

08.047

**Message  
relatif à la modification de la loi fédérale  
sur l'assurance-accidents**

**(Assurance-accidents et prévention des accidents;  
organisation et activités accessoires de la CNA)**

du 30 mai 2008

---

Messieurs les Présidents,  
Mesdames et Messieurs,

Par le présent message, nous vous soumettons, en vous proposant de les adopter, deux projets de modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents.

Par la même occasion nous vous proposons en outre de classer les interventions parlementaires suivantes:

- |      |   |         |   |
|------|---|---------|---|
| 2002 | P | 00.3368 | Travailleurs indépendants. Possibilité de s'assurer ailleurs qu'auprès de la CNA (N 6.6.02, Borer)  |
| 2002 | P | 00.3544 | Assurance-accidents. Levée du monopole de la CNA (N 6.6.02, Groupe de l'Union démocratique du centre)   |
| 2003 | P | 03.3046 | Réduction des coûts par l'harmonisation de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents (N 20.6.03, Zäch)  |
| 2003 | P | 03.3520 | Loi sur l'assurance-accidents. Modification (N 19.12.03, Bortoluzzi)  |
| 2004 | P | 04.3509 | Primes dans l'assurance contre les accidents non professionnels (N 17.12.04, Rime)  |
| 2005 | P | 05.3650 | Adaptation de l'organisation de la CNA aux règles de la bonne gouvernance (N 16.12.05, Recordon)  |
| 2005 | M | 04.3614 | Prestations d'invalidité de l'assurance-accidents. Coordination (N 3.3.05, Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CN 03.3601; E 20.9.05) |
| 2006 | M | 05.3392 | Assurance-accidents. Financement des allocations de renchérissement (N 7.10.05, Hochreutener; E 15.6.06)  |

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs,  
l'assurance de notre haute considération.

30 mai 2008

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Pascal Couchepin  
La chancelière de la Confédération, Corina Casanova

---

## Condensé

*L'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), en 1984, a instauré la soumission de tous les travailleurs occupés en Suisse à l'assurance obligatoire contre les accidents et les maladies professionnelles et contre les accidents non professionnels. Ont de plus été admis à participer à la gestion de ladite assurance – en plus de la CNA – des assureurs privés, des caisses-maladie et des caisses publiques d'assurance-accidents. Sur le fond, la LAA a fait ses preuves, raison pour laquelle la loi n'a pas été revue systématiquement jusqu'ici. Il y a bien eu diverses modifications ponctuelles en lien avec la révision d'autres lois d'assurances sociales et diverses questions isolées ont en outre été approfondies, mais pendant de longues années l'urgence d'une discussion générale sur la LAA ne s'est pas fait sentir. La présente révision constitue le premier réexamen de la LAA qui prend en compte l'ensemble des attentes, des expériences et des évolutions depuis l'entrée en vigueur de la loi.*

## Contexte

*Depuis quelques temps, les divergences de conception et d'exigences en matière de financement de l'assurance LAA s'accroissent entre les sociétés d'assurance privées et l'institution de droit public qu'est la CNA. En outre, le durcissement de la concurrence entre les assureurs a mis en évidence la nécessité de régler de façon nouvelle divers points qui, jusqu'ici, avaient été résolus d'un commun accord. Il est apparu également qu'après l'introduction de la prévoyance professionnelle obligatoire en 1985, des cas de surindemnisation avec les prestations de l'assurance-accidents obligatoire étaient survenus, surtout pour des personnes victimes d'un accident peu avant l'âge ordinaire de la retraite selon l'AVS. Ce type de cas, qui n'avaient pas été reconnus comme tels auparavant, doit impérativement être éliminé. La loi doit également être adaptée sur d'autres points de nature plus technique.*

*La prise de conscience de la nécessité de structures transparentes (gouvernement d'entreprise), de même que les expériences faites depuis lors, révèlent clairement qu'il est indispensable d'adapter l'organisation de la CNA aux exigences auxquelles une entreprise moderne doit satisfaire en la matière.*

## Contenu et structure

*Sur le plan du contenu, le message traite des modifications touchant les prestations, le financement et l'organisation de l'assurance LAA, ainsi que celles concernant les prescriptions relatives à la prévention des accidents et des maladies professionnels. En outre, l'assurance-accidents des personnes au chômage, que le législateur avait omis d'ancrer dans la LAA, y est désormais inscrite explicitement. La loi fixe également de nouvelles règles concernant l'organisation de la CNA et les activités accessoires qu'elle est autorisée à pratiquer.*

*Comme il est aisé de distinguer clairement les modifications concernant l'organisation de la CNA des thèmes qui touchent les assurés et l'ensemble des assureurs LAA, le projet a été scindé en deux pour permettre au Parlement d'examiner les modifica-*

---

*tions de loi proposées en deux paquets distincts. Cela dit, les considérations générales exposées au début du message (contexte, travaux préparatoires, procédure de consultation) et à la fin (conséquences, compatibilité avec le droit international, aspects juridiques) sont valables pour les deux paquets.*

## Table des matières

<b>Condensé</b>	<b>4879</b>
<b>1 Grandes lignes du projet</b>	<b>4883</b>
1.1 Contexte	4883
1.1.1 Bases de l'assurance-accidents	4883
1.1.2 Objectif de la modification	4884
1.1.3 Travaux préparatoires	4885
1.1.3.1 Rapport sur l'avenir de la CNA	4885
1.1.3.2 Analyse coûts-bénéfices de l'assurance-accidents obligatoire	4885
1.1.3.3 Assurance-accidents des personnes au chômage	4886
1.1.3.4 Rapport de la commission d'experts chargée de la révision de l'assurance-accidents obligatoire	4886
1.1.3.5 Rapport sur la gestion immobilière de la CNA	4887
1.1.3.6 Rapport de la commission d'étude «Santé et sécurité au travail»	4887
1.1.4 Traitement d'interventions parlementaires	4887
1.1.5 Procédure de consultation	4888
1.1.5.1 Généralités	4888
1.1.5.2 Principaux résultats	4889
1.1.5.3 Points controversés	4889
1.1.6 Autres thèmes examinés, mais non retenus	4891
<b>2 Commentaire du projet «Assurance-accidents et prévention des accidents»</b>	<b>4892</b>
2.1 Commentaire général	4892
2.1.1 Cercle des personnes assurées	4892
2.1.2 Risques assurés	4893
2.1.3 Prestations d'assurance	4894
2.1.3.1 Prestations pour soins et remboursement de frais	4894
2.1.3.2 Prestations en espèces	4894
2.1.3.3 Organisation	4897
2.1.3.4 Droit des administrations publiques de choisir leur assureur	4898
2.1.3.5 Ancrage de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA	4898
2.1.3.6 Grands sinistres	4900
2.1.3.7 Surveillance	4900
2.1.3.8 Prévention des accidents	4901
2.1.3.9 Financement	4901
2.1.3.10 Autres innovations	4904
2.2 Commentaire article par article	4905
<b>3 Commentaire du projet «Organisation et activités accessoires de la CNA»</b>	<b>4928</b>
3.1 Commentaire général	4928
3.1.1 Genèse de la CNA	4928

3.1.2 La CNA aujourd'hui	4928
3.1.3 Grandes lignes du projet	4932
3.2 Commentaire article par article	4934
<b>4 Conséquences financières</b>	<b>4939</b>
4.1 Pour la Confédération et les cantons	4939
4.2 Pour l'assurance-accidents	4939
4.3 Pour les autres assurances sociales et pour la prévoyance professionnelle	4940
<b>5 Conséquences économiques</b>	<b>4941</b>
<b>6 Frein aux dépenses</b>	<b>4941</b>
<b>7 Lien avec le programme de la législature</b>	<b>4941</b>
<b>8 Rapports avec le droit international</b>	<b>4942</b>
8.1 Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels	4942
8.2 Instruments adoptés par l'Organisation internationale du Travail (OIT)	4942
8.3 Normes de l'Union européenne	4942
8.4 Instruments du Conseil de l'Europe	4943
<b>9 Aspects juridiques</b>	<b>4944</b>
9.1 Constitutionnalité	4944
9.2 Forme des actes législatifs	4944
9.3 Délégation de compétences législatives	4944
 <b>Loi fédérale sur l'assurance-accidents (Assurance-accidents et prévention des accidents) (Projet)</b>	 <b>4947</b>
<b>Loi fédérale sur l'assurance-accidents (Organisation et activités accessoires de la CNA) (Projet)</b>	<b>4969</b>



### 1.1.2 Objectif de la modification

Depuis son entrée en vigueur, la LAA n'a pas connu de modification fondamentale, contrairement à la législation de la plupart des autres assurances sociales. Il convient dans ces circonstances de procéder aux adaptations nécessaires.

Dans plusieurs domaines (tarif de primes commun, collaboration en matière de tarifs médicaux, interprétation commune des dispositions relatives aux prestations), la LAA s'appuie sur un consensus entre les assureurs. Ce consensus a dernièrement été remis en cause à diverses reprises, alors que la concurrence se durcissait. C'est pourquoi il est impératif de fixer expressément dans la loi certains points qui auparavant avaient pu être réglés d'un commun accord par les assureurs. Il s'agit en outre de réajuster des prestations pouvant aboutir à des surindemnisations (p. ex. rentes d'invalidité servies après l'âge ordinaire de la retraite selon l'AVS).

Depuis l'entrée en vigueur de la révision du 23 juin 1995 de la loi sur l'assurance-chômage (LACI)<sup>2</sup> et en vertu d'une modification de l'art. 22a, al. 4, LACI, l'assurance-accidents des personnes au chômage est gérée par la CNA – à côté de l'assurance des accidents professionnels, de l'assurance des accidents non professionnels et de l'assurance facultative – en tant que branche à part entière de l'assurance-accidents obligatoire. Comme cette branche n'est pas ancrée dans la LAA, il convient d'y remédier.

L'actuelle pluralité des assureurs, avec monopole partiel de la CNA, a fait ses preuves. Il ressort d'une analyse coûts-bénéfices demandée par le Conseil fédéral (voir ch. 1.1.3.2) que le système actuel fonctionne efficacement et qu'en cas de libéralisation/privatisation, des fonds supplémentaires ou une redistribution des ressources à hauteur de plusieurs milliards de francs seraient nécessaires. Les pouvoirs publics (Confédération) et les payeurs de primes (employeurs et salariés) seraient particulièrement touchés. Si ce scénario se réalisait, l'assurance-accidents obligatoire – comme du reste les autres assurances sociales – perdrait l'un de ses concepteurs de standards les plus importants et les plus innovateurs. De plus, si la CNA était privatisée, la Confédération n'aurait plus d'institution à qui confier des mandats (compétence pour l'assurance de risques particuliers, tâches dans le domaine de la politique de la santé, tâches dans le domaine international, gestion de l'assurance militaire, etc.), car les assureurs privés peuvent changer très rapidement de mains. Voilà pourquoi la présente modification ne propose pas de réorganiser la gestion de l'assurance-accidents obligatoire dans le sens d'une libéralisation totale et d'une privatisation de la CNA.

Il est cependant apparu, en lien avec l'affaire de l'automne 2005 touchant la gestion immobilière de la CNA (voir ch. 1.1.3.5), que son organisation ne répond plus en tous points aux principes actuels en matière d'organisation d'entreprise et doit donc être réformée. L'organisation de la CNA doit par ailleurs être adaptée dans la mesure du possible aux principes directeurs énoncés par le Conseil fédéral dans son rapport du 13 septembre 2006 sur l'externalisation et la gestion de tâches de la Confédération (rapport sur le gouvernement d'entreprise)<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> RS 837.0

<sup>3</sup> FF 2006 7799



### **1.1.3 Travaux préparatoires**

#### **1.1.3.1 Rapport sur l'avenir de la CNA**

Le Conseil fédéral a décidé fin 2000, en raison des problèmes qui résulteraient de la suppression du monopole partiel de la CNA et/ou de sa privatisation, d'examiner d'autres options pour l'organisation future de l'établissement. Dans le même temps, il a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) d'examiner les possibilités de développement futur de la CNA, avec l'aide d'un groupe de travail et en collaboration avec le Département fédéral de l'économie (DFE), le Département fédéral des finances et le Département fédéral de justice et police, et de lui remettre, d'ici à fin 2001, un rapport à ce sujet.

Un groupe de travail, formé de représentants du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), du secrétariat de la Commission de la concurrence (Comco), de l'Office fédéral de la justice, de l'Administration fédérale des finances et de la CNA, a rédigé dans le courant de 2001, sous la direction de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), un rapport intitulé «Avenir de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents». Des experts ont également été consultés à ce propos.

Ce rapport recommande de poursuivre l'option selon laquelle la CNA maintient son statut actuel d'établissement autonome de droit public avec un domaine d'activité qui lui est attribué par la loi (monopole partiel); il préconise par ailleurs qu'elle reste le principal organe d'exécution de la prévention des accidents et des maladies professionnels (sécurité au travail), avec des fonctions relevant de la puissance publique, et qu'elle poursuive ses activités actuelles en développant de nouvelles dans les domaines suivants: sécurité et protection de la santé, prise en charge du risque et gestion par cas, placements financiers et gestion des actifs et des passifs, prestations en faveur du secteur suisse de la santé.

#### **1.1.3.2 Analyse coûts-bénéfices de l'assurance-accidents obligatoire**

Afin de disposer de bases suffisantes pour de futures discussions sur l'organisation de la gestion de l'assurance-accidents obligatoire, le Conseil fédéral, après avoir pris connaissance du rapport sur l'avenir de la CNA, a chargé de DFI de faire réaliser une analyse des coûts et des bénéfices de l'assurance-accidents obligatoire. Ce mandat a été confié au Forschungsinstitut für Empirische Ökonomie und Wirtschaftspolitik de l'Université de Saint-Gall, sous la direction du professeur Franz Jaeger.

Partant de l'hypothèse que le marché exploité par les assureurs LAA privés fonctionne aujourd'hui déjà comme le ferait un marché de l'assurance-accidents obligatoire entièrement libéralisé, l'analyse coûts-bénéfices compare les résultats de ce marché avec ceux de la CNA (relation input-output). Elle arrive à la conclusion que la CNA s'en tire relativement bien en comparaison des assureurs privés: les éventuelles inefficacités de l'établissement résultant de son statut monopolistique sont manifestement compensées par les avantages actuels dont il jouit (la CNA n'a pas de frais d'acquisition et ne paie pas d'intérêts sur son capital propre). L'étude confirme en outre que le système actuel fonctionne bien en dépit de sa structure hétérogène.

### **1.1.3.3 Assurance-accidents des personnes au chômage**

En décembre 2001, le Conseil fédéral a chargé le DFI de présenter un rapport ayant pour objet, d'une part, un meilleur ancrage de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA et, d'autre part, un réexamen fondamental de son financement. Ce rapport, élaboré par l'OFAS avec le concours du SECO et des assureurs LAA, a été adopté en automne 2002.

Le groupe de travail propose de créer dans la LAA une base légale explicite pour l'assurance-accidents des personnes au chômage. Sur le fond, il juge que la réglementation actuelle de l'ordonnance y afférente est appropriée et correcte; mais il estime que la loi doit désigner expressément la CNA comme l'assureur compétent et préciser que l'assurance-accidents des personnes au chômage, avec une comptabilité séparée, doit être gérée comme une branche distincte, autofinancée, de l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA. La CNA a d'emblée opté pour cette solution et le Conseil fédéral, en approuvant ses comptes, a cautionné cette pratique.

Pour ce qui est du réexamen du financement de l'assurance-accidents des personnes au chômage, le groupe de travail constate d'abord que les coûts calculés par la CNA sont attestés et que la procédure de financement appliquée tient compte des particularités de cette assurance. S'agissant du financement des coûts, le groupe de travail a étudié trois solutions:

- le cofinancement par l'organe de compensation de l'assurance-chômage, tel que demandé par les motions Brunner (96.3112) et Steinegger (96.3137);
- le cofinancement par un supplément de prime sur toutes les primes de l'assurance des accidents non professionnels selon la LAA;
- la combinaison des deux solutions précitées.

