- en qualité d'organe d'exécution, enfreint ses obligations (notamment le secret professionnel) ou abuse de sa fonction au détriment de tiers ou à son propre avantage ;
- *contrevient* aux prescriptions sur la prévention des accidents et des maladies professionnels, mettant ainsi gravement en danger d'autres personnes.

Les délits de moindre importance sont uniquement punis d'une amende.

15 Assurance facultative

15.1 Personnes assurées

- LAA 4 Peuvent souscrire l'assurance facultative selon la LAA les personnes suivantes domiciliées en Suisse :
- les *indépendants* avec ou sans employés, à l'exception des femmes au foyer et des personnes sans activité lucrative ;
 - les membres de la famille d'un travailleur indépendant occupés dans son entreprise, dans la mesure où ils ne sont pas assurés à titre obligatoire (cf. chapitre 1) ;
- Règlement (CE) n°883/2004 14 IV – tous les indépendants travaillant en Suisse, indépendamment de leur domicile, dans la mesure où ils ont relevé du droit suisse des assurances sociales par le passé. Qui-conque entend s'affilier pour la première fois au système des assurances sociales doit néanmoins être domicilié en Suisse (cf. chapitre 9).
- OLAA 134 I Si les personnes mentionnées exercent également partiellement comme employées, ceci ne les empêche pas de souscrire une assurance facultative selon la LAA.
- OLAA 134 III ; OPA 78 II Pour des raisons fondées, notamment en cas d'atteintes à la santé préexistantes importantes et durables ainsi qu'en présence d'une menace sérieuse, l'assureur peut refuser de conclure une assurance facultative.

15.2 Assureur compétent

- OLAA 135 Toute personne exerçant une activité lucrative indépendante et employant des travailleurs doit souscrire l'assurance facultative pour son propre compte ainsi que pour celui des éventuels membres de sa famille collaborant à son entreprise et

qui ne relèvent pas du régime obligatoire auprès de l'assureur qui couvre aussi son personnel conformément aux dispositions de la LAA (Suva ou compagnie d'assurances privée).

Toute personne exerçant une activité lucrative indépendante mais n'employant pas de travailleur peut souscrire l'assurance facultative pour son propre compte ainsi que pour celui des éventuels membres de sa famille collaborant à son entreprise et ne relevant pas du régime obligatoire auprès d'une compagnie d'assurances privée ou auprès d'un assureur-maladie proposant la couverture LAA, dans la mesure où le type d'entreprise ne relève pas du domaine de compétences de la Suva (art. 66 LAA).

15.3 Etendue de l'assurance

LAA 5

L'étendue de l'assurance et les prestations assurées dans l'assurance facultative correspondent en règle générale à celles de l'assurance-accidents obligatoire, dont les dispositions s'appliquent par analogie à cette branche d'assurance.

15.4 Début et fin de l'assurance

OLAA 136

Le rapport d'assurance se fonde sur un contrat écrit. L'assurance ne commence à produire ses effets qu'après confirmation par l'assureur (acceptation de la couverture par écrit, remise de la police, etc.).

OLAA 137 I/II

L'assurance prend fin à la cessation de l'activité lucrative indépendante, dès que l'assuré est soumis au régime de l'assurance obligatoire ou par suite de résiliation ou d'exclusion. Le contrat peut prévoir que l'assurance continuera à produire ses effets pendant trois mois au plus après la cessation de l'activité lucrative.

OLAA 137 IV

Par ailleurs, l'assureur peut dénoncer unilatéralement l'assurance pendant la durée contractuelle lorsque le preneur d'as-

assurance a du retard dans le paiement de ses primes et ne s'acquitte pas de ses arriérés, ou lorsqu'il a fait de fausses déclarations sur un accident lors de la conclusion du contrat.

15.5 Primes et allocations de renchérissement

OLAA 138 Les primes sont calculées sur la base du gain convenu entre les parties lors de la conclusion de l'assurance. Ce gain peut être revu en tout temps au début d'une année civile.

OLAA 139 La prime comprend une prime nette correspondant au risque d'accident et un supplément pour frais administratifs. Aucun supplément de primes n'est prélevé pour les allocations de renchérissement ni pour la prévention des accidents et des maladies professionnels. Il n'y a pas non plus de répartition de la prime entre accidents professionnels et non professionnels.