Le Conseil fédéral avait déjà proposé, dans son message du 28 février 2001 concernant la révision de la LACI, d'étendre la base de financement de l'assurance-accidents des personnes au chômage par une contribution directe de l'organe de compensation de l'assurance-chômage. C'est d'ailleurs ce qui a été fait par la modification de l'art. 22a, al. 4, LACI, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2003.

En ce qui concerne l'inscription de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA, le Conseil fédéral a chargé le DFI, le 9 décembre 2002, de procéder à cette modification de la LAA dans le cadre de la révision de la loi.

### **1.1.3.4 Rapport de la commission d'experts chargée de la révision de l'assurance-accidents obligatoire**

Ayant arrêté, sur la base de l'analyse coûts-bénéfice de l'Université de Saint-Gall, que l'organisation actuelle de la gestion de l'assurance-accidents obligatoire devait être maintenue, le Conseil fédéral a chargé le DFI, fin 2004, d'établir, avec le concours d'un groupe d'experts, les principes d'une révision de l'assurance-accidents obligatoire et de lui faire rapport.

Le DFI a confié la rédaction de ce rapport à une commission d'experts composée de représentants des partenaires sociaux, des assureurs et des offices fédéraux concernés au premier titre, à savoir l'OFAS, l'Office fédéral des assurances privées (OFAP) et le SECO. Placée sous la direction de l'Office fédéral de la santé publique

(OFSP), la commission a rendu son rapport le 27 février 2006. Celui-ci établit que l'assurance-accidents obligatoire répond dans une large mesure aux exigences d'une assurance moderne, et qu'une révision totale ne s'impose donc pas. Les experts aboutissent cependant aussi à la conclusion que plusieurs adaptations sont nécessaires, notamment pour éviter des surindemnisations (rentes d'invalidité viagères), dans le domaine de la gestion de l'assurance (surveillance, suppression du tarif de primes commun), ainsi que pour clarifier des questions de financement (grands sinistres, financement des allocations de renchérissement).

### **1.1.3.5 Rapport sur la gestion immobilière de la CNA**

La nouvelle s'est répandue en septembre 2005 que le ministère public tessinois avait fait arrêter plusieurs personnes en relation avec des opérations immobilières de la CNA. Le 19 octobre 2005, le Conseil fédéral a pris connaissance des mesures prises jusque-là par le DFI dans le cadre de cette affaire et il a chargé ce département de lui faire rapport sur la gestion immobilière de la CNA. Ce rapport établit notamment que la CNA doit améliorer les structures et les procédures de son secteur immobilier. L'affaire a également montré que la surveillance tant interne qu'externe de la gestion de la CNA doit être adaptée.

### **1.1.3.6 Rapport de la commission d'étude «Santé et sécurité au travail»**

Le 19 mai 1994, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a présenté une motion ayant la teneur suivante:

«Le Conseil fédéral est prié de coordonner et de regrouper les dispositions concernant la prévention et la protection dans le domaine de la santé ainsi que la sécurité sur le lieu de travail. Il convient en outre de combler les lacunes existantes en la matière.»

La commission d'étude «Santé et sécurité au travail», instituée en octobre 1996 par le DFE pour traiter la motion, a publié fin 1999 son rapport intitulé «Santé et sécurité au travail: législation et exécution». Elle concluait que le problème devait être attaqué sous l'angle de l'exécution, car il est pratiquement impossible de regrouper les deux législations avec le régime d'exécution actuel. Elle a donc cherché avant tout à élaborer de nouveaux modèles d'exécution. En fin de compte, elle s'est contentée de proposer des améliorations ponctuelles du système existant.

### **1.1.4 Traitement d'interventions parlementaires**

Il est proposé de classer huit interventions parlementaires relatives à la LAA.

L'objectif que visait la motion «Prestations d'invalidité de l'assurance-accidents. Coordination» (04.3614) déposée par la CSSS-N est réalisé avec la réduction de la rente d'invalidité à l'âge ordinaire de la retraite selon l'AVS, échelonnée en fonction de l'année de l'accident (voir ch. 2.1.3.2). Le but poursuivi par la motion Hochreutener «Assurance-accidents. Financement des allocations de renchérissement»

(05.3392) est atteint grâce aux nouvelles dispositions touchant ledit financement (voir ch. 2.1.3.9). La motion «Loi sur l'assurance-accidents. Modification» (03.3520) du conseiller national Bortoluzzi a été transformée en postulat par le Parlement et elle est prise en compte dans le cadre des modifications concernant le domaine de compétences de la CNA (voir ch. 2.1.3.3). Le Parlement a aussi transformé en postulat la motion «Travailleurs indépendants. Possibilité de s'assurer ailleurs qu'auprès de la CNA» (00.3368) du conseiller national Borer. Comme en pratique les assureurs ne calculent des tarifs de primes que pour des entreprises exposées aux risques entrant dans leur domaine de compétence spécifique, il n'a pas été jugé nécessaire d'inclure dans la révision l'objectif visé par l'auteur de la motion.

Les postulats «Assurance-accidents. Levée du monopole de la CNA» (Groupe de l'Union démocratique du centre; 00.3544) et «Adaptation de l'organisation de la CNA aux règles de la bonne gouvernance» (Recordon, 05.3650) sont traités dans le cadre de la réorganisation de la CNA (voir ch. 3.1.3).

Il a été décidé de ne pas concrétiser le postulat Zäch «Réduction des coûts par l'harmonisation de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents» (03.3046), car il implique une refonte de fond en comble du système actuel, ce qui n'est pas conforme à l'objectif de la révision (voir ch. 1.1.2). Enfin, l'objectif visé par le postulat Rime «Primes dans l'assurance contre les accidents non professionnels» (04.3509) est repris dans les dispositions relatives aux tarifs de primes (voir ch. 2.1.3.9).

## **1.1.5 Procédure de consultation**

### **1.1.5.1 Généralités**

Le Conseil fédéral a ouvert la procédure de consultation concernant la modification de la LAA le 1<sup>er</sup> décembre 2006. La consultation s'est achevée le 15 mars 2007.

Les cantons, les partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale, les organisations faïtières des communes, des villes et des régions de montagne, les associations faïtières suisses de l'économie, le Tribunal fédéral ainsi qu'une cinquantaine d'organisations intéressées ont été invités à se prononcer sur le projet de modification de la LAA. Au total, 108 autorités et organisations intéressées ont été consultées. Le DFI a reçu en tout 135 prises de position. 25 cantons ont participé à la consultation. Sur les quinze partis consultés, sept ont donné leur avis, dont tous les partis gouvernementaux.

Le projet mis en consultation, tout comme le présent message, était scindé en deux parties; l'ancrage de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA y était toutefois traité dans la deuxième partie. Les résultats de la consultation sont résumés et publiés dans le rapport de l'OFSP de septembre 2007 ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)).

### **1.1.5.2 Principaux résultats**

La nécessité d'une révision de la LAA a donné lieu à des avis divergents.

Un grand nombre de participants à la consultation estiment que le système actuel, qui repose sur une pluralité d'assureurs avec un monopole partiel de la CNA, a fait ses preuves. Quelques-uns demandent que la pluralité des assureurs soit abolie et que l'assurance-accidents obligatoire soit à l'avenir gérée exclusivement par la CNA. Certains rappellent qu'ils prônent depuis des années une privatisation de la CNA, mais jugent que cette solution n'est pas susceptible de rallier une majorité politique.

Divers participants auraient souhaité une meilleure coordination avec d'autres assurances sociales (assurance-maladie, AI, AVS) ou demandent l'abolition des différences, à leur avis injustifiées, entre les prestations de l'assurance-accidents et celles de l'assurance-maladie, ce qui impliquerait une harmonisation de ces deux assurances.

Les organisations de salariés et les représentants des assureurs tendent à accepter les propositions touchant la prévention des accidents; par contre, la grande majorité des organisations d'employeurs les rejettent.

De nombreux points techniques (p. ex. fin de l'assurance, adaptations suite à la suppression du tarif commun des assureurs LAA privés, prescriptions relatives aux provisions, litiges entre les assureurs, contributions des entreprises étrangères à la prévention des accidents, sanctions dans le droit de la surveillance) n'ont en revanche pas été contestés.

L'ancrage de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA n'a donné lieu à aucune remarque particulière.

### **1.1.5.3 Points controversés**

Sont commentés ici les principaux points sur lesquels les avis des participants à la consultation ont divergé:

- couverture d'assurance des grands sinistres (séismes, terrorisme, etc.);
- gain maximal assuré;
- taux minimal d'invalidité donnant droit à une rente;
- réduction de la rente d'invalidité une fois atteint l'âge ordinaire de la retraite selon l'AVS;
- financement des allocations de renchérissement;
- tarifs médicaux;
- domaine de compétence de la CNA et droit des administrations publiques de choisir leur assureur (assureur compétent);
- organisation de la CNA.

#### **Couverture d'assurance des grands sinistres (séismes, terrorisme, etc.)**

De l'avis des participants à la consultation, la fixation d'une limite par sinistre (limitation des prestations d'assurance en cas de grand sinistre à 1 milliard de francs pour la CNA et à 1 milliard pour les assureurs privés) pose un problème fondamen-

tal dans le cas d'une assurance sociale. Les avis des partis sont partagés: la droite y est plutôt favorable, la gauche, clairement opposée. Les avis des employeurs dénotent une approbation prudente. De nombreux cantons sont d'accord sur le principe, mais soulignent qu'il faudrait dans tous les cas que les prestations de courte durée soient allouées pleinement et que les pouvoirs publics ne soient pas mis à contribution.

### **Gain maximal assuré**

La proposition de réduire à 90 % à 95 % (au lieu de 92 % à 96 %) la fourchette des travailleurs couverts pour le gain intégral est vivement controversée.

### **Taux minimal d'invalidité donnant droit à une rente**

Le projet mis en consultation proposait de relever de 10 % à 20 % le taux minimal d'invalidité donnant droit à une rente de l'assurance-accidents obligatoire. Cela aurait dû permettre de réduire les coûts de l'assurance et de rapprocher ce taux du taux d'invalidité minimal ouvrant le droit à une rente dans l'AI (40 %).

Les avis sur cette proposition sont partagés. Plusieurs participants mettent en doute que le relèvement du taux d'invalidité minimal soit réellement un moyen approprié d'atteindre l'objectif de réduire les coûts de l'assurance-accidents obligatoire. En effet, les assurés qui jusqu'ici se contentaient d'une rente minimale fondée sur un taux d'invalidité de 10 % seraient probablement incités par la nouvelle réglementation à revendiquer une rente sur la base d'une invalidité de 20 %. De plus, cette modification toucherait surtout des assurés au salaire modeste, pour lesquels même une «petite» rente est d'une importance vitale.

### **Réduction de la rente d'invalidité lorsque l'âge ordinaire de la retraite selon l'AVS est atteint**

La majorité approuve la règle proposée en vue d'éviter les surindemnisations, règle qui consiste à réduire, à l'âge ordinaire de la retraite, les rentes d'invalidité de l'assurance-accidents de façon échelonnée en fonction de l'âge de l'assuré au moment de l'accident. Pour plusieurs participants représentant le point de vue des employeurs, le projet ne va pas assez loin. Les représentants des salariés exigent au contraire que l'on revoie les dispositions transitoires afin de prévenir les cas de rigueur.

### **Financement des allocations de renchérissement**

Les avis sont favorables au maintien du «pool» des assureurs LAA privés destiné à financer les allocations de renchérissement. La proposition de transférer les tâches de ce dernier à la caisse supplétive LAA est cependant rejetée au motif que la forme d'organisation choisie pour cette institution (fondation) ne dispose ni d'un savoir-faire suffisant, ni de la flexibilité nécessaire pour les assumer. On propose à la place la forme juridique de l'association.

Les représentants des travailleurs demandent pour leur part que les travailleurs assurés auprès d'assureurs LAA privés, ainsi que leurs employeurs, participent au financement des allocations de renchérissement pour les rentes que la CNA alloue sur la base de l'ancienne loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA). Cela nécessiterait l'inclusion de la CNA dans la réglementation proposée.

## **Tarifs médicaux**

La plupart des avis sur les dispositions relatives aux tarifs médicaux portent sur le souhait d'une structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse et sur la couverture des coûts des traitements hospitaliers à l'hôpital.

## **Domaine de compétence de la CNA et droit des administrations publiques de choisir leur assureur (assureur compétent)**

Les avis à ce sujet divergent fortement suivant les intérêts propres des participants.

## **Organisation de la CNA**

Le second projet portait sur les points suivants: organisation, responsabilité, surveillance, contrôle et structure des comptes de la CNA, activités accessoires, assurance-accidents des personnes au chômage. Des deux variantes proposées pour l'organisation de la CNA (variante 1: gestion autonome par les partenaires sociaux payeurs de primes, haute surveillance exercée par la Confédération; variante 2: CNA avec le statut d'entreprise appartenant à la Confédération, application des principes énoncés dans le rapport sur le gouvernement d'entreprise), la grande majorité des participants préfère la variante 1. Les avis sont par contre très controversés en ce qui concerne l'autorisation de la CNA d'exercer des activités accessoires. Plusieurs participants exigent qu'en cas de baisse du quantile servant à déterminer le gain maximal assuré, la CNA propose des assurances en complément de la LAA.

### **1.1.6 Autres thèmes examinés, mais non retenus**

#### **Lésions dentaires**

Il était proposé dans le projet mis en consultation que l'assurance-accidents n'alloue pas de prestations pour les lésions dentaires qui se produisent lors de la mastication. Cette disposition devait prévenir les abus et clarifier une jurisprudence parfois difficile à saisir. La lutte contre les abus ne doit cependant pas passer par la suppression des prestations en question, mais par un examen approfondi du droit aux prestations dans les cas concrets. Après évaluation des résultats de la procédure de consultation et réexamen de la question, il a été décidé d'abandonner cette modification.

#### **Abandon du lien entre le montant de l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité et le montant maximal du gain assuré selon la LAA**

Lors de la consultation, les représentants des employeurs ont demandé que le lien entre le montant de l'indemnité journalière dans l'AI et le plafond du gain assuré dans l'assurance-accidents obligatoire soit aboli. Une telle mesure est cependant superflue, car depuis l'entrée en vigueur de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, les conséquences financières, pour l'AI, d'une adaptation du montant maximal du gain assuré dans l'assurance-accidents obligatoire ne sont plus si importantes (elles se réduisent d'environ 90 %). Les analyses ont en outre montré clairement qu'il n'existe pas de meilleure valeur de référence que le gain maximal dans l'assurance-accidents obligatoire pour la fixation du montant des indemnités journalières de l'AI.

## **Taux minimal d'invalidité**

Le relèvement de 10 à 20 % du taux minimal d'invalidité donnant droit à une rente, proposé dans le projet mis en consultation, est abandonné, parce qu'il paraît douteux qu'il permette d'atteindre l'objectif recherché au départ, et aussi parce que le nombre de cas d'assistance risque d'augmenter si ce taux est relevé (voir aussi ch. 1.1.5.3).

## **Gestion de fortune et gestion des actifs et des passifs par la CNA**

Pour des considérations de politique économique et financière, et vu l'attitude critique, voire résolument opposée de nombreux participants à la consultation, la CNA ne sera pas autorisée à exercer ce type d'activité accessoire.