OLAA 140 Des allocations de renchérissement sur les prestations en rente ne sont versées que si elles sont couvertes par des excédents d'intérêts provenant de la réserve mathématique.

15.6 Gain déterminant pour le calcul des prestations d'assurance

OLAA 138 Il y a lieu de respecter certaines limites lors de la détermination du gain. Ainsi, le gain ne peut pas être inférieur à 45 % du salaire annuel maximal assurable (pour les membres de la famille, pas inférieur à 30 % du salaire annuel maximal), ni – évidemment – dépasser le salaire annuel maximal légal (actuellement de 148 200 CHF).

En règle générale, le gain convenu sert également de base au calcul des prestations en espèces. Selon la jurisprudence et conformément au principe de l'interdiction d'enrichissement illégitime en vigueur dans la législation relative aux assurances sociales, l'assuré à titre facultatif doit s'attendre à des réductions de prestations si le gain convenu dépasse le revenu effectivement réalisé.

Si le salaire annuel maximal assuré selon la LAA est modifié, le gain déterminant pour le calcul des primes dans l'assurance facultative selon la LAA doit en principe aussi être adapté.

En vertu de la LAA, il n'est pas possible de déroger aux dispositions légales dans le cadre de l'assurance facultative.

Si l'employeur ou l'indépendant

- désire une assurance individuelle spécialement adaptée à sa situation ou
- n'est pas d'accord avec l'assureur qui lui est attribué par le législateur,

il peut souscrire une assurance-accidents personnelle selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) auprès de son assureur privé.

16 Assurance complémentaire LAA

L'assurance-accidents selon la LAA est une assurance sociale qui garantit les besoins essentiels, mais qui ne peut pas satisfaire toutes les exigences individuelles. En particulier, le traitement dans un hôpital, où l'assurance LAA ne prend en charge que les coûts de la division commune, génère un besoin d'assurance complémentaire. La très importante différence de coûts occasionnée par un séjour et un traitement en division privée ou semi-privée incombe à la victime de l'accident qui doit – lors de son admission à l'hôpital – procéder à une avance de frais, dans la mesure où elle ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire.

Il faut en outre savoir que les prestations en espèces de l'assurance LAA sont limitées par le montant maximal du salaire assuré. Ainsi, les montants des salaires annuels dépassant actuellement 148 200 CHF ne sont nullement pris en considération. L'employeur ne voudra pas laisser ses cadres sans protection complémentaire dans ce domaine et leur garantira le maintien du versement du salaire par la conclusion d'une assurance d'indemnités journalières complémentaire et par des prestations en capital adéquates en cas de décès ou d'invalidité.

Comme l'indemnité journalière ne remplace le salaire qu'à concurrence de 80 % et n'est versée qu'à partir du troisième jour, une assurance complémentaire s'impose si la personne assurée souhaite la pleine compensation de son salaire. A cet égard, il convient également de relever que l'employeur, selon l'art. 324b, al. 2 et 3 CO ainsi qu'en vertu d'éventuelles conventions collectives de travail, est tenu de verser 80 % du salaire durant les deux premiers jours ainsi que la différence entre l'indemnité journalière de la LAA et le 80 % du salaire effectif.

Enfin, les limitations des prestations en cas d'accident à l'étranger peuvent entraîner des frais considérables à la charge de la victime de l'accident ou de ses survivants.

Toutes ces raisons ont incité les compagnies d'assurance privées – en complément à la LAA – à développer l'assurance complémentaire à la LAA. En cas d'obligation de verser des prestations selon la LAA, l'assurance complémentaire est également tenue au versement de prestations dans le cadre de son contrat.

L'assurance complémentaire à la LAA offre ainsi la possibilité aux employeurs comme aux travailleurs de planifier leur assurance en fonction de leurs besoins et de manière professionnelle. Il va de soi que l'assurance complémentaire LAA est également ouverte aux entreprises qui n'ont pas conclu leur assurance LAA auprès d'une compagnie d'assurances privée. Contrairement à l'assurance-accidents selon la LAA, l'assurance complémentaire LAA est soumise au régime de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

L'assurance complémentaire LAA des compagnies d'assurances privées permet donc de compléter l'assurance LAA uniforme au moyen de prestations axées sur les besoins. Dans ce domaine, l'employeur est libre de souscrire des prestations complémentaires pour l'ensemble de son personnel ou pour une partie seulement de ses collaborateurs (par exemple les cadres). Compte tenu de cette possibilité de choix, l'assurance peut être étendue aux collaborateurs qui, en raison des Accords bilatéraux, ne sont plus concernés par les assurances sociales suisses (dont la LAA).