## **Santé et sécurité au travail**

La santé et la sécurité au travail (protection des travailleurs) sont aujourd'hui régies par deux législations: la LAA pour la sécurité au travail (ordonnance sur la prévention des accidents et des maladies professionnels) et la loi du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (LTr)<sup>4</sup> en ce qui concerne la protection de la santé en général. On entend par là, entre autres, toutes les mesures de protection de la santé des travailleurs qui ne servent pas directement à la prévention des accidents et des maladies professionnels (prescriptions relatives au temps de travail et de repos, prescriptions spéciales concernant les jeunes et les femmes et dispositions sur la protection de la santé en général). A cette dualité de la législation correspondent deux organismes d'exécution et deux départements compétents en matière de législation et de surveillance. L'application des dispositions relatives à la sécurité au travail est partagée entre les cantons, la CNA et le SECO. Bien que cette dualité ait donné lieu à quelques interventions au niveau politique, le projet mis en consultation n'aborde pas ce problème. On notera tout de même qu'un groupe de travail examine actuellement la question en vue de déterminer s'il y a nécessité d'agir et quelles mesures doivent être prises le cas échéant.

## **2                                    Commentaire du projet «Assurance-accidents et prévention des accidents»**

### **2.1                                 Commentaire général**

#### **2.1.1                             Cercle des personnes assurées**

Il n'y a pas lieu de modifier la définition du cercle des personnes assurées.

La possibilité de prolonger l'assurance des accidents non professionnels par convention spéciale doit être maintenue. Cependant, compte tenu des difficultés pratiques rencontrées dans l'application des règles actuelles, il est prévu de ne plus exprimer le délai en jours, mais en mois (voir art. 3, al. 3).

<sup>4</sup> RS 822.11



## 2.1.2

### Risques assurés

#### **Lésions corporelles semblables aux conséquences d'un accident**

Les prestations d'assurance sont allouées aujourd'hui en cas d'accidents professionnels, d'accidents non professionnels et de maladies professionnelles. Selon la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)<sup>5</sup>, 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 est réputée accident. Aux termes de l'art. 6, al. 2, le Conseil fédéral est autorisé à inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident, comme les ruptures de tendon et les déchirures musculaires. L'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA)<sup>6</sup> en dresse une liste exhaustive. Selon la réglementation en vigueur depuis 1998, les lésions corporelles qui ne sont pas manifestement dues à une maladie ou à une dégénérescence sont couvertes par l'assurance-accidents même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. Dans sa jurisprudence, le Tribunal fédéral estime que pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire doit faire défaut; l'existence d'une cause extérieure est en revanche indispensable. Cette cause extérieure consistera en une activité ou un mouvement présentant un potentiel de lésion accru. Cette jurisprudence a été jusqu'ici source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure est proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Celui-ci pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (voir art. 6, al. 2).

#### **Couverture des accidents survenant durant l'exercice d'une activité indépendante**

La question des accidents qui surviennent durant l'exercice d'une activité lucrative indépendante non assurée à titre facultatif a donné lieu à nombre de controverses. Selon la pratique, ces accidents sont pris en charge par l'assurance des accidents non professionnels. Le fait de faire supporter à cette branche d'assurance les risques liés à l'exercice d'une activité lucrative indépendante est parfois jugé contraire au système: pour certains, les personnes qui exercent, en plus de leur activité salariée, une activité lucrative indépendante ont la possibilité de s'assurer à titre facultatif pour cette dernière et, si elles renoncent à le faire, elles doivent par principe en supporter les conséquences. Il n'en reste pas moins que les risques encourus durant l'exercice d'une activité lucrative – que celle-ci soit salariée ou indépendante – sont en général moindres que ceux encourus durant les loisirs. De plus, les prestations en espèces sont calculées uniquement sur la base de l'activité salariée assurée. Il est donc judicieux d'ancrer dans la loi la solution adoptée en pratique jusqu'ici (voir art. 8, al. 3).

<sup>5</sup> RS 830.1

<sup>6</sup> RS 832.202

## **2.1.3 Prestations d'assurance**

### **2.1.3.1 Prestations pour soins et remboursement de frais**

Les dispositions relatives au traitement médical sont en principe reprises telles quelles. La réglementation actuelle ne fait pas mention du traitement ambulatoire dispensé en milieu hospitalier. Il importe donc de compléter la liste figurant à l'art.10, al. 1, pour permettre la conclusion de conventions tarifaires avec les hôpitaux pour les traitements de ce type.

La loi autorise actuellement le Conseil fédéral à fixer les conditions auxquelles l'assuré a droit aux soins à domicile et la mesure dans laquelle ceux-ci sont couverts. Cette réglementation est toutefois contraire aux conventions internationales auxquelles la Suisse a adhéré. En effet, selon le Code Européen de Sécurité Sociale (CESS) et la convention n° 102 de l'Organisation Internationale du Travail concernant la norme minimum de la sécurité sociale (Convention OIT n° 102), les soins médicaux comprennent les soins infirmiers, soit à domicile, soit dans un hôpital ou dans une autre institution médicale. Aux termes de ces conventions, les soins à domicile doivent être pris en charge sans que l'on puisse exiger une participation de l'assuré à leurs coûts (voir art. 10, al. 3).

### **2.1.3.2 Prestations en espèces**

#### **Gain assuré**

Le gain pris en considération pour fixer l'indemnité journalière et les rentes a toujours été limité dans l'assurance-accidents obligatoire, mais de façon que seuls les gros salaires ne soient pas entièrement assurés. Pour décharger le Parlement de cette tâche, le Conseil fédéral a été autorisé à fixer ces montants maximaux de façon que, en règle générale, 92 % au moins, mais pas plus de 96 % des travailleurs soient couverts pour le gain intégral. Ce maximum vaut également pour le calcul des cotisations et des prestations de l'assurance-chômage, ainsi que pour le système d'indemnités journalières de l'AI. Bien que les avis divergent sur la nécessité de maintenir la fourchette actuellement en vigueur ou au contraire de l'abaisser significativement, on s'accorde sur le fait que les augmentations ne devraient pas être trop rapprochées dans le temps, car chaque relèvement entraîne des coûts importants (aussi bien pour les payeurs de primes que pour les assureurs). Dans ces conditions, le Conseil fédéral propose de modifier la fourchette actuelle en sorte que 90 % des travailleurs assurés au moins, mais pas plus de 95 %, soient couverts pour le gain intégral. Cette solution de compromis laisse une marge de manœuvre plus large pour la fixation du montant maximum du gain assuré et elle permet de réaliser des économies (voir art. 15, al. 3).

#### **Indemnités journalières**

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit 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 qu'une rente est versée ou lorsque l'assuré décède. Le délai d'attente actuel dans l'assurance obligatoire est en principe maintenu. La proposition faite dans le projet mis en consultation n'a pas été retenue, car une augmentation du nombre de

jours de carence sur la base de l'art. 324b du code des obligations (CO)<sup>7</sup> n'aurait fait que reporter la charge financière de la perte de gain sur les entreprises et risqué de provoquer davantage de litiges entre employeurs et salariés.

L'indemnité journalière a jusqu'ici été calculée en principe de manière abstraite et allouée indépendamment de la perte de gain réellement subie durant la période d'incapacité de travail. Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, un assuré à la retraite anticipée qui subit un accident durant la période d'assurance prolongée prévue par l'art. 3, al. 2, n'a toutefois pas droit à l'indemnité journalière de l'assurance-accidents, faute de perte de gain. L'application de cette jurisprudence à d'autres situations analogues – la Haute Cour a laissé ce point indécis – pourrait être source de lacunes d'assurance et de sérieux problèmes administratifs. C'est pourquoi il convient que le Conseil fédéral détermine dans quels cas le droit à l'indemnité journalière naît en l'absence d'une perte de gain (p. ex. en cas d'accident pendant la durée de l'assurance par convention spéciale, ou pendant les 31 jours de la période d'assurance prolongée; voir art. 16, al. 1<sup>bis</sup>).

L'extinction du droit à l'indemnité journalière ne subit pas de modification. Une fois né, ce droit s'éteint, comme jusqu'ici, dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16, al. 2). Cette énumération est exhaustive. La suppression éventuelle ou présumée telle de la perte de gain ne constitue pas une cause d'extinction du droit à l'indemnité journalière.

### **Rentes d'invalidité**

Aujourd'hui, le versement d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents obligatoire est en principe garanti jusqu'au décès de la personne assurée. En cas de concours de droit avec une rente de l'AI ou de l'AVS, la rente de l'assurance-accidents est réduite si, additionnées, les deux rentes sont supérieures à 90 % du gain assuré. La rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire n'est par contre pas prise en compte. De son côté, la législation sur la prévoyance professionnelle autorise l'institution de prévoyance à réduire la rente d'invalidité si, additionnées, les rentes de l'assurance-accidents, de l'AI ou de l'AVS et celles de la prévoyance professionnelle sont supérieures à 90 % du gain que la personne assurée aurait réalisé sans l'accident. En dépit de cette possibilité de réduction, on ne peut pas exclure qu'à l'âge de la retraite des bénéficiaires de rentes LAA jouissent d'avantages non justifiés par rapport aux bénéficiaires de rentes de vieillesse de l'AVS et de la prévoyance professionnelle obligatoire. L'octroi d'une rente complémentaire à concurrence de 90 % du gain assuré peut en effet aboutir à ce que les prestations de rente aillent au-delà de l'objectif des prestations de la prévoyance professionnelle obligatoire s'ajoutant à la rente AVS (ce qui représente en tout environ 60 % du dernier salaire). Plus l'assuré est proche de l'âge légal de la retraite au moment de l'accident, plus ce risque de surindemnisation augmente. Pour les personnes qui sont victimes plus jeunes d'un accident, cet effet est restreint attendu qu'il leur manque une partie de la carrière salariale habituelle. Pour tenir compte de ces effets complexes, une réglementation tenant compte de l'âge de l'assuré au moment de l'accident est donc mise en place dans le but d'éviter une surindemnisation. Elle prévoit que le droit aux rentes LAA continue d'exister à vie, mais que, dès que l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite selon l'AVS, la rente d'invalidité de

l'assurance-accidents est réduite, et cela de façon échelonnée en fonction de son âge au moment de l'accident.

En ce qui concerne les salariés qui ont moins de 25 ans au moment d'un accident entraînant une invalidité, une large partie de leur carrière salariale prévisible fait défaut et ils ne sont de ce fait pas mieux traités à l'âge de la retraite que les bénéficiaires de rentes de vieillesse de l'AVS et de la prévoyance professionnelle obligatoire. C'est la raison pour laquelle aucune réduction n'est prévue pour eux (voir art. 20, al. 2<sup>ter</sup>).

### **Indemnité pour atteinte à l'intégrité**

Si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il peut prétendre à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Cette indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré n'a pas droit à une rente de ce type, lorsque le traitement médical est terminé. Il s'agit d'une indemnité spéciale, sous forme de prestation en espèces, qui a le caractère d'une indemnité pour tort moral. Rappelons qu'elle a été introduite parce qu'il n'était plus possible d'indemniser les atteintes à l'intégrité au moyen des rentes d'invalidité, vu l'adaptation de la notion d'invalidité dans l'assurance-accidents à celle de l'AI (principe de l'invalidité économique).

La question du maintien de ce type d'indemnité a longuement été discutée. Pour certains, elle constitue un privilège supplémentaire des assurés de l'assurance-accidents par rapport à ceux de l'assurance-maladie et ne se justifie pas, notamment dans l'assurance des accidents non professionnels et dans l'assurance facultative. Pour d'autres, il faudrait éventuellement fixer une limite ouvrant droit à une telle prestation. Le projet de révision prévoit le maintien du statu quo. La naissance du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dans des cas spéciaux (notamment en cas de maladie professionnelle liée au contact avec l'amiant) fera l'objet d'une réglementation spéciale (voir art. 24, al. 2).

### **Rentes de survivants**

Si l'assuré victime d'un grave accident a contracté mariage après la survenance de l'accident, l'existence du droit du conjoint survivant est subordonnée à la condition que la promesse de mariage ait été publiée avant l'accident ou que le mariage ait duré deux ans au moins au moment du décès. Cette règle n'est toutefois plus en adéquation avec le nouveau droit du mariage. Elle est par ailleurs contraire aux conventions internationales signées par la Suisse. Partant, elle doit être abrogée.

Selon le droit en vigueur, la rente ou l'indemnité en capital du conjoint survivant peut être réduite ou refusée s'il a gravement manqué à ses devoirs envers ses enfants. Non conforme au droit international, cette règle doit elle aussi être abrogée (voir art. 29).

### **Tarifs médicaux**

Actuellement, l'indemnisation des traitements médicaux dans l'assurance-accidents obligatoire n'est qu'en partie fondée sur les mêmes bases structurelles que dans l'assurance-maladie. En outre, la rémunération des prestations et, dans les hôpitaux, les agents payeurs, ne sont pas les mêmes dans les deux assurances. Attendu que l'assurance-invalidité et l'assurance militaire appliquent les mêmes tarifs que

l'assurance-accidents, elles présentent les mêmes différences qu'elle par rapport à l'assurance-maladie.

Il convient de distinguer entre la structure des tarifs médicaux, les prix et les agents payeurs. Il convient, dans un premier temps, d'uniformiser les structures sur lesquelles est fondée la rémunération des traitements médicaux dans les diverses assurances sociales. Dans un deuxième temps, on pourra s'occuper du montant de l'indemnisation des traitements hospitaliers, de même que de la définition des agents payeurs lors du traitement hospitalier (voir art. 56).

### **2.1.3.3 Organisation**

#### **Généralités**

Depuis 1996, l'organisation de la gestion de l'assurance-accidents obligatoire a fait l'objet d'un réexamen. A cette occasion, la question d'une libéralisation complète de l'assurance-accidents et d'une privatisation de la CNA a été abordée. Dans ce contexte, le Conseil fédéral a demandé à l'administration différents rapports, dont il ressort que le système actuel peut être qualifié d'efficace et qu'il n'est par conséquent pas nécessaire pour l'heure d'entreprendre des modifications fondamentales dans ce domaine.

#### **Domaine de compétence de la CNA**

Selon le message de 1976 à l'appui de la LAA, le domaine de compétence de la CNA ne devait pas être profondément modifié par l'entrée en vigueur du nouveau régime d'assurance-accidents. Il convenait au contraire de maintenir dans la mesure du possible les rapports d'assurance existants en les adaptant aux nouvelles dispositions, pour éviter que cette entrée en vigueur ne soit une source de perturbation inutile. La formulation actuelle de la loi, de même que la jurisprudence qui en découle, font que le but fixé ne peut pas être entièrement atteint.

Le 11 mai 2006, le Conseil national, contrairement à la recommandation de la CSSS-N, a donné suite à l'initiative parlementaire 04.474 Baumann J. Alexander, qui demande que l'art. 66 LAA soit complété par l'al. 2 suivant:

«Le Conseil fédéral peut dispenser à leur demande de l'assujettissement à la CNA les entreprises qui ne satisfont que dans une faible mesure aux critères établis à l'al. 1, à compter du début d'une année civile. La dispense est réglée par voie d'ordonnance et prend effet un an après l'entrée en vigueur cette dernière.»

La majorité du Conseil national a estimé que le législateur n'avait pas suffisamment tenu compte du changement de fonction dans la formulation de l'art. 66, ce qui explique que certaines entreprises entrent aujourd'hui dans le domaine de compétence de la CNA alors qu'elles ne remplissent que très partiellement les critères requis.

La LAA ne détermine pas, par une clause générale, quels salariés sont assurés à la CNA: l'art. 66 dresse une liste des entreprises et des administrations qui relèvent de sa compétence. Les dispositions d'exécution apportent des précisions sur les catégories d'entreprises énumérées dans la loi. Or, ce n'est pas dans l'ordonnance d'application qu'il faut régler les exceptions à l'assujettissement à la CNA. Permettre au Conseil fédéral d'en décider au cas par cas serait contraire au système. En outre,

l'expression «que dans une faible mesure» est une notion nouvelle, indéterminée et nécessitant interprétation, qui n'est guère susceptible d'éviter le flou juridique. La solution proposée par l'initiateur ne permet pas non plus de savoir clairement qui présenterait la demande de dispense d'assujettissement à la CNA; il peut uniquement être question de dispenser des types et des catégories d'entreprises, mais en aucun cas des entreprises prises isolément.

Pour donner suite à l'initiative parlementaire tout en respectant l'intention première du législateur, le Conseil fédéral propose de modifier la loi et d'exclure certaines entreprises de l'assujettissement à la CNA (voir art. 66).

#### **2.1.3.4 Droit des administrations publiques de choisir leur assureur**

Pour tenir compte aussi largement que possible de l'autonomie des corporations de droit public, la législation actuelle dispose que, pendant un délai que fixe le Conseil fédéral, les cantons, districts, cercles, communes et autres corporations de droit public peuvent, pour leur personnel qui n'est pas déjà assuré auprès de la CNA, choisir entre celle-ci et l'un des autres assureurs qui participent à la gestion de l'assurance-accidents obligatoire. Les administrations et entreprises publiques avaient jusqu'au 31 octobre 1983 pour exercer leur droit d'option.

A l'entrée en vigueur de la LAA, le montant des primes de l'assurance contre les accidents non professionnels était le même à la CNA et chez les assureurs privés. Depuis lors, les tarifs pratiqués par le CNA et par les assureurs privés diffèrent de plus en plus. Cette tendance s'est encore renforcée avec la suppression du tarif de primes commun des assureurs désignés à l'art. 68. En raison de ce changement, de nombreuses administrations publiques ont souhaité pouvoir revenir sur la décision prise à l'époque et changer d'assureur. Le projet de révision prévoit d'offrir dorénavant aux administrations publiques, tous les trois ans, la possibilité de choisir librement, pour leur personnel qui n'est pas visé par l'art. 66, al. 1, let. q, LAA, entre la CNA et l'un des autres assureurs (voir art. 75).

#### **2.1.3.5 Ancrage de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA**

Jusqu'à fin 1995, les personnes au chômage restaient assurées contre les accidents sans payer de primes si elles étaient assurées contre les accidents non professionnels au sens de la LAA avant de perdre leur emploi. L'assureur compétent était celui auprès duquel elles étaient assurées avant de tomber au chômage. Ce prolongement de la durée de l'assurance se fondait sur une disposition de l'ordonnance d'application (art. 7, al. 1, let. b, OLAA) selon laquelle l'indemnité journalière de l'assurance-chômage était réputée salaire au sens de l'art. 3, al. 2, LAA, ce qui explique que l'assurance ne prenait pas fin malgré la dissolution du rapport de travail. Le risque assuré était ainsi, de fait, financé par les primes de l'assurance des accidents non professionnels (AANP) des branches et des entreprises auxquelles les personnes au chômage avaient appartenu durant leur activité lucrative. Par contre, les personnes au chômage qui ne se trouvaient pas dans un rapport de travail auparavant (p. ex. les

personnes venant d'achever leur formation) n'étaient pas assurées conformément à la LAA.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1996, la LACI a été complétée par un art. 22a, al. 4, qui règle les cotisations sociales à percevoir sur les indemnités de chômage. Depuis cette modification de la LACI, les personnes au chômage sont exclusivement assurées par la CNA et doivent payer des primes. Sur cette base, le Conseil fédéral a édicté l'ordonnance du 24 janvier 1996 sur l'assurance-accidents des personnes au chômage<sup>8</sup>. Celle-ci, lorsqu'elle ne prévoit pas de réglementation particulière, renvoie en ce qui concerne le droit applicable à la LPGa, à la LAA et à l'OLAA.

Actuellement, l'assurance-accidents des personnes au chômage n'est pas ancrée dans la LAA. C'est ainsi qu'il n'y a pas aujourd'hui dans la LAA de disposition explicite disant que l'assurance-accidents des personnes au chômage est gérée exclusivement par la CNA. Cette règle ne résulte en effet qu'indirectement de l'art. 22a, al. 4, LACI, qui dit que les primes sont versées à la CNA. En outre, par la règle de l'art. 10, al. 2, de l'ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage, aux termes de laquelle le taux de prime de l'AANP est identique pour toutes les personnes au chômage, le Conseil fédéral a indirectement défini ces dernières comme constituant un groupe de risque distinct. Sur cette base, la CNA gère l'assurance-accidents des personnes au chômage, depuis son introduction en 1996, comme une branche d'assurance indépendante, autofinancée. Cette solution est matériellement la bonne. Les expériences faites jusqu'ici avec l'assurance-accidents des personnes au chômage montrent en effet que ces personnes, en raison de leur situation particulière, constituent indépendamment de leur activité précédente un groupe de risque particulier, générant des coûts plus élevés que les personnes exerçant une activité lucrative assurées dans l'AANP. De plus, l'assurance-accidents des personnes au chômage présente, tant au regard des primes qu'au regard des prestations, quelques particularités qui aboutissent à un taux de prime plus élevé (depuis 2006, la prime s'élève à 4,37 % de l'indemnité de chômage, dont les deux tiers au maximum peuvent être déduits de l'indemnité de chômage, l'assurance-chômage devant prendre en charge le dernier tiers via son organe de compensation). Intégrer l'assurance-accidents des personnes au chômage dans l'assurance des accidents non professionnels de la CNA aurait donc pour effet un subventionnement croisé, indésirable, à la charge exclusive des assurés de la CNA. La séparation de l'assurance-accidents des personnes au chômage et de l'AANP que la CNA a pratiquée jusqu'ici doit donc aussi être expressément ancrée dans la LAA, par la mention de l'assurance-accidents des personnes au chômage en tant que branche d'assurance indépendante. Pour le reste, le régime matériel actuel de l'assurance-accidents des personnes au chômage doit rester fondamentalement inchangé.

Pour bien montrer que l'assurance-accidents des personnes au chômage constitue une branche à part entière de l'assurance obligatoire, au même titre que l'assurance des accidents professionnels et que l'assurance des accidents non professionnels, les dispositions légales y relatives ont été intégrées dans les différents titres et chapitres de la loi actuelle et non pas réunies, comme cela aurait été possible, dans une partie distincte de celle-ci.

### **2.1.3.6 Grands sinistres**

La LAA prévoit actuellement qu'en cas de guerre ou de catastrophes, les prestations sont allouées dans leur intégralité. Or, les assureurs privés ne trouvent qu'à grande-peine, s'ils en trouvent, des réassureurs pour la couverture illimitée des grands sinistres. On est par ailleurs davantage conscient aujourd'hui des risques qu'auparavant, et mieux informé, d'où une révision des conceptions et, par voie de conséquence, des prescriptions en matière de dotation en fonds propres basées sur le risque. On est de plus en plus convaincu, dans d'autres domaines des assurances également, que des événements ne se produisant qu'une fois en plusieurs siècles nécessitent une réponse conjointe des assureurs, de l'Etat et le cas échéant des assurés. On peut citer à cet égard, la discussion qui s'est engagée dernièrement sur la couverture des séismes par le biais d'une assurance spéciale. Pour toutes ces raisons, la responsabilité de l'ensemble des assureurs désignés à l'art. 68, d'une part, et de la CNA, d'autre part, doit être limitée en cas de grand sinistre. En cas de dépassement de la limite par événement, les prestations allant au-delà du montant limite sont prises en charge par la Confédération. Ainsi, les personnes assurées ne subissent pas de réduction des prestations. Considérée sous l'angle de l'égalité de traitement, une telle réduction ne serait en soi pas justifiable. On ne saurait en effet indemniser différemment les personnes assurées qui sont victimes d'un accident lors d'un grand sinistre se produisant dans une zone bien déterminée de celles qui sont victimes d'un accident dans un lieu n'ayant aucun rapport avec le grand sinistre en question.

La limite par événement doit être fixée pour l'ensemble des assureurs privés de même que pour la CNA à 2 milliards de francs. Cette limite pourrait être atteinte par exemple en cas de séisme d'ampleur nationale, de rupture du barrage de la Grande-Dixence ou d'attentat terroriste coordonné, aux heures de pointe, à la gare de Zurich. Il s'agit donc d'événements très rares, qui surviennent en moyenne tous les 500 à 1000 ans.

### **2.1.3.7 Surveillance**

La surveillance est réglée de manière très succincte dans le droit actuel. Le Conseil fédéral a délégué la tâche de surveillance qui lui incombe à l'OFSP et à l'OFAP. Il a aussi prévu que les deux offices coordonnent leurs activités dans ce domaine.

Compte tenu de l'abandon du tarif de primes commun par les assureurs privés, il est prévu de renforcer notablement la surveillance, notamment en ce qui concerne la fixation des primes et la comptabilité des assureurs.

Sur le plan des sanctions, la réglementation actuelle n'est pas suffisante. La LAA ne connaît en effet, pour les assureurs désignés à l'art. 68, que la privation du droit de participer à la gestion de l'assurance-accidents obligatoire et uniquement s'il y a manquement grave aux prescriptions légales. Par analogie avec la nouvelle loi fédérale du 22 juin 2007 sur la surveillance des marchés financiers<sup>9</sup> (art. 44 à 46), le Conseil fédéral propose, en cas d'infractions commises par les organes d'exécution ne justifiant pas le retrait de l'autorisation de pratiquer, d'introduire des amendes allant jusqu'à 100 000 francs (voir art. 113a).

<sup>9</sup> FF 2007 4397



### **2.1.3.8 Prévention des accidents**

Suivant en cela la commission d'experts, le Conseil fédéral propose de ne pas apporter de modification de principe en ce qui concerne l'organisation de la surveillance de l'application par les entreprises des prescriptions sur la prévention des accidents et des maladies professionnels.

Une innovation est cependant prévue: mettre à contribution, pour la prévention des accidents, les entreprises étrangères dont le personnel exécute des travaux en Suisse mais n'est pas soumis à l'assurance-accidents obligatoire. Le Conseil fédéral est en outre autorisé à soumettre l'exécution de travaux présentant des dangers particuliers à la preuve d'une formation spécifique et à exiger, pour les constructions complexes présentant des risques potentiels, que soient engagés des spécialistes chargés de planifier et de coordonner les mesures à prendre (voir art. 81 ss).

Sur le principe, rien n'est changé à la situation de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST). Cependant, elle ne fait plus qu'établir le budget relatif à l'affectation du supplément de primes, mais adopte également le compte séparé tenu par la CNA. En outre, sa composition est revue.

### **2.1.3.9 Financement**

#### **Généralités**

Le système financier en vigueur est maintenu dans son principe. L'assurance-accidents obligatoire continue d'être financée par des primes aussi conformes au risque que possible et, comme jusqu'ici, il n'est pas prévu de subvention des pouvoirs publics. Cependant, étant donné que le montant des primes dépend non seulement du risque mais, aussi du système financier, certaines dispositions de loi concernant les systèmes de financement sont modifiées.

#### **Financement des prestations de courte durée et des rentes**

Pour les prestations d'assurance dites de courte durée (frais de soins, indemnités journalières), le système de financement en vigueur est celui de la répartition des dépenses, système dans lequel les prestations sont financées au moment où elles sont versées. Il s'agit à vrai dire d'une forme mixte de ce système, car il est prescrit que les assureurs constituent des réserves «suffisantes» pour couvrir les dépenses générées au-delà de l'année civile en cours. En pratique, la CNA, les assureurs privés et les caisses-maladie fixent chacun à leur manière ce qui est «suffisant».

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAA, la CNA jugeait suffisante une réserve comprise entre 25 et 33 ⅓ % des dépenses annuelles pour les prestations de courte durée. Mais depuis 1984, le contexte a changé pour la CNA (changement de la structure économique). Les risques d'un financement selon le système de répartition des dépenses se sont manifestés clairement au début des années 90. Depuis lors, la CNA s'efforce de financer l'intégralité des besoins en matière de prestations de courte durée, tant dans l'assurance des accidents professionnels que dans celle des accidents non professionnels. Fin 2006, l'objectif était atteint à 88 % (224 % des dépenses d'une année). Dans l'assurance facultative et dans l'assurance des personnes au chômage, les réserves ont toujours été constituées à hauteur des besoins.

Pour leur part, les assureurs privés ont considéré dès le début de leur pratique de l'assurance-accidents obligatoire que, dans un système de concurrence, la notion de réserves «suffisantes» devait être interprétée comme «couvrant l'intégralité des besoins en prestations de courte durée». Quant aux caisses-maladie, elles imputent aujourd'hui aux réserves pour prestations d'assurance de courte durée, en règle générale, environ 60 % des dépenses d'une année.

Dans sa conception actuelle, le système de répartition des dépenses part de l'hypothèse d'un effectif d'assurés sûr et constant (pérennité). Avec la tendance actuelle à une concurrence accrue, cette pérennité n'est toutefois plus garantie. Elle ne l'est même plus tout à fait pour la CNA. C'est pourquoi le Conseil fédéral propose de passer, pour les prestations d'assurance de courte durée, du système de répartition des dépenses au système de couverture des besoins (voir art. 90, al. 1).

Le système qui s'applique au financement des rentes d'invalidité et de survivants est, comme jusqu'ici, celui de la répartition des capitaux de couverture, avec constitution de réserves mathématiques suffisantes. Il s'agit d'une variante du système de capitalisation pure.

### **Financement des allocations de renchérissement**

Selon le droit en vigueur, les allocations de renchérissement sont financées par des excédents d'intérêts sur les capitaux de couverture et, dans la mesure où ceux-ci ne suffisent pas, selon le système de répartition des dépenses, les assureurs prélevant au besoin un supplément de prime destiné aux allocations qui ne sont pas financées par des excédents d'intérêts (art. 90, al. 3, actuel). Pareil système implique une certaine pérennité de l'effectif des assurés, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour les assureurs désignés à l'art. 68 LAA.

Pour éviter que chaque société d'assurances doive financer la totalité du risque lié au renchérissement et que l'arrivée sur le marché de nouveaux assureurs fausse le jeu de la concurrence, les assureurs privés qui participent à la gestion de la LAA proposent de reprendre le système qu'ils ont institué dès l'entrée en vigueur de la LAA et d'ancrer dans la loi le fonds destiné à garantir les rentes futures. Cette solution correspond d'ailleurs à une motion déposée par le conseiller national Hochreutener et acceptée par le Conseil fédéral et le Parlement. Il s'agit avant tout d'obliger les assureurs à tenir un compte séparé pour le financement des allocations de renchérissement et de désigner une institution chargée d'établir un compte global de toutes les provisions pour allocations de renchérissement, de régler le versement de montants compensatoires entre assureurs lorsque les provisions de l'un ou l'autre d'entre eux présentent un solde négatif et de fixer le supplément de prime pour tous les assureurs privés lorsque, selon le compte global, les soldes de provisions ne suffisent plus à constituer le capital nécessaire. L'institution désignée devrait en outre avoir la compétence de rendre des décisions. Le Conseil fédéral propose de confier à la caisse supplétive LAA les tâches citées plus haut. Ce système offre des avantages par rapport à la solution présentée dans la motion précitée, laquelle impliquerait la désignation d'une association avec participation obligatoire des assureurs. En effet, la caisse supplétive existe déjà et les assureurs désignés à l'art. 68 sont tenus de participer à son financement. Elle est en outre constituée sous la forme d'une fondation placée sous la surveillance de la Confédération et composée paritairement de représentants des assureurs et des organisations d'employeurs et de travailleurs. En outre, elle peut rendre des décisions (voir art. 90a).