Les catégories de prestations suivantes sont proposées (énumération non exhaustive) :

- Frais médicaux en complément à la LAA, de sorte que soient intégralement couverts, notamment, les séjours à l'hôpital en division semi-privée ou privée ainsi qu'à l'étranger.

- Indemnité journalière pour le premier et le deuxième jour après l'accident jusqu'à 100 % et dès le troisième jour jusqu'à 20 % en complément de la LAA. En outre, des indemnités journalières pour les collaborateurs dont le salaire excède la limite actuelle LAA de 148 200 CHF jusqu'au montant de leur salaire effectif.
- Remboursement d'une éventuelle différence entre l'indemnité journalière d'un assureur social étranger et l'indemnité journalière selon la LAA pour les travailleurs qui, en vertu des Accords bilatéraux, ne sont plus assurés selon la LAA et reçoivent dans leur pays de domicile une indemnité journalière inférieure à l'indemnité journalière LAA.
- Prestations sous forme de capital ou de rentes en cas de décès ou d'invalidité, qui représentent un complément utile à la rente LAA.
- Couverture de la différence LAA, autrement dit compensation des réductions et refus de prestations LAA dans les limites légales admissibles (par exemple pour négligence grave ou prise de risques exceptionnels et entreprises osées).

Textes de lois et d'ordonnances

Recueil systématique: www.admin.ch > fr > **Droit fédéral**

LPGA, LAA et ordonnances y relatives

- [LPGA](#) Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
- [OPGA](#) Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales
- [LAA](#) Loi fédérale sur l'assurance-accidents
- [OLAA](#) Ordonnance sur l'assurance-accidents
- [OPA](#) Ordonnance sur la prévention des accidents

Extraits d'autres lois et ordonnances importants pour l'assurance-accidents

- [LAVS](#) Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
- [RAVS](#) Règlement sur l'assurance vieillesse et survivant
- [LACI](#) Loi fédérale sur l'assurance chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité
- [OAMal](#) Ordonnance sur l'assurance-maladie
- [CO](#) Loi fédérale complétant le Code civil suisse (Livre cinquième: Droit des obligations)
- [PA](#) Loi fédérale sur la procédure administrative

Remarque : Il ne s'agit pas d'une publication officielle. Seuls les documents publiés par la Chancellerie fédérale font foi.

Index alphabétique

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
A				
Accident				
– Notion	35			4
– Provocation fautive / intentionnelle	35, 69, 70, 83	37		21
– sur le chemin du travail	25, 31, 38		13 II	
Accident causé par faute	35, 69	37		21
Accidents non professionnels				
– Assurance par convention	26, 32	3 III	8	
– Notion	36	8	13	
– Pluralité d’assureurs-accidents	75	77	99	
– Prévention	27, 34, 108	88		
Accidents professionnels	23, 25, 31, 32, 36, 75	7, 77	12, 99	
Accidents survenant pendant les loisirs (accidents non professionnels)	27, 34, 108	8	13 I	
Accord(s)				
– autres	99			
– avec l’AELE	20, 22			
– avec l’UE	20			
– bilatéraux	14, 20, 94, 99, 101, 106			
– sur la libre circulation des personnes (ALCP)	22, 94, 95	115a		
– sur la sécurité sociale	19, 103			
Acte autodommageable	70		48	

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
Acte de terrorisme	72		49	
Action de sauvetage	72		50	
Activité accessoire	91		22 II, 115	
Activité lucrative				
– indépendante	14			
– irrégulière – gain assuré	47		23 III	
Activité raisonnablement exigible	49			16
Allocation pour impotent				
– Calcul	66	27	38	
– Droit	65	26 I	37	
Allocations de renchérissement				
– en cas de rentes complémentaires	62	34	31 III, 44	
– Financement	88	90a		
– Généralités	53, 62	34	31 II, 44, 45	
Allocations familiales	92		115	
Amélioration, sensible	41, 49	19 I		
Apprentis	48, 52	18	23 VI, 24 III	
Assurance				
– Début et fin	31	3	13	
– facultative (volontaire)	120	4, 5	134	
– obligatoire	14, 15	1a	1a	
– Suspension de la couverture d'assurance	31	3 IV		
Assurance facultative				
– Adaptation du gain assuré	123		138	
– Assureur compétent	120		135	