En ce qui concerne le financement des allocations de renchérissement dans l'assurance-accidents des personnes au chômage, le principe énoncé à l'art. 90, al. 3, dans sa teneur actuelle doit en principe rester applicable. Attendu qu'il n'y a pas non plus pérennité de l'effectif des assurés, leur nombre pouvant en effet subir de fortes variations, le système de répartition des dépenses ne peut toutefois pas être appliqué tel quel. En cas de réduction massive de l'effectif des assurés, autrement dit en cas de net recul du chômage, le système de financement prévu par l'art. 90, al. 3, actuel risquerait de soumettre les chômeurs restants à une charge qui ne serait pas raisonnablement exigible. Ils devraient en effet cofinancer, par des suppléments de prime peut-être considérables, les allocations de renchérissement pour les rentes servies à d'autres chômeurs précédemment victimes d'accidents ou à leurs survivants. Comme cette solution serait difficile à justifier et à mettre en pratique, la CNA a déjà opté pour un système de financement qui réduit, mais n'élimine pas complètement, le rapport de dépendance avec la pérennité de l'effectif. Un fonds pour le financement des allocations de renchérissement de l'assurance-accidents des personnes au chômage a été créé à la fin des années 90; il est alimenté par les excédents d'intérêts des capitaux de couverture des rentes de l'assurance-accidents des personnes au chômage. Dès qu'une adaptation des rentes au renchérissement est décidée par le Conseil fédéral, la CNA prélève sur ce fonds les moyens nécessaires pour augmenter le capital de couverture à hauteur de l'allocation de renchérissement capitalisée (système de répartition des capitaux de couverture). Pour l'heure, ce fonds suffit à fournir le capital de couverture nécessaire afin de financer les allocations de renchérissement pour les rentes fixées jusqu'ici. Mais avec le temps, les allocations de renchérissement vont se cumuler et croître de manière plus ou moins exponentielle pour toute la durée de vie des rentiers. Simultanément, en raison de l'âge croissant de ces derniers, les excédents d'intérêts ne vont cesser de fondre par suite de la diminution des capitaux de couverture, ce qui, faute de pérennité, aboutira à une forte baisse des recettes du fonds actuel. Il est donc plus que vraisemblable qu'à l'avenir, les allocations de renchérissement devront aussi être financées partiellement par des primes de répartition (suppléments de primes).

Les primes de répartition ne peuvent pas être perçues exclusivement auprès des personnes au chômage, qui doivent déjà acquitter une prime d'assurance nettement plus élevée que la moyenne des autres assurés (voir ch. 2.1.3.5). Ces primes ne peuvent pas non plus être prélevées uniquement auprès des assurés de la CNA, car l'assurance-accidents des personnes au chômage inclut aussi des personnes qui, avant d'être au chômage, étaient assurées contre les accidents auprès de l'un des assureurs désignés à l'art. 68 LAA. Compte tenu des montants relativement modestes en jeu – environ huit millions de francs – et des frais administratifs importants que d'autres solutions impliquent, le Conseil fédéral propose que les primes de répartition soient financées par l'assurance-chômage (voir art. 90c).

### **Assureurs désignés à l'art 68 LAA: suppression du tarif de primes commun**

Depuis l'entrée en vigueur de la LAA en 1984, la plupart des assureurs privés et des caisses-maladie actives dans le secteur de l'assurance-accidents obligatoire ont appliqué un tarif de primes établi en commun. Celui-ci a été édicté par l'Association suisse d'assurances (ASA) à titre de recommandations. Suite à la révision de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les cartels (LCart)<sup>10</sup>, les autorités de la concurrence et

<sup>10</sup> RS 251

l'ASA sont convenu qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, l'ASA cesserait d'édicter des recommandations quant au tarif commun LAA. Par conséquent, les différents assureurs LAA doivent élaborer leur propre tarif de primes.

La suppression du tarif de primes commun place les assureurs LAA, mais aussi les organes de surveillance en matière de LAA, devant une situation totalement inédite. Il convient cependant de garantir que la fixation des primes dans le domaine de l'assurance-accidents continue à fonctionner suivant le principe de la transparence.

Le dispositif actuel, selon lequel les assureurs désignés à l'art. 68, al. 1, let. a et c, doivent rendre des décisions lors du classement initial des entreprises et des assurés dans les classes et degrés des tarifs de primes et lors de la modification dudit classement, est obsolète et doit être abrogé. Pour que la concurrence puisse jouer pleinement son rôle, il convient en effet de donner aux preneurs d'assurance (les employeurs) la possibilité de résilier le contrat en cas de modification du classement dans les classes et degrés des tarifs des primes ou de modification du tarif des primes (voir art. 59a, al. 2).

### **2.1.3.10                   Autres innovations**

Comme il a été rappelé en introduction, la législation sur l'assurance-accidents n'a pas été fondamentalement modifiée depuis plus de 25 ans. Certaines règles doivent dès lors être adaptées à l'expérience pratique, à l'évolution du droit et aux réglementations introduites entre-temps dans d'autres assurances sociales; elles doivent également être modernisées.

#### **Obligation d'allouer les prestations en cas de rechute ou de séquelles tardives**

En cas de rechutes ou de séquelles tardives consécutives à plusieurs accidents assurés par des assureurs différents, il arrive que, faute de réglementation dans le droit actuel, les assureurs ne s'entendent ni sur la question de la répartition des coûts ni sur celle de savoir qui va gérer le dossier. Le Conseil fédéral doit donc être autorisé à édicter des dispositions complémentaires réglant l'obligation de verser des prestations ainsi que la coopération entre les assureurs en pareilles circonstances.

#### **Litiges entre assureurs-accidents**

De jurisprudence constante, un assureur-accidents qui s'estime incompétent n'a pas qualité d'autorité revêtu du pouvoir de décision à l'égard d'un autre assureur LAA ou de la caisse supplétive. De ce fait, par exemple, il ne peut pas rendre une décision afin de contraindre un autre assureur à lui rembourser des prestations avancées à un assuré. En cas de litige entre assureurs-accidents sur le point de savoir lequel d'entre eux a l'obligation d'allouer des prestations dans un cas d'espèce, l'assureur qui a pris le cas en charge et qui veut exiger la restitution intégrale ou partielle des prestations doit saisir l'OFSP. Celui-ci doit trancher, par une décision, la question de savoir lequel des assureurs est tenu d'allouer ses prestations selon le droit matériel et, le cas échéant, dans quelle mesure.

Cette réglementation ne donne toutefois pas satisfaction. Les contestations entre assureurs portent souvent en effet sur la question de savoir quel rôle causal joue ou a joué tel ou tel accident dans l'atteinte à la santé d'un assuré. Or, ces relations relèvent fréquemment de questions d'ordre médical, habituellement difficiles à trancher

sans enquêtes préalables, ce qui exige des moyens d'investigation dont l'OFSP ne dispose pas. Aussi est-il prévu, par analogie avec l'art. 87 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)<sup>11</sup>, que le tribunal des assurances du canton du domicile de l'assuré sera à l'avenir compétent en cas de litiges entre assureurs-accidents sur le point de savoir lequel d'entre eux a l'obligation d'allouer des prestations dans un cas particulier. L'OFSP continuera en revanche à statuer, en sa qualité d'autorité de surveillance, sur les autres contestations entre assureurs, notamment celles qui ont trait à l'application des accords de collaboration entre assureurs-accidents au sens de l'art. 70, al. 2, LAA, en cas de fusion ou de transfert de portefeuilles.

## 2.2 Commentaire article par article

### *Art. 1, al. 2, let. c et d (nouvelle)*

La présente disposition précise le domaine de validité de la LPGA pour l'assurance-accidents. Attendu que les tribunaux cantonaux des assurances ont désormais la compétence de trancher les litiges entre assureurs-accidents portant sur la question de savoir lequel d'entre eux a l'obligation d'allouer des prestations dans un cas d'espèce (art. 78a, al. 1), il convient de préciser que la non-application de la LPGA ne concerne que la procédure régissant les conflits entre assureurs au sens de l'art. 78a, al. 2. Vu l'introduction de l'art. 82a, qui a trait aux procédures de reconnaissance des cours de formation et à l'octroi des attestations de formation, sujets qui ne relèvent pas du droit des assurances, il y a lieu en outre de compléter la liste des domaines non couverts par la procédure que prévoit la LPGA. Dans ces deux cas, c'est en effet la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA)<sup>12</sup> qui est déterminante.

### *Art. 1a, al. 1*

La LAA ne contient pas aujourd'hui de disposition explicite selon laquelle les personnes au chômage sont assujetties elles aussi à titre obligatoire à l'assurance contre les accidents. Cette obligation ne résulte en effet qu'indirectement de l'art. 22a, al. 4, LACI. La disposition proposée (let. b) comble ainsi une lacune en ancrant dans la loi l'assurance des personnes au chômage (voir ch. 2.1.3.5).

La lettre *a* correspond à la réglementation actuelle.

### *Art. 3 Début, fin et suspension de l'assurance*

*Al. 1:* Comme dans la réglementation actuelle, l'assurance commence à produire ses effets en règle générale dès le jour où commence ou aurait dû commencer le travail en vertu de l'engagement, mais au plus tard dès le moment où le travailleur se met en chemin pour se rendre à son lieu de travail. Pour les personnes au chômage, elle produit ses effets dès le jour où ces personnes peuvent prétendre à une indemnité de l'assurance-chômage. Le Conseil fédéral a la compétence de déterminer quand doit débiter l'assurance dans des cas spéciaux, notamment lorsque le rapport de travail commence par des vacances ou des jours fériés (on pense notamment au personnel

<sup>11</sup> RS 832.10

<sup>12</sup> RS 172.021

enseignant sous contrat depuis le 1<sup>er</sup> août, mais qui ne commence son activité professionnelle qu'après les vacances scolaires). Cette solution permet de donner suite à un vœu exprimé en procédure de consultation sans modifier profondément le système actuel, qui a fait ses preuves.

*Al. 2:* Il arrive régulièrement que des lacunes de couverture se produisent si un mois s'écoule entre la fin de l'ancien rapport de travail et le début du nouveau. Selon l'art. 3, al. 2, dans sa teneur actuelle, la couverture des accidents non professionnels cesse en effet à l'expiration du 30<sup>e</sup> jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins. Ce délai ne suffit pas dans tous les cas à garantir une couverture sans lacune jusqu'à la reprise du nouveau travail. Celui qui par exemple quitte un emploi le 30 juin et en reprend un autre le 1<sup>er</sup> août a une lacune de couverture de deux jours: le 31 juillet, parce que ce jour n'est pas compris dans le délai de 30 jours, et le 1<sup>er</sup> août, parce que c'est un jour férié et que le travail ne reprend que le 2 août. En raison de la situation décrite ci-dessus, le délai de 30 jours prévu à l'al. 2 est remplacé par un délai de 31 jours qui vaut aussi pour les personnes au chômage. Combinée avec la solution proposée à l'al. 1, cette réglementation permet de combler les lacunes de couverture les plus problématiques.

*Al. 3:* La règle actuelle, selon laquelle l'assurance peut être prolongée par convention spéciale pendant 180 jours au plus, est souvent source d'insécurité juridique. Aussi convient-il de remplacer la durée maximale de «180 jours» par «six mois».

*L'al. 4* correspond à l'actuel al. 4.

*Al. 5:* Depuis l'introduction de l'art. 22a, al. 4, LACI en 1996, le rapport d'assurance né d'un rapport de travail n'est plus prolongé pour les personnes au chômage, comme le prévoit encore la réglementation actuelle, mais un nouveau rapport d'assurance est fondé, dans lequel les dispositions applicables ne sont plus exactement les mêmes que dans le rapport d'assurance précédent. Compte tenu de l'art. 1a, al. 1, let. b, la disposition doit être modifiée en conséquence.

#### *Art. 6, al. 2*

Il s'avère extrêmement difficile en pratique d'apporter la preuve de lésions semblables aux conséquences d'un accident (voir ch. 2.1.2). C'est pourquoi l'existence d'une telle lésion, et donc sa prise en charge par l'assurance-accidents, ne doit pas dépendre de la survenance d'un facteur extérieur. Une lésion corporelle doit présumée être à la charge de l'assurance-accidents du seul fait qu'elle figure dans la liste de l'art. 6, al. 2. L'assureur peut toutefois se libérer de son obligation d'allouer des prestations s'il parvient à prouver que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie.

#### *Art. 8, al. 3 (nouveau)*

Comme il a été indiqué dans la partie générale (ch. 2.1.2), il s'agit ici d'ancrer dans la loi une pratique retenue par les assureurs. Faire supporter à l'assurance des accidents non professionnels les risques liés à l'exercice d'une activité lucrative indépendante non assurée à titre facultatif est raisonnable. Les coûts sont par ailleurs relativement limités du fait que les prestations en espèces ne sont versées qu'à hauteur du revenu assuré, le gain relatif à l'activité indépendante n'étant, en pareil cas, pas pris en considération (voir art. 15).

*Art. 10, al. 1, let. a et c, 2 et 3, 2<sup>e</sup> phrase*

Afin de faciliter la coordination avec l'assurance-maladie, il convient d'harmoniser certaines notions de la LAA avec celles de la LAMal. Dans sa teneur actuelle, la LAA utilise les termes d'établissement hospitalier, d'hôpital et d'établissement de cure. Dorénavant, il ne sera question que d'hôpitaux et d'établissements de cure. La notion d'établissement hospitalier est remplacée par celle d'hôpital. Sous ce terme sont nouvellement comprises les cliniques de réhabilitation qui, selon la législation actuelle, sont considérées comme des établissements de cure. La notion d'établissement de cure ne concerne dorénavant plus que les établissements de cures complémentaires et de cures de bain. Pareille harmonisation implique des adaptations au niveau de l'ordonnance d'application.

*Al. 1, let. a:* Le traitement ambulatoire en milieu hospitalier ne figure pas dans la version actuelle de cette disposition, bien qu'il s'agisse en pratique d'une importante catégorie de prestations. Il doit donc être mentionné dans la loi, ne serait-ce que pour donner une base légale aux conventions tarifaires sur les prestations ambulatoires à l'hôpital. Ces conventions, qui sont indispensables, existent déjà en pratique.

*Al. 3:* Au vu des engagements internationaux de la Suisse, le Conseil fédéral ne peut pas limiter l'octroi de soins à domicile lorsque l'assuré remplit les conditions du droit à ces prestations (voir ch. 2.1.3.1). C'est pourquoi le passage «et la mesure dans laquelle ceux-ci sont couverts» est supprimé. Par ailleurs, la notion de «soins à domicile» est remplacée par celle d'«aide et de soins à domicile».

*Art. 14, al. 2*

Les frais d'ensevelissement qui doivent être remboursés sont calculés depuis 1984 sur la base du montant maximal du gain journalier assuré. Ils sont doublés par rapport au montant actuel pour tenir compte de l'évolution du coût de la vie.

*Art. 15, al. 2, 2<sup>bis</sup> (nouveau) et 3, 2<sup>e</sup> phrase*

*Al. 2 et 2<sup>bis</sup>:* L'ordonnance d'application prévoit aujourd'hui que si l'assuré est au service de plus d'un employeur, le total des salaires est déterminant pour le calcul des indemnités journalières et des rentes. Par souci de clarté, cette règle figurera désormais dans la loi. Elle s'applique aussi lorsque l'intéressé n'est pas couvert pour les accidents non professionnels chez tous ses employeurs ou qu'il exerce, à côté de son activité salariée, une activité lucrative indépendante pour laquelle il s'est assuré à titre facultatif conformément à l'art. 4. Etant donné que l'assurance-accidents des personnes au chômage est désormais ancrée dans la loi, il faut en outre que celle-ci définisse le gain déterminant pour le calcul des indemnités journalières et des rentes de ces personnes. Sur ce point, la solution proposée est reprise de l'ordonnance d'application actuelle.

*Al. 3, 2<sup>e</sup> phrase:* Les primes et les prestations en espèces de l'assurance-accidents obligatoire sont calculées sur la base d'un salaire plafonné. A l'heure actuelle, celui-ci est fixé de telle sorte qu'en règle générale, au moins 92 %, mais pas plus de 96 % des travailleurs assurés soient couverts pour le gain intégral. Pour les raisons invoquées au ch. 2.1.3.2, cette fourchette se situera désormais entre 90 et 95 % des travailleurs assurés.

*Art. 16, al. 1<sup>bis</sup> et 4*

Le Conseil fédéral doit déterminer les cas dans lesquels, afin de prévenir des lacunes d'assurance ou des difficultés administratives, il se justifie que l'assuré ait droit à des indemnités journalières même s'il ne subit pas concrètement une perte de gain pendant son incapacité de travail (voir ch. 2.1.3.2).