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
– Calcul de la prime	122		138	
– Début et fin	30, 121		136, 137	
– En général	120	4, 5	134–140	
– Etendue de l'assurance	121		136	
– Gain déterminant	122		138	
– Personnes assurables	120	4	134	
Assurance par convention	26, 32	3 III, V	8	
Assurance-maladie selon la LAMal, obligation d'avance de prestations	78			70, 71
Assurances complémentaires	124			
Assureur				
– Participation de plusieurs assureurs	75	77	99	
– Règles de coordination	73			63–68
Assureur compétent				
– Assurance militaire	78		126	
– Maladies professionnelles	75	77 I	102	
– Participation de plusieurs assureurs	75	77	99, 100	
– Règles de coordination	73			63–68
Automutilation	70		48	
Auxiliaires	41	10		
Avances	46			19 IV
B				
Bagarre	72		49	
Bureau pour la prévention des accidents	108	88		
C				
Caisse supplétive	18, 28, 29, 89, 104	72, 73		

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
Calcul				
– des rentes d’invalidité	51	15, 18, 20	22 IV, 24	
– des rentes de survivants	59	15, 31	22	
Calcul de la rente	51, 59	15, 20	22 IV, 24, 28	
Capacité de gain, diminution de la	48	18		7, 8, 16
Caractère économique du traitement médical	40	10, 48		
Cause provoquée par un tiers, responsabilité civile	79			
Causes du dommage, concours de diverses causes de dommages	68	36 II	47	
Chiropraticien	41	10		
Chômeur				
– Gain intermédiaire	23		130	
– Généralités	12, 14, 23, 26, 31, 32, 45, 51	1a, 3, 16, 17, 66 III ^{bis} , 45 II ^{bis}	129, 130	
– Indemnités journalières	45	16 IV, 17 II		
Classement, tarif des primes	87, 89			
Commission paritaire dédiée à la LAA	28			
Comparaison des revenus	49			16
Compensation des créances	75	50	64	
Concours de diverses causes de dommage	68	36	47	
Conjoint, rente de survivant	56	28, 29, 31, 33	39	
Consultation du dossier				
– Droit d’être renseigné	115, 116			

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
– Droit de consultation du dossier	115			47
– Généralités	114			47
Contrat d'assurance				
– Assurance complémentaire	30, 124			
– Contenu	29			
– Parties	28	58, 68		
Contrat-type	29, 93	59a		
Coopération en cas de sinistre	86	45	53, 56	
Crime	71	37 III		21 I
D				
Dangers extraordinaires	71	39	49	
Décès	43	14	21	
Décision	110		124	49
Déclaration d'accident				
– en cas de participation de plusieurs assureurs	75			
– Généralités / personnes assurées	14, 84, 85, 86	1a, 45, 46	53	
– Retard inexcusable	73	45, 46	53	
Degré d'invalidité	49	18		16
Délai de paiement des primes	90		117	
Délai de recours	112			60
Délit	71	37 III		21 I
Dentiste	41	10		
Détachement	19, 96, 100, 103	2	4-6	
Dispositions pénales / Suites pénales				
– Généralités	119	112, 113		

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
– Indications erronées / Infraction à l'obligation de renseigner	119	112		
– Infraction des prescriptions relatives à la prévention des accidents	119	112		
– Omission d'assurance / primes de remplacement	118	95		
Division commune, hôpital	40, 41	10	15	
Division privée, hôpital	124			
Dommage corporel, assimilable à un accident	35, 36	6 II	10	
Dommage direct	80			73
Dommage, coopération	86	45	53, 56	
Dommages matériels	42	12		
Droit à la rente				
– du conjoint divorcé	56	29 IV, 31	39	
– du conjoint survivant	56	28, 29, 31, 33		
– Enfants	56, 57	28, 30, 31		
– Rente d'invalidité	49, 50	19	24, 30	
Droit au salaire	45		22 III	
Droit aux prestations				
– Allocation pour impotent	65	26 I	37	
– Indemnité pour atteinte à l'intégrité	64	24, 25	36	
– Indemnités journalières	45	15		
– Rente d'invalidité	49	18, 19		
– Rente de survivants	56	28–31		
Droit d'être entendu	109, 114			42
Droit international	19			