L'al. 4 correspond à la règle actuelle figurant à l'art. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage, règle dont l'importance justifie qu'elle soit insérée dans la LAA.

*Art. 17, al. 2 et 3*

L'indemnité journalière octroyée aux personnes au chômage correspond, comme aujourd'hui, au montant net de l'indemnité de chômage et non pas aux 80 % du gain assuré. La réglementation, figurant jusqu'ici au niveau de l'ordonnance d'application, selon laquelle l'indemnité journalière de l'assurance-accidents ne doit pas dépasser celle de l'assurance-chômage est ainsi ancrée dans la loi.

Compte tenu des moyens informatiques dont disposent les assureurs, le Conseil fédéral a renoncé, il y a une dizaine d'années déjà, à établir des tables pour déterminer les indemnités journalières; n'étant pas appliqué, l'al. 3 actuel peut donc être abrogé.

*Art. 20, al. 2<sup>bis</sup> et 2<sup>ter</sup> (nouveaux)*

Selon le droit en vigueur, les rentes d'invalidité, de vieillesse et de survivant dues ou versées par des régimes de sécurité sociale étrangers ne sont pas prises en compte dans le calcul des rentes complémentaires. Il est donc possible qu'une personne ayant cotisé plusieurs années à l'étranger avant de venir travailler en Suisse touche, en cas d'accident, une rente étrangère en sus d'une rente complémentaire au sens de l'art. 20, al. 2. Cette situation peut, selon les cas, conduire à une surindemnisation considérable. C'est pourquoi le nouvel al. 2<sup>bis</sup> prévoit que les rentes d'invalidité, de vieillesse et de survivant dues ou versées par un régime étranger seront prises en compte dans le calcul des rentes complémentaires.

A l'heure actuelle, les rentes d'invalidité (rentes de base et rentes complémentaires) de l'assurance-accidents obligatoire sont en principe versées sans changements au delà de l'âge de la retraite. Il peut en résulter des cas de surindemnisation (voir ch. 2.1.3.2). Aussi le nouvel al. 2<sup>ter</sup> prévoit-il qu'au moment où l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite selon l'AVS, la rente d'invalidité et la rente complémentaire de l'assurance-accidents, allocations de renchérissement comprises, seront réduites en fonction de l'âge qu'il avait lors de l'accident.

*Art. 22 Révision des rentes*

Les rentes d'invalidité de l'assurance-accidents obligatoire ne sont plus révisées si l'on peut supposer que l'ayant droit a définitivement quitté la vie active. C'est toujours le cas lorsqu'il atteint l'âge ordinaire de la retraite selon l'AVS ou que celle-ci lui alloue une rente de vieillesse entière avant cet âge. Pour éviter que la LAA doive être modifiée à chaque révision de l'AVS, la nouvelle teneur de l'art. 22 ne se réfère plus à un âge exprimé en années.



*Art. 24, al. 2, 2<sup>e</sup> phrase (nouvelle)*

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est en principe fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est achevé. Le Conseil fédéral peut établir une règle différente pour des cas spéciaux. Cela vaut en particulier pour les personnes atteintes d'asbestose. Cette maladie ne peut en effet être constatée que plusieurs années après l'exposition à l'amiante. Le plus souvent, aucune rente d'invalidité n'est allouée. En outre, le traitement médical se poursuit jusqu'au décès. Aussi les assurés en question ne peuvent-ils toucher une indemnité pour atteinte à l'intégrité que si une règle spéciale a été édictée à cet effet (voir aussi ch. 2.1.3.2).

*Art. 26, al. 2 (nouveau)*

A l'instar de ce qui est prévu dans les autres assurances sociales, le début et la fin du droit à l'allocation pour impotent seront fixés dans la loi. Ils font actuellement l'objet d'une disposition d'ordonnance, elle-même fondée sur une base légale rudimentaire.

Le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel l'assuré est devenu durablement impotent ou le premier jour du mois qui suit douze mois d'impotence de l'assuré sans interruption notable. Cette règle tient compte du fait que les allocations pour impotent sont, comme les rentes, des prestations à long terme. Le besoin passager d'assistance donne lieu à des prestations d'aide et de soins à domicile.

Quant à la fin du droit à l'allocation pour impotent, elle fait l'objet d'une disposition d'ordonnance (art. 37, 2<sup>e</sup> phrase, OLAA) qui fait sens et peut être élevée au niveau de la loi.

*Art. 27*                    Montant

La loi dispose que l'allocation mensuelle pour impotent s'élève au moins au double et au plus au sextuple du gain journalier maximum assuré. Le projet de modification précise qu'il s'agit du gain journalier maximum assuré au moment où l'allocation pour impotent est octroyée, et non pas du gain journalier maximum assuré lors de l'accident.

*Art. 29 et 29a (nouveau)*

Pour des raisons de technique législative, l'art. 29 actuel est scindé en deux dispositions de façon à séparer le droit du conjoint survivant, d'une part, de la naissance et l'extinction dudit droit, d'autre part.

*Art. 29*                    Droit du conjoint survivant

L'al. 2 actuel est abrogé car il n'est plus en adéquation avec le droit matrimonial et n'est pas conforme au droit international. Selon le nouveau droit matrimonial, la publication des bans a en effet été supprimée au profit d'une demande en vue du mariage formulée par écrit par les futurs époux devant l'officier d'état civil du domicile de l'un d'eux. Par ailleurs, le droit international (Convention OIT n° 102<sup>13</sup>

et CESS<sup>14</sup>) ne prévoit pas de telles conditions pour l'ouverture du droit du conjoint survivant aux prestations de survivants. La seule possibilité admise par ces conventions pour réduire ou refuser des prestations au conjoint survivant est le cas où celui-ci vit en concubinage.

Les nouveaux al. 2 et 3, qui correspondent à l'al. 3 actuel, maintiennent le principe selon lequel le conjoint survivant a droit à une rente s'il est atteint d'une incapacité de gain permanente ou s'il devient invalide dans les deux ans qui suivent le décès de l'assuré. Le taux d'invalidité requis – aujourd'hui deux-tiers au moins – est toutefois adapté à la réglementation en vigueur dans l'AI, selon laquelle il faut être invalide à 70 % pour pouvoir prétendre à une rente entière d'invalidité.

L'al. 4 correspond à l'al. 4 actuel.

Non conforme au droit international, l'al. 5 actuel est abrogé. Il n'est en effet pas possible, en vertu du droit international, de réduire ou de refuser des prestations au conjoint survivant si celui-ci a gravement manqué à ses devoirs envers les enfants.

L'al. 6 actuel est déplacé à l'art. 29a (nouveau), qui règle la naissance et l'extinction du droit du conjoint survivant.

*Art. 29a (nouveau)*                      Naissance et extinction du droit

Cette disposition, qui traite de la naissance et de l'extinction du droit du conjoint survivant, reprend pour l'essentiel la réglementation de l'art. 29 actuel.

*Art. 31, al. 4<sup>bis</sup> (nouveau)*

Comme dans les cas d'invalidité (art. 20, al. 2<sup>bis</sup> nouveau), les rentes de même nature servies par des assurances sociales étrangères doivent être prises en compte dans le calcul des rentes complémentaires de survivants.

*Art. 34a (nouveau)*                      Allocations de renchérissement dans l'assurance facultative

Il ne s'agit pas à proprement parler d'une innovation. La présente disposition reprend en effet dans la loi la réglementation contenue jusqu'ici dans l'ordonnance d'application. Cette inscription dans la loi rejoint les vœux exprimés par certains participants à la consultation et règle de manière claire et nette la question de l'octroi des allocations de renchérissement dans cette branche de l'assurance-accidents.

*Art. 37, al. 3*

Contrairement à l'art. 21, al. 1, LPGA, qui sanctionne pourtant un comportement plus grave, la présente disposition prévoit, dans sa teneur actuelle, la possibilité de réduire les prestations en espèces de manière définitive, et non pas seulement temporaire, si l'assuré a provoqué l'accident en commettant, de façon non intentionnelle, un crime ou un délit. En théorie, la sanction pourrait donc être plus lourde en cas d'incendie par négligence qu'en cas d'incendie intentionnel. Pour supprimer cette incohérence, d'ailleurs contraire à la volonté du législateur, qui souhaitait le maintien de la norme antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, l'al. 3 est modifié de

<sup>14</sup> RS 0.831.104

façon à ce que les prestations en espèces puissent être réduites de manière définitive, que l'assuré ait provoqué l'accident en commettant le crime ou le délit intentionnellement ou non.

En ce qui concerne les survivants de la victime d'un accident mortel, la réglementation actuelle aboutit à ce paradoxe que les prestations en espèces ne peuvent pas être réduites si les survivants ont provoqué la réalisation du risque en commettant un crime ou un délit de façon non intentionnelle (art. 21, al. 2, LPGA, a contrario), mais peuvent l'être si l'assuré a provoqué l'accident de la même façon (dernière phrase de l'art. 37, al. 3, LAA actuel). Pour remédier à cette inconséquence, il est proposé de ne pas réduire les prestations de survivants dans tous les cas où l'assuré a provoqué l'accident en commettant un crime ou un délit de façon non intentionnelle.

#### *Art. 45, al. 2<sup>bis</sup> (nouveau)*

La première condition pour qu'un cas d'accident soit bien réglé est que la déclaration d'accident soit établie aussi vite que possible. Vu la situation particulière des personnes au chômage, une règle spéciale s'avère nécessaire. Comme les autres assurés, ces personnes ne doivent toutefois aviser qu'un seul organe. Ainsi, la personne au chômage peut remettre la déclaration à l'assurance-chômage, qui la fera suivre à l'assureur-accidents, à savoir la CNA, ou la transmettre directement à l'assureur. Si l'accident provoque le décès de l'assuré, cette obligation incombe aux survivants qui ont droit à des prestations d'assurance.

#### *Art. 51 (nouveau) Carte d'assuré*

L'art. 42a LAMal habilite le Conseil fédéral à prévoir pour chaque personne assurée contre la maladie une carte d'assuré portant son nom et son numéro AVS. Dans l'ordonnance du 14 février 2007 sur la carte d'assuré pour l'assurance obligatoire des soins<sup>15</sup>, le Conseil fédéral prescrit à tous les assureurs-maladie d'établir une telle carte pour chaque personne soumise à l'assurance obligatoire des soins. La carte d'assuré sert à la facturation (art. 42a, al. 2, LAMal). L'assuré peut librement faire enregistrer sur sa carte d'autres données (art. 42a, al. 4, LAMal), qui permettront aux fournisseurs de soins de disposer, lors d'une consultation ou en cas d'urgence, d'informations essentielles sur sa personne et son état de santé.

La nouvelle réglementation autorise les fournisseurs de soins à utiliser la carte d'assuré lorsqu'ils traitent des patients victimes d'accidents. Il n'entraîne aucune dépense supplémentaire pour les assureurs-accidents.

#### *Art. 53 Qualifications*

*Al. 1:* Jusqu'ici, les qualifications que doivent avoir les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les chiropraticiens pour pratiquer à la charge de l'assurance-accidents étaient énumérées de façon exhaustive à l'al. 1. Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2007, est cependant déterminante la réglementation prévue par la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires<sup>16</sup>. C'est pourquoi la disposition en cause doit être adaptée. Comme jusqu'à présent, les médecins munis d'une

<sup>15</sup> RS 832.105

<sup>16</sup> RS 811.11

autorisation cantonale de dispenser des médicaments sont assimilés aux pharmaciens dans les limites de cette autorisation.

*Al. 2:* Pendant longtemps, la plupart des services de transport et de sauvetage étaient intégrés aux hôpitaux. De nos jours, ce sont de plus en plus des entités autonomes. Afin que les assureurs-accidents puissent aussi conclure des conventions tarifaires avec les entreprises de transport et de sauvetage, celles-ci doivent pouvoir être autorisées à exercer leur activité de manière indépendante, comme c'est déjà le cas dans l'assurance-maladie. Pour le surplus, les notions contenues dans cet article sont adaptées aux modifications apportées à l'art. 10.

#### *Art. 55* Exclusion

Les notions contenues dans cet article sont adaptées aux modifications apportées à l'art. 10.

#### *Art. 56*

*Al. 1:* La réglementation proposée correspond largement au texte actuel. Toutefois, la dernière phrase a été transférée dans l'al. 3 remanié, car elle ne concerne que la rémunération du traitement ambulatoire.

*Al. 2:* Lors de l'introduction de la LAA, les assureurs-accidents ont institué une commission des tarifs médicaux LAA, chargée de préparer et de conclure les conventions tarifaires et de régler en commun d'autres questions liées à l'établissement des tarifs médicaux. La commission sera désormais mentionnée dans la loi en tant que comité. Afin que la coordination avec d'autres assurances sociales soit assurée, des représentants de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité participent à ses séances.

*Al. 3:* Cet alinéa règle la rémunération des traitements ambulatoires. Le principe figurant actuellement à l'art. 70, al. 1, OLAA, selon lequel, dans le domaine ambulatoire, les conventions de collaboration et les conventions tarifaires doivent être conclues au niveau suisse est élevé au niveau de la loi, car il a fait ses preuves. Par ailleurs, les tarifs médicaux de l'assurance-accidents devront avoir les mêmes structures que ceux de l'assurance-maladie, cela dans la perspective d'une meilleure coordination des tarifs dans les différentes branches d'assurances sociales. Cet objectif est déjà pris en compte aujourd'hui, au travers de la convention TARMED. L'alinéa proposé règle aussi la rémunération des fournisseurs de prestations qui prodiguent des soins ambulatoires à des assurés LAA sans avoir adhéré à la convention applicable.

*Al. 4:* Comme dans le domaine ambulatoire, les structures tarifaires doivent être unifiées dans le secteur hospitalier. On ne peut en effet exiger des hôpitaux qu'ils facturent leurs prestations aux différentes assurances sociales selon des structures tarifaires différentes. Toutefois, les partenaires tarifaires doivent être libres de prendre en compte les besoins particuliers de l'assurance-accidents. C'est pourquoi des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales doivent pouvoir être facturées en plus des forfaits par cas. Le projet fait en outre passer du niveau de l'ordonnance d'application à celui de la loi la réglementation applicable lorsque l'assuré se rend dans un hôpital non conventionné ou dans une autre division que la division commune.

*Al. 5:* Les assureurs seront tenus de participer au financement de l'organisme prévu à l'art. 49 LAMal. La raison en est qu'ils utilisent les structures tarifaires qu'il a élaborées.

Les al. 6 à 8 reprennent pour l'essentiel la réglementation en vigueur. En vue de favoriser la coordination avec l'assurance-maladie, le projet reprend en outre la teneur de l'art. 44, al. 1, LAMal, qui garantit la protection tarifaire.

*Art. 57, al. 1*

Les notions contenues dans cet article sont adaptées aux modifications apportées à l'art. 10.

*Art. 59a (nouveau) Contrat-type*

Le contrat-type utilisé aujourd'hui est réglé au niveau de l'ordonnance d'application et n'a pas de base légale explicite. Cette lacune est comblée par la disposition proposée ici (*al. 1*).

*Al. 2:* Sur la base du contrat-type actuel, les entreprises assurées peuvent résilier leur contrat moyennant un préavis de trois mois avant l'échéance. Par contre, elles n'ont pas cette possibilité en cas de modification des tarifs de primes. Cependant, elles peuvent faire opposition contre le classement initial dans les classes et degrés du tarif des primes, ou contre la modification de ce classement (art. 124, let. d, OLAA). S'il y a une simple modification du taux de primes, les entreprises n'ont alors ni le droit de résilier le contrat, ni la possibilité de faire opposition. Cette réglementation est particulièrement problématique lorsque la modification du taux de primes est communiquée au preneur d'assurance vers la fin octobre (art. 113, al. 3, OLAA), c'est-à-dire après l'expiration du délai de résiliation de fin septembre.

La réglementation en vigueur n'a plus de raison d'être, puisque les assureurs LAA privés se sont engagés vis-à-vis de la Comco à calculer et à appliquer des tarifs de primes propres à chaque compagnie à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007. Face à l'émergence d'un système de concurrence, et notamment dans l'intérêt des preneurs d'assurance, il faut prévoir à l'avenir un droit de résiliation valable également en cas de modification des tarifs (avec ou sans modification du classement dans le tarif des primes), sauf en ce qui concerne les suppléments de primes destinés au financement des allocations de renchérissement (qui sont identiques pour tous les assureurs LAA privés) et ceux destinés à la prévention des accidents (qui sont fixés par le Conseil fédéral).

L'*al. 3* correspond pour l'essentiel à l'*al. 2* de l'art. 93 OLAA.

*Art. 60 Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs*

Dans un système axé sur la compétitivité, avec des tarifs de primes libéralisés (voir ch. 2.1.3.9), il n'est plus imaginable de procéder à des consultations, ne serait-ce qu'en raison de l'information précoce de la concurrence. De plus, les associations concernées risquent de se voir bientôt submergées par une foule de consultations. L'introduction d'un droit de résiliation en cas de modifications de tarifs (voir art. 59a) sert bien mieux les intérêts des entreprises assurées que des consultations. Cependant, à la différence des entreprises assurées auprès d'un assureur privé, celles qui le sont auprès de la CNA ne peuvent pas changer d'assureur si elles ne sont pas

d'accord avec les tarifs. C'est pourquoi la procédure de consultation des associations d'employeurs et de travailleurs soumis à la CNA sera maintenue. Cela se justifie d'autant plus que la réorganisation proposée de la CNA entraînera une réduction du nombre des représentants des partenaires sociaux dans ses organes dirigeants.

*Art. 66, titre, al. 1, let. e, et 3<sup>bis</sup> (nouveau)*

Comme il a été indiqué au ch. 2.1.3.3, certaines entreprises qui travaillent au moyen de machines le métal, le bois, le liège, les matières synthétiques, la pierre ou le verre seront libérées séparément et de manière exhaustive de la soumission à la CNA, cela dans le but de préciser le champ d'activité de celle-ci (*al. 1*).

Il est dorénavant mentionné expressément dans la LAA que toutes les personnes au chômage qui remplissent les conditions posées à l'art. 1a sont assurées contre les accidents auprès de la CNA. Cette disposition fournit par ailleurs la base légale nécessaire dans la LAA pour édicter des prescriptions complémentaires au niveau de l'ordonnance d'application, notamment pour régler la compétence de l'assurance-accidents des personnes au chômage en cas de gain intermédiaire, de chômage partiel ou de mesures relatives au marché du travail. Pour ce faire, on se fondera sur les principes de l'ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage, qui ont globalement donné satisfaction (*al. 3<sup>bis</sup>*).

*Art. 73, al. 2 et 2<sup>ter</sup> (nouveau)*

*Al. 2:* Peu d'années après l'entrée en vigueur de la LAA, les assureurs désignés à l'art. 68 étaient convenus avec la caisse supplétive que celle-ci attribuerait également un assureur à l'employeur qui n'en a pas trouvé. Cet accord avait pour but de prévenir le manque d'assurance et les lacunes de couverture qui peuvent naître d'une résiliation de contrat ou d'un changement d'assureur. Cette pratique (obligation indirecte d'assurer) sera ancrée dans la loi.

*Al. 2<sup>ter</sup>:* Les tâches supplémentaires confiées à la caisse supplétive en vertu des art. 77a et 90a doivent être expressément énumérées.

*Art. 75, al. 1*

La disposition en vigueur accorde aux administrations publiques des cantons, des districts et des communes ainsi qu'à d'autres corporations de droit public la faculté de choisir une seule fois, dans un délai fixé par le Conseil fédéral, entre la CNA et un assureur au sens de l'art. 68. Cette réglementation s'est avérée problématique (voir ch. 2.1.3.4). Désormais, ce droit pourra être exercé tous les trois ans. Cette fréquence est viable. Elle correspond à l'une des variantes usuelles prévues par le contrat-type actuel.

*Art. 76*

Dans sa teneur actuelle, cet article prévoit que le Conseil fédéral examine, spontanément ou sur demande commune des organisations d'employeurs et de travailleurs, s'il paraît indiqué de changer l'attribution de catégories d'entreprises ou de professions à la CNA ou aux assureurs désignés à l'art. 68. Le législateur avait repris sans grands changements, à l'art. 66, la définition du champ d'activité de la CNA qui figurait dans l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA). L'effectif des travail-

leurs soumis à cette institution devait rester à peu près le même. Contrairement à ce qui était le cas dans l'ancien droit, il s'agit aujourd'hui de délimiter le domaine de compétence de la CNA et celui des assureurs au sens de l'art. 68, et non pas de déterminer si les travailleurs d'une entreprise sont assurés ou non. Aussi n'existe-t-il plus de critères permettant de justifier une nouvelle attribution d'entreprises. L'art. 76 doit donc être abrogé.

*Art. 77, al. 2<sup>bis</sup> (nouveau), et 3, let. e et f (nouvelles)*

*Al. 2<sup>bis</sup>:* L'art. 66, al. 1, énumère exhaustivement les entreprises et les administrations qui tombent dans le champ d'activité de la CNA et dont le personnel est assuré auprès d'elle en vertu la loi (art. 59, al. 1). Les personnes que la CNA n'a pas la compétence d'assurer sont assurées sur la base d'un contrat auprès d'une entreprise privée d'assurance, d'une caisse-maladie ou d'une caisse publique d'assurance-accidents (art. 68, al. 1).

La loi ne règle pas le cas dans lequel on découvre tardivement – par exemple lors d'un accident – qu'une entreprise est assurée auprès du «faux» assureur. Il peut en effet arriver qu'une entreprise ait conclu un contrat avec un assureur au sens de l'art. 68, alors qu'elle devrait être assurée par la CNA, ou qu'elle soit assurée auprès de la CNA alors qu'elle n'entre pas dans son domaine de compétence. Il peut arriver aussi que l'activité d'une entreprise ait tellement évolué avec le temps que cette entreprise ne relève plus du bon assureur et que cela n'apparaisse qu'à l'occasion d'un accident. Dans de tels cas, l'assureur chargé d'allouer les prestations sera celui qui prélevait des primes au moment de l'accident. Le projet entérine donc la pratique actuelle, qui offre une solution pragmatique, et non le traitement rétroactif du cas par le nouvel assureur. Les assureurs concernés fixent d'un commun accord une date postérieure à la survenance de l'accident pour le transfert de l'entreprise auprès de l'assureur compétent.

*Al. 3, let. e:* Faute de dispositions légales pertinentes, il arrive qu'en cas de rechutes ou de séquelles tardives consécutives à plusieurs accidents couverts par différents assureurs, ceux-ci ne parviennent pas à s'entendre sur la répartition des coûts ni sur la question de savoir qui va gérer le dossier. On pourrait imaginer que, dans de telles situations, les coûts soient répartis en fonction du nombre d'assureurs concernés et que le dossier soit géré par l'assureur compétent pour le dernier accident. Il est proposé que le Conseil fédéral édicte les règles nécessaires dans le cadre des dispositions d'exécution relatives à l'obligation d'allouer les prestations et à la collaboration des assureurs.

*Al. 3, let. f:* La législation en vigueur ne contient aucune disposition sur l'obligation d'avancer les prestations en cas de litige entre assureurs-accidents (voir art. 78a). L'assuré n'a pas à supporter jusqu'à droit connu les conséquences du manque de preuve et des divergences de vue entre assureurs lorsque l'atteinte à sa santé ne peut, pour des raisons médicales, pas être clairement attribuée aux divers accidents subis, mais que l'existence d'un lien de causalité avec un accident est établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Selon la jurisprudence, le dernier assureur compétent est tenu d'avancer les prestations. Le Conseil fédéral est habilité à régler la question dans ce sens.

*Art. 77a (nouveau)* Grands sinistres

Les raisons qui ont amené à proposer un montant limite ont été exposées au ch. 2.1.3.6. Les grands sinistres ne sont pas définis en tant que tel, mais bien par rapport au montant du dommage qu'ils causent. Il est très important que peu après un événement qui, selon toute probabilité, sera classé comme grand sinistre, les informations nécessaires soient transmises à un organisme central de collecte de données. Pour les assureurs désignés à l'art. 68, il s'agira de la caisse supplétive.

*Art. 78a* Litiges entre assureurs-accidents

Comme indiqué sous ch. 2.1.3.10, les tribunaux cantonaux seront chargés de trancher les litiges entre assureurs-accidents sur la question de savoir lequel d'entre eux est tenu d'allouer les prestations dans un cas d'espèce.

*Art. 81, al. 1*

D'après la formulation actuelle de cette disposition, les prescriptions sur la sécurité au travail s'appliquent à toutes les entreprises qui emploient des travailleurs en Suisse. Mais elle ne répond pas clairement à la question de savoir si les entreprises étrangères qui détachent des travailleurs en Suisse sont également soumises à ces prescriptions. Le texte proposé précise sans équivoque qu'elles le sont. Ce faisant, il contribue à la sécurité au travail de tous les travailleurs occupés en Suisse et permet à toutes les entreprises de se faire concurrence dans les conditions les plus équitables possibles.

*Art. 82a (nouveau)* Travaux présentant des dangers particuliers

L'utilisation d'engins de travail entraîne en moyenne chaque année 14 cas de décès et 70 accidents causant une invalidité. L'expérience montre que ces accidents sont dus à un défaut de connaissance dans l'utilisation d'engins de travail mobiles, tels que chariots élévateurs et machines de chantier. Il en va de même de l'emploi de substances dangereuses pour la santé.

A l'heure actuelle, la loi ne comporte aucune disposition autorisant le Conseil fédéral à exiger que des travaux présentant des dangers particuliers ne soient exécutés que si le travailleur a reçu une formation adéquate. Le texte proposé crée cette base légale. Il confie en outre au Conseil fédéral le soin de réglementer les formations et leur reconnaissance.

*Art. 83, al. 3 (nouveau)*

La planification et la coordination des mesures de sécurité propres aux chantiers (dispositifs de protection utilisés par plusieurs entreprises, tels qu'échafaudages, filets de sécurité, passerelles, mesures de sécurité dans les fouilles et les terrassements et mesures de consolidation de la roche dans les travaux en souterrain) sont d'une importance capitale pour les travailleurs concernés. Faute de base légale, il n'est cependant pas possible, jusqu'à présent, d'imposer le recours à des spécialistes de la planification et de la coordination de telles mesures. La disposition proposée comble cette lacune.



*Art. 85, al. 1, 1<sup>re</sup> phrase, al. 2, 2<sup>bis</sup>, 3<sup>bis</sup>, 3<sup>ter</sup> (nouveau) et 4*

*Al. 2:* La Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail est actuellement composée de neuf à onze membres. Les partenaires sociaux participent à ses séances sans droit de vote. Comme il est particulièrement important que ces organisations soutiennent les mesures adoptées en matière de prévention des accidents et des maladies professionnels, le projet prévoit que leurs représentants seront membres à part entière de la commission. Celle-ci compte désormais onze membres et la loi fixe la répartition des sièges. Afin que les organes d'exécution puissent faire profiter directement la commission de leur savoir de spécialistes de la sécurité au travail, leur représentation a été renforcée au détriment de celle des assureurs.

*Al. 2<sup>bis</sup>:* La législation en vigueur réserve la présidence de la commission de coordination à un représentant de la CNA. Or, il paraît judicieux de laisser le choix à la commission. C'est pourquoi le nouveau texte prévoit simplement que la commission se constitue elle-même.

*Al. 3<sup>bis</sup>:* C'est la commission de coordination qui établit le budget concernant l'utilisation du supplément de prime destiné à la prévention des accidents et des maladies professionnels. Cette pratique ayant fait ses preuves, elle est ancrée dans la loi.

*Al. 3<sup>ter</sup>:* Actuellement, le compte séparé de la CNA relatif à l'utilisation du supplément de prime est adopté par le Conseil d'administration de cette institution, puis soumis à l'approbation du Conseil fédéral. La commission de coordination ne le reçoit que pour information. Cette procédure est en contradiction avec la prescription selon laquelle la commission a la charge de délimiter le champ d'activité des différents organes d'exécution de la sécurité au travail et d'adopter le budget (voir al. 3<sup>bis</sup>). Dorénavant, il appartiendra donc à la commission de coordination d'adopter le compte séparé de la CNA, en vue de son approbation par le Conseil fédéral.

*Al. 4:* La formulation actuelle de cet alinéa donne à penser que les décisions de la commission de coordination ne lient (outre les assureurs) que les organes d'exécution de la loi sur le travail, ce qui n'est pas le cas. Dans sa nouvelle teneur, cet alinéa indique clairement qu'elles lient tous les organes d'exécution de la sécurité au travail.

*Art. 87a (nouveau)*

Contributions des entreprises étrangères

Toutes les entreprises qui exécutent des travaux en Suisse sont soumises aux prescriptions sur la sécurité au travail (art. 81, al. 1). Les entreprises étrangères qui emploient des travailleurs non assurés selon la LAA (par ex. uniquement des travailleurs détachés) ne paient pas de primes d'assurance sur lesquelles le supplément pour la prévention des accidents et des maladies professionnels peut être prélevé. Il faut donc prévoir explicitement qu'elles doivent participer aux coûts de la prévention.

La contribution des entreprises étrangères occupant des travailleurs non assurés selon la LAA doit correspondre au supplément de prime que paie une entreprise analogue employant des travailleurs assurés. Cette réglementation vise notamment à prévenir les distorsions de concurrence. Dans la mesure où les entreprises étrangères contribuent déjà au financement de la sécurité au travail à l'étranger, il peut en résulter pour elles une double charge. Cela peut créer un obstacle à l'exercice de la libre prestation de services telle que garantie dans l'Accord sur la libre circulation

des personnes conclu entre la Suisse d'une part et la CE et ses Etats membres d'autre part. La Cour de justice des Communautés européennes a toutefois reconnu que la protection des travailleurs constitue une raison impérieuse d'intérêt général justifiant une telle entrave.

*Art. 89, titre et al. 2<sup>bis</sup> (nouveau)*

Comme on l'a dit (voir ch. 2.1.3.5), l'assurance-accidents des personnes au chômage constitue une branche à part entière de l'assurance obligatoire. Puisque les personnes au chômage doivent supporter elles-mêmes le risque d'accident, la CNA est obligée de tenir un compte distinct, comme pour l'assurance obligatoire contre les accidents professionnels, pour l'assurance obligatoire contre les accidents non professionnels et pour l'assurance facultative. Même si cela n'est pas dit expressément, il est clair que la CNA est aussi obligée de tenir une statistique des risques pour l'assurance-accidents des personnes au chômage, comme c'est déjà le cas en pratique aujourd'hui.

*Art. 90, titre, al. 1, 3, 4 et 5 (nouveau)*

Le système applicable aux prestations dites de courte durée, autrement dit le système de couverture des besoins, a été expliqué au ch. 2.1.3.9. S'agissant des rentes, le système de la répartition des capitaux de couverture demeure en vigueur. Quant aux différents systèmes de financement des allocations de renchérissement, ils ne sont plus traités dans la présente disposition, mais font l'objet de prescriptions particulières (art. 90a à 90c). C'est la raison pour laquelle l'al. 3 est abrogé.

En cas de modification des normes comptables uniformes, suite avant tout à la hausse continue de l'espérance de vie, les assureurs sont dorénavant tenus de constituer des réserves pour couvrir l'augmentation du capital de couverture des rentes nécessaire (al. 4). L'application du système de répartition des capitaux de couverture pour le financement des rentes nécessite la constitution de réserves de ce type. Comme jusqu'ici, les assureurs doivent en outre constituer des réserves pour compenser les fluctuations des résultats d'exploitation.