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
Droit préférentiel				
– Exemple de calcul	82			
– Notion	81			73 III
Droit préférentiel, exemple de calcul	81			73 I
E				
Employeur				
– Obligation d'assurance	24	1a		
– Obligation d'information du personnel	25		72	
– Obligation de paiement des primes	25, 122	91	137 IV	
– Obligations de prévention des accidents et des maladies professionnels	27, 107	82, 82a		
– Obligations en cas d'accident	84, 86	45, 46	53, 56	28
– Pluralité d'employeurs	47, 75		22 IV, 23 V	
– Responsabilité	83			75
– Siège à l'étranger	21		6	
Enfant recueilli	57	30	40	
Enfants, rente de survivants	56, 57	28, 30	40	
Entreprises téméraires	71	39	50	
Etranger	94, 100, 105			
– Séjour à l'	19, 105, 106		17, 20, 21	
– Siège à l'	21		6	
– Traitement à l'	105	10	17, 20 II, 21	
Exécution des peines et des mesures	46, 51			21 V

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
F				
Faute	69	37		21
Fiche technique, memento	25			
Fluctuation des salaires, forte	47		23 III	
Frais de sauvetage	43	13	20	
Frais de transport	42, 106	13	20	
Frais de voyage	42, 106	13	20	
Frais funéraires	43, 70	14	21	
G				
Gain assuré	44	15, 20 I	22, 23, 24	
– Activité lucrative irrégulière	47		23 III	
– en cas de rechutes	48		23 VIII	
– Gain réduit en cas d'absences	46, 51		23 I, 24 I	
– maximal	44	15 III	22 I	18
– Montant maximal	44	15 III	22 I	18
– Personne assurée en formation	48, 52		23 VI, 24 III	
– Pluralité d'employeurs	47		23 V	
– pour indemnités journalières dans les cas spéciaux	46		23	
– pour rente dans les cas spéciaux	51		24	
H				
Hospitalisation en division commune	40, 41	10	15	
I				
Impuissance	65, 82	26, 27	37, 38	9
Incapacité de discernement	70		48	
Incapacité de gain	48	18		7, 8, 16
Incapacité de travail	45	16		6

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
Indemnisation du dommage fondée sur la responsabilité civile	79			73
Indemnité				
– Allocation pour impotent	65	26, 27	37	9
– en capital pour la personne assurée	66	23	35	
– en capital pour la veuve / l'épouse divorcée	56, 58	29, 32	124	
– en cas de résiliation des rapports de travail	92		22 II d, 115	
– pour atteinte à l'intégrité	64	24, 25	36	
Indemnité journalière de transition	67	17		
Indemnité pour atteinte à l'intégrité				
– Calcul	64	24 II	36 II	
– Droit en cas de maladies prof. dues à l'amiante	64		36 V	
– Droit en général	64	24 I	36	
Indemnité pour changement d'occupation	67	15		
Indemnités journalières				
– Avances	46			19 IV
– Calcul	45		22 III	
– Droit	45	16		
– Gain assuré dans les cas spéciaux	46		23	
– Généralités	44, 45	15, 16, 49	22, 25–27	19
– Montant	45	17	25	
– Réduction pour cause de négligence grave	70	37 II		21

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
Indépendants	120	4, 5	134-140	
Indication des voies de recours	111, 112			49, 52
Installations de sécurité	107	82 III		
Intérêt moratoire	90	95	117 II, 121	
Invalidité, invalidité totale et invalidité partielle	48	18, 20 I		16
L				
Lésion corporelle assimilée à un accident	35, 36	6 II	10	
M				
Maladie professionnelle	39, 75	9 I	14, annexe 1	
Maladie, autre maladie professionnelle	39	9 II		
Marché du travail équilibré	49			7, 16
Médicaments	41	10 I		
Mesures de réintégration	46, 49, 50, 73	16, 18		
Motifs de réduction	68	36, 37, 39, 45, 46	47-51	21
Motifs de révision	55	22		17
Moyens auxiliaires	42	11	19	
N				
Négligence grave	70, 82, 83	37		21
O				
Obligation d'avancer les prestations	42, 78		102a	70, 71
Obligation de renseigner	86	45-47	53-56	28
Office fédéral de la santé publique	87			
Opposition	111	105		52
- Décision sur opposition	112			52 II

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
– Délai d'opposition	111			52 l
– Procédure d'opposition	111			52
Organe d'exécution, sécurité au travail	67, 108	84		
Organisations Spitex	41		18	
Orphelin de père et de mère, rente de survivants	57	30, 31	42, 101	
Orphelin de père ou de mère, rente de survivants	57	30, 31		
Ouvrier à domicile	14, 91	1a		
P				
Partenariat (LPart)	56			13a
Parties	28, 109			34
Personne accidentée / instruction de l'assureur	85	48		21
Personne au bénéfice d'une autorisation de séjour de courte durée (saisonnier), gain assuré	47, 51	15	22 IV, 23 IV	
Personne se préparant au choix d'une profession	15, 91	1a	1a l, 23 VI, 115	
Personnes assurées	14, 84, 85, 86	1a, 45-47, 49	53-56	47, 56 ss.
Perte de revenus	44			
Postes de dommages, identiques	80			74
Prescription d'un traitement raisonnablement exigible	73	48 l	61	21 IV
Prestations en espèces				
– Notion	44			15
– Réduction en cas de dangers extraordinaires	72	39	49	

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
– Réduction pour cause d'entreprises téméraires	72	39	50	
– Réduction pour cause de crime ou de délit	71	37		21
– Réduction pour cause de négligence grave	70	37		21
– Réduction pour cause de surindemnisation	73			69
Prestations en nature	40			14
Prestations transitoires	67	84		
Prétention en dommages-intérêts	80			73
Prévention				
– des accidents et des maladies professionnelles	107	81–83		
– des accidents non professionnels	27, 34, 108	88		
Prévention des accidents	27, 88, 107	81–88	113	
Primes				
– Arriéré	90		117 II	
– Assurance facultative	122		138, 139	
– Composition	87	92	120 I	
– Débiteur des primes	90	91	117	
– Primes Décompte définitif	90		120	
– Généralités	87	89–95	108–121	
– Intérêts moratoires	90		117	
– Modification	93		113 III	
– Paiement fractionné	89		117	
– Prime minimale	89		119	
– Primes nettes	88		113	
– Salaire soumis au paiement des primes	91		115	

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
– Suppléments	88	92	120 I	
– Tarif	29, 87	92	113	
Privilège de recours	83			75
Procédure de recours	112	105a, 109		56–62
Protection des données				
– Communication des données	114	97, 112		33
– Traitement des données	114	96		
Prothèses	42	11	19	
Provocation	72		49	
R				
Rachat de rentes	63	35	46	
Rechutes				
– Définition	34		11	
– Gain assuré	48		23 VIII	
Recours voir Subrogation				
Réduction de la rente	50	20 II ^{ter}		
Réduction des prestations d'assurance	68	36, 37, 39, 45, 46		21
Refus des prestations d'assurance	68	36, 37, 39, 45–48		
Règles de coordination	73, 74			63–68
Relevé de salaire / saisie des salaires	24, 92	93	116	
Remariage	57	29, 33	45	
Remboursement de prestations	74			25
Remboursements de frais	42	11, 12, 13, 14	19, 20, 21	
Rente				
– complémentaire	50, 52, 58, 59	31 IV, 20 II, 47, 51	31–33, 43	69, 19 III, 21

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
– d’invalidité	48	18–23	28	7, 8, 16
– de survivants	56	28–33	39–43, 124	
Rente complémentaire – Rente d’invalidité				
– Adaptation	54, 61		33	
– Calcul	52	20 II	31, 32	
– Droit	50	20 II		
– Exemple de calcul	54			
– Notion	50	20 II		
– Réductions	53		31 IV	
Rente complémentaire – Rente de survivants, calcul	58, 59	31	43, 31	
Rente de survivants	56	28–33	39–43, 124	
– Cas spéciaux avec revenus réduits	59		24 I–III	
– Droit	56, 57	28–31		
– Exemple de calcul	61			
– Gain assuré	57	15	22	
– Orphelin de père ou de mère	57	30, 31		
Rente d’invalidité				
– Calcul	51	15		
– Droit	49	19 I		
– Exemple de calcul	54			
– Gain assuré dans les cas spéciaux	51		24	
– Généralités	48	18		16
– Réduction à l’âge ordinaire de la retraite AVS	50	20 II ^{ter}		
– Révision	55	22		17

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
Rente d'orphelin	57, 59	28, 30	41-43	
Rente normale, exemple de calcul	54			
Répartition proportionnelle, exemple de calcul	82	42		73 II
Responsabilité civile				
– d'un tiers	79			75
– Prétentions en responsabilité civile	80			74
– Restriction	83			75
Revenu de la personne invalide	49			16
Revenu de la personne valide	49			16
Revenu, réduit	46, 51		23, 24	
Révision de la rente, rente d'invalité	55, 66	22		17
Risques, assurés / non assurés	34, 69, 71, 72	6	11	
Rixes	72		49	
S				
Saisonnier voir Personne au bénéfice d'une autorisation de séjour de courte durée	47, 51		23 IV	
Salaire	14			
– de minime importance	17, 24	73 II ^{bis} , 95 I ^{bis}		
– réduit	46, 51, 52		23, 24	
– Salaire en nature	14, 91			
– soumis à l'AVS	24			
– Salaire AVS	91		22	
Salaire moyen	47		23 III	
Salaire ou prestations en nature	14, 91		115	
Secret professionnel	114, 117	97, 112		33

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
Sécurité au travail	108			
Séquelles tardives	34		11	
Sinistre majeur	89	78, 90 IV	95a	
Soins à domicile	41		18	
Stagiaires	46, 47, 52, 91	1a	23 VI, 24 III, 115	
Subrogation				
– Etendue	79	42		73
– Exécution	79			
– Généralités	79			72–75
– Privilège de recours	83			75
Substances nocives	39	9	14, annexe 1	
Suicide	70		48	
Supplément de prime				
– pour alimentation fonds de compensation sinistre majeur	89	92		
– pour la prévention des accidents	88	87, 88		
– pour les allocations de renchérissement	88	92		
– pour les frais administratifs	88		114	
Surindemnisation	58, 68, 73		51	69
Suspension de l'assurance	31	3 IV		
Suva	28, 67	66	73–89	
T				
Taux de rente, rente de survivants	57	31		
Traité	94, 100, 103			

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
Traitement				
– à l'étranger	19, 105, 106	10	17, 20 II	
– ambulatoire	41	10 I		
– approprié	40	10, 48		
– Droit / durée du traitement	41			
– économique	40	10, 48		
– Prescription d'un traitement raisonnablement exigible	73	48	61	21 IV
Traitement médical				
– après fixation de la rente	49, 55	21		
– Notion	40	10		
Traitement raisonnablement exigible	40, 73	48	61	21 IV
Traités bilatéraux / accords bilatéraux	14, 20, 94, 99, 101, 106	115a		
Trajet entre domicile et lieu de travail	25, 31, 38		13 II	
Transaction	110			50
Transport d'urgence	43	13	20	
Transport du corps	43	14	21	
Travail au noir / travailleur au noir	14, 18			
Travailleur (employé, salarié)				
– Définition	14, 17			
– détaché	19, 96, 100, 103	2 I, 3 IV	4	
– Obligations en cas d'accident	84, 86	45, 46	53, 55	28
– Salarié sans employeur soumis à cotisation	21			
Travailleur détaché	19, 96, 100, 103	2	4-6	

Mot-clé	Page	Article	Article	Article
	Commentaires	LAA	OLAA	LPGA
Travailleurs à temps partiel	31, 32, 33, 37, 92		13	
Tribunaux				
– Cour européenne des droits de l’homme (CrEDH)	113			
– Tribunal administratif fédéral	112	109	140a	
– Tribunal cantonal des assurances	112		140a	57, 58, 61
– Tribunal fédéral	112		140a II	62
Troubles, participation à des	72		49	
Types de faute	69			
V				
Veuve / veuf, rente de survivants	56	28, 29, 31, 32		13a
Voies de droit	110, 115			34, 47, 49
Volontaire	47, 91	1a	23 VI, 115	

Répertoire des articles de la LAA

Article	Page
LAA 1	109
LAA 1a	14, 23, 24
LAA 2 I	19, 103
LAA 2 I–III	100
LAA 2 II	19, 21, 104
LAA 3	31
LAA 3 II	31
LAA 3 III	32
LAA 3 IV	19, 31, 100
LAA 4	120
LAA 5	121
LAA 6 I	34
LAA 6 II	35
LAA 7	36
LAA 8	36, 108
LAA 9 I	39
LAA 9 II	39
LAA 10	40
LAA 10–35	40
LAA 10 I	41
LAA 10 II	40
LAA 10 III	41, 106
LAA 11	42
LAA 12	42
LAA 13	42, 43
LAA 13 II	106

Article	Page
LAA 14	43
LAA 15	44, 67
LAA 15–17	45
LAA 15 I	51, 59
LAA 15 II	51, 59
LAA 15 III	44
LAA 16 III	46
LAA 16 IV	45
LAA 17 I	67
LAA 17 II	45
LAA 18	48
LAA 18 II	51
LAA 19 I	49
LAA 19 II	49
LAA 20 I	50
LAA 20 II	50, 60, 73
LAA 20 II ^{bis}	50, 73
LAA 20 II ^{ter}	50, 73
LAA 20 II ^{quater}	50, 73
LAA 21	55
LAA 21 I a	55
LAA 21 I b	55
LAA 21 I c	55
LAA 21 I d	55
LAA 21 II	55, 106
LAA 21 III	55

Article	Page
LAA 22	55
LAA 23	49, 66
LAA 23 I	66
LAA 23 II	66
LAA 24	64
LAA 25	64
LAA 25 I	64
LAA 26	65
LAA 26 I	65
LAA 27	65, 66
LAA 28	56
LAA 29 III	56
LAA 29 IV	56
LAA 29 VI	56
LAA 30 I	57
LAA 30 II	56
LAA 30 III	57
LAA 31 I	57
LAA 31 II	58
LAA 31 III	58
LAA 31 IV	58, 60
LAA 31 IV ^{bis}	58
LAA 32	58
LAA 33	57
LAA 34	52, 62
LAA 35	49, 63
LAA 35 II	63
LAA 36	68
LAA 36 I	69
LAA 36 II	68, 69

Article	Page
LAA 37	68, 69
LAA 37 I	70
LAA 37 II	70
LAA 37 III	71
LAA 39	68, 71
LAA 42	79, 82
LAA 45	26, 68, 73, 84
LAA 45 II ^{bis}	26
LAA 45-47	86
LAA 46	68, 73, 84
LAA 48	40, 85
LAA 48 I	73
LAA 49	26, 85
LAA 50	75
LAA 54a	86
LAA 58	28
LAA 59	29
LAA 59a	29, 93
LAA 59 II	24
LAA 60	93
LAA 66	28
LAA 66 III ^{bis}	23
LAA 68	28
LAA 69	24
LAA 70 II	29
LAA 72	29
LAA 73	29, 118
LAA 73 II ^{bis}	17
LAA 77	75
LAA 77 I	75

Article	Page
LAA 78	89
LAA 81 I	107
LAA 82	27
LAA 82a	27, 107
LAA 82 I	107
LAA 82 II–III	107
LAA 84–86	108
LAA 84 II	67
LAA 87–88	88
LAA 87a	108
LAA 88	108
LAA 89–95	87
LAA 89 I	63
LAA 90a–90c	88
LAA 90d	89
LAA 90 IV	89
LAA 91	25, 90
LAA 92	87
LAA 92 IV	27
LAA 93	24, 92
LAA 93 II	91
LAA 95	118
LAA 95 I ^{bis}	17
LAA 96	114
LAA 97	114
LAA 105	111
LAA 109	112
LAA 112	107, 114, 118, 119
LAA 115a	19, 94
LAA 115a la	101

ASA | SVV

Association Suisse d'Assurances ASA
Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14
Case postale
CH-8022 Zurich

Téléphone +41 44 208 28 28
Fax +41 44 208 28 00
info@svv.ch
www.svv.ch