Il convient de relever ici que les provisions et réserves des assureurs privés prescrites dans la présente disposition doivent être garanties par une fortune liée au sens de l'art. 17 de la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance (LSA)<sup>17</sup>. Cela signifie que lors du transfert d'un portefeuille à une autre entreprise d'assurance, les biens correspondants passent à l'institution qui reprend le portefeuille (voir art. 19, al. 2, LSA en corrélation avec l'art. 68, al. 1, let. e, de l'ordonnance sur la surveillance des entreprises d'assurance privées<sup>18</sup>) et doivent dans tous les cas rester affectés à l'assurance-accidents obligatoire.

Il est prescrit à l'al. 5 que la responsabilité des assureurs désignés à l'art. 68 de même que celle de la CNA est limitée en cas de grand sinistre à 2 milliards de francs. La Confédération répond pour les prestations qui vont au-delà de cette somme. En d'autres termes, les assureurs doivent, même en cas de grand sinistre, allouer l'intégralité des prestations aux personnes assurées, mais sont indemnisés par la Confédération pour les prestations qui dépassent la limite par événement. Attendu

<sup>17</sup> RS 961.01

<sup>18</sup> RS 961.011

que les prestations devant effectivement être allouées ne sont fixées qu'après un certain nombre d'années et qu'elles doivent être versées parfois pendant des décennies, il se justifie que l'Assemblée fédérale accorde un crédit-cadre pluriannuel.

*Art. 90a (nouveau)*                      Financement des allocations de renchérissement pour les assureurs désignés à l'art. 68, al. 1, let. a, et la caisse supplétive

Le système de financement actuel des allocations de renchérissement, on l'a dit, suppose la pérennité de l'effectif des assurés, qui n'existe pas pour les assureurs désignés à l'art. 68, al. 1, let. a (voir ch. 2.1.3.9). C'est pourquoi les assureurs privés et la caisse supplétive ont créé de leur propre chef, dès l'entrée en vigueur de la LAA, deux «fonds» pour les allocations de renchérissement: l'un pour l'assurance des accidents professionnels, l'autre pour l'assurance des accidents non professionnels. Les excédents d'intérêts sur les provisions à long terme sont crédités au fonds concerné, de même que les intérêts du fonds lui-même. Les allocations de renchérissement versées sont prélevées sur ce fonds, auquel la CNA ne participe pas.

Lorsqu'il a traité la motion Hochreutener «Assurance-accidents. Financement des allocations de renchérissement» (05.3392), le Parlement s'est prononcé en faveur du maintien de ce système pour les assureurs désignés à l'art. 68, al. 1, let. a. En conséquence, il a transmis la motion au Conseil fédéral. Il est à relever que dans sa réponse du 31 août 2005, le Conseil fédéral a estimé qu'il était sensé de donner au fonds une base légale, mais il s'est réservé la possibilité de présenter son propre projet lors de la mise en œuvre de la motion.

Comme il a été indiqué au ch. 2.1.3.9, il s'agit avant tout d'obliger les assureurs à tenir un compte séparé pour le financement des allocations de renchérissement et de désigner une institution chargée d'établir un compte global de toutes les provisions pour les allocations de renchérissement, de régler le versement de montants compensatoires entre assureurs lorsque les provisions de l'un ou l'autre d'entre eux présentent un solde négatif et de fixer le supplément de prime pour tous les assureurs privés lorsque les soldes de provisions (selon le compte global) ne suffisent plus à constituer le capital nécessaire. L'institution désignée doit en outre avoir la compétence de rendre des décisions. La forme juridique de la société simple n'étant pas compatible avec les tâches de cette institution, il est proposé de les confier à la caisse supplétive désignée à l'art. 72. On rappellera que cette dernière doit aujourd'hui déjà garantir les prestations de courte et de longue durée pour les assureurs désignés à l'art. 68 si un employeur n'a pas assuré son personnel ou si un assureur devient insolvable (art. 73, al. 1). Pour financer toutes ses dépenses, la caisse supplétive perçoit par ailleurs des cotisations de ses membres proportionnellement aux primes encaissées (art. 72, al. 2).

*L'al. 1* institue l'obligation pour les assureurs de gérer un compte séparé pour le financement des allocations de renchérissement et décrit comment ce fonds est alimenté.

*Al. 2:* La caisse supplétive désignée à l'art. 72 tient un compte global des provisions destinées au financement des allocations de renchérissement.

*L'al. 3* détermine le mécanisme de fixation des paiements compensatoires aux assureurs dont le fonds destiné au financement des allocations de renchérissement indique un solde négatif.

*Al. 4:* La caisse supplétive est chargée de fixer, pour tous les assureurs privés LAA, les suppléments de prime destinés aux allocations de renchérissement qui ne sont pas couvertes par des excédents d'intérêts. Le prélèvement de ce supplément est obligatoire pour les assureurs, même si, sur la seule base de leurs comptes d'exploitation, ils n'auraient pas eu besoin d'en prélever un.

*Al. 5:* Le règlement de la caisse supplétive fixe les détails concernant l'exécution des tâches dont elle est chargée. Les modifications nécessaires doivent être approuvées par le Conseil fédéral (voir art. 72, al. 1).

*Art. 90b (nouveau)*                    Financement des allocations de renchérissement  
pour la CNA et les assureurs désignés à l'art. 68, al. 1,  
let. b

L'effectif des assurés de ces institutions présentant une certaine pérennité, le système de financement actuel des allocations de renchérissement peut être maintenu; en d'autres termes, les allocations de renchérissement peuvent continuer en principe à être financées selon le système de répartition des dépenses. Pour réduire le rapport de dépendance avec la pérennité de l'effectif, il est toutefois prévu que ces assureurs constituent des provisions distinctes appropriées.

*Art. 90c (nouveau)*                    Financement des allocations de renchérissement  
des personnes au chômage

Les motifs de la création de provisions destinées au financement des allocations de renchérissement de l'assurance-accidents des personnes au chômage ont été expliqués au ch. 2.1.3.9.

*L'al. 1* institue l'obligation pour la CNA de gérer un compte séparé pour le financement des allocations de renchérissement et décrit comment ce fonds est alimenté, à savoir par d'éventuelles primes de répartition mais aussi, comme le prévoit du reste le droit actuel, par les excédents d'intérêts des capitaux de couverture de l'assurance-accidents des personnes au chômage et par le rendement des capitaux du fonds lui-même.

*L'al. 2* indique d'abord comment les provisions doivent être utilisées. Ainsi, le système de financement déjà appliqué par la CNA pour garantir les allocations de renchérissement de l'assurance des personnes au chômage est inscrit explicitement dans la loi. Au moment où le Conseil fédéral décide d'allouer une allocation de renchérissement, le capital de couverture nécessaire doit être constitué au moyen des ressources du fonds. Si ces ressources ne suffisent pas, les ressources supplémentaires nécessaires sont financées par des contributions du fonds de l'organe de compensation de l'assurance-chômage. Le montant de la contribution est fixé par la CNA; l'organe de compensation de l'assurance-chômage doit être entendu au préalable.

*Art. 90d (nouveau)*                    Financement de l'adaptation des allocations  
pour impotent

L'allocation pour impotent est une prestation en espèces indépendante du gain de l'assuré. Cette solution se justifie du fait que les débours couverts par la prestation sont indépendants du gain en question. Même si la loi ne le dit pas expressément, il faut que cette prestation, si l'on veut qu'elle atteigne son but, soit adaptée à chaque modification du montant maximum du gain assuré.

Pour garantir le financement de l'adaptation des allocations pour impotent, les assureurs désignés à l'art. 68, al. 1, let. a, utilisent aujourd'hui le même système que pour le financement des allocations de renchérissement. Cette solution, qui a fait ses preuves, peut être maintenue.

*Art. 91, al. 4 (nouveau)*

La prime d'assurance pour toutes les personnes au chômage est versée aujourd'hui déjà par l'assurance-chômage. Par analogie avec l'al. 3, aux termes duquel l'employeur doit à l'assureur la totalité des primes de l'assurance des accidents professionnels et de l'assurance des accidents non professionnels, il convient de mentionner expressément ici que l'assurance-chômage doit à la CNA la totalité des primes. La répartition du fardeau de la prime entre les personnes au chômage et l'assurance-chômage est à régler, comme jusqu'ici, dans la législation sur l'assurance-chômage (voir art. 22a, al. 4, LACI). Il est prévu par ailleurs que l'assurance-chômage prend totalement en charge les primes de l'assurance des accidents professionnels lorsque les personnes au chômage participent à des programmes d'emploi temporaire, à des stages professionnels ou à des mesures de formation.

*Art. 92*            Tarifs de primes et fixation des primes

L'actuel art. 92 est le fruit d'une évolution historique. Il est temps de redistribuer ses alinéas d'après leur contenu et dans un ordre logique. Les deux premiers alinéas seront consacrés aux tarifs de primes. En outre, les dispositions relatives à l'assurance des accidents professionnels et à l'assurance des accidents non professionnels doivent être uniformisées le plus possible.

Suite à l'introduction de primes propres à chaque compagnie (voir ch. 2.1.3.9), il convient en outre de fixer les conditions-cadre qui favorisent la concurrence souhaitée et garantissent, comme il se doit dans une assurance sociale obligatoire, la transparence et la solidarité entre les entreprises assurées.

*Al. 1:* L'aménagement des tarifs de primes à partir de communautés de risques permet d'intégrer des éléments de solidarité et de risque. D'une part, les entreprises appartenant à une communauté de risques supportent ceux-ci de manière solidaire au travers du taux de prime nette uniforme, des exceptions n'étant possibles qu'en vertu de l'al. 8. D'autre part, les taux de primes nettes des différentes communautés de risques sont échelonnés selon le risque d'assurance. Les communautés de risques sont établies par les assureurs et doivent être assez grandes pour garantir l'équilibre à moyen terme entre recettes et dépenses qu'exige la technique d'assurance (primes selon le risque).

L'échelonnement par communautés de risques correspond à la pratique actuelle dans l'assurance des accidents professionnels. Il sera désormais étendu à l'assurance des accidents non professionnels. La réglementation en vigueur mentionne des classes et des degrés de risques, sans toutefois les définir. Le terme neutre de communauté de risques remplace celui de classe. Les degrés disparaissent, puisque le tarif ne comprend qu'un taux de prime nette par communauté de risques.

*Al. 2:* Il résulte de l'abandon du tarif unique pour les assureurs désignés à l'art. 68, al. 1, let. a et c, que le domaine des tarifs doit être davantage réglementé. Dans la statistique des risques tenue en commun par ces assureurs, les entreprises de nature semblable sont actuellement regroupées sous un numéro dit numéro de risque. Afin

de garantir la transparence et de permettre les comparaisons entre assureurs, le projet prévoit que tous les tarifs devront être structurés selon ces numéros de risques. Pour l'assurance des accidents professionnels, seuls les numéros de risques qui réunissent des entreprises de nature semblable et présentant des risques semblables d'accidents pourront constituer une communauté de risques. Pareille restriction ne vaut cependant pas pour l'assurance des accidents non professionnels. Les assureurs ont ainsi tout loisir de former des communautés de risques différentes pour ces deux branches d'assurance. La solidarité entre les différents groupes professionnels, qui prévaut aujourd'hui et qui est acceptée par les partenaires sociaux, peut ainsi être maintenue dans l'assurance des accidents non professionnels. Les tarifs devront en outre fixer des taux de primes nettes pour tous les numéros de risques. Il s'agit, d'une part, d'empêcher les assureurs de sélectionner des risques et, d'autre part, de garantir que la prime prélevée soit conforme au risque lorsque la caisse supplétive attribue un assureur à une entreprise.

*Al. 4:* Selon cette disposition, les primes des personnes au chômage sont calculées en pour-mille de l'indemnité de l'assurance-chômage et non pas, comme pour les autres assurés, en pour-mille du gain assuré. Reprise du droit en vigueur, cette règle sera élevée du niveau de l'ordonnance d'application à celui de la loi. On observera à ce propos que le calcul des prestations peut aussi déroger au droit ordinaire (voir art. 15, al. 2<sup>bis</sup>).

*Al. 6:* Les tarifs de primes des différents assureurs doivent être conformes aux dispositions légales. Afin que les autorités de surveillance puissent vérifier cette conformité, chaque assureur doit leur soumettre ses bases de calcul et les tarifs qui en résultent.

*Al. 9:* Des systèmes de tarification fondés sur l'expérience permettent de fixer des taux de primes nettes pour chaque entreprise, en fonction de leur propre sinistralité. D'un côté, ce moyen permet d'inciter les entreprises à réduire leurs coûts liés aux accidents en prenant des mesures de prévention. De l'autre côté, la solidarité entre les entreprises, typique pour des assurances sociales, s'en trouve cependant affectée. Si l'on veut atteindre un équilibre entre les éléments solidarité et conformité au risque dans la fixation des primes, il est nécessaire de limiter l'application de la tarification fondée sur l'expérience. L'ASA, qui édictait jusqu'ici des directives dans ce sens pour les assureurs privés, a dû abandonner sa fonction de régulation à la suite d'une intervention de la Comco. C'est la raison pour laquelle, le projet accorde au Conseil fédéral la compétence de déterminer à quelles conditions les assureurs sont autorisés à prendre en compte les expériences acquises en matière de risques.

Les al. 3, 5, 7, 8 et 10 correspondent à la réglementation en vigueur (al. 1, 3, 4, 6 et 7 actuels).

*Art. 94 (nouveau)*

Classement des entreprises et des assurés dans les tarifs de primes

Compte tenu de l'abandon du tarif de primes commun, le système actuel, dans lequel les assureurs désignés à l'art. 68 doivent rendre des décisions lors du classement initial des entreprises et des assurés dans les tarifs de primes et lors de la modification de ce classement, est devenu obsolète et doit être abrogé (voir ch. 2.1.3.9). Par contre, la CNA reste tenue de rendre des décisions dans ces éventualités.

*Art. 99* Exécution forcée des décomptes de primes

Dans sa version actuelle, le présent article peut susciter des problèmes dans les cas où une décision de classement dans le tarif des primes est exécutoire mais n'est pas encore entrée en force. Il suffit en effet que les entreprises fassent systématiquement opposition à la décision de classement pour que l'assureur ne puisse plus encaisser ses primes, puisque les décomptes de primes ne seraient alors plus fondés sur des décisions entrées en force, ou ne les encaisse qu'avec retard. Il pourrait en résulter une paralysie du système d'assurance. Le présent article ne garantissant pas, dans sa teneur actuelle, le caractère exécutoire des décomptes de primes, il convient de le modifier.

*Art. 108 (nouveau)* Frais de la procédure de recours

Dans l'assurance-accidents obligatoire, la procédure de recours est aujourd'hui encore, contrairement à l'assurance-invalidité, gratuite au niveau cantonal. Des frais de procédure peuvent néanmoins être mis à la charge de tout recourant qui agit de manière téméraire ou à la légère. Au niveau fédéral, le montant des frais dans les litiges qui concernent des prestations d'assurance sociale se situe, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF)<sup>19</sup>, entre 200 et 1000 francs.

Aucune raison ne justifie plus que l'on porte des litiges qui concernent des prestations de l'assurance-accidents devant un tribunal sans en assumer les frais. Le passage à l'obligation de supporter les frais de justice dans de tels litiges doit cependant rester financièrement supportable pour les recourants. Des émoluments relativement modestes y suffiront. Les limites seront les mêmes que dans la LTF et se situeront donc entre 200 et 1000 francs.

Si les conditions prévues pour l'assistance judiciaire sont remplies, la procédure de recours en matière d'assurance accidents obligatoire continuera d'être gratuite (sous réserve d'une restitution ultérieure) pour les assurés concernés, comme dans les autres domaines du droit administratif. Il est ainsi garanti qu'il sera tenu compte des particularités de chaque cas, de sorte que même les personnes disposant de faibles ressources pourront accéder aux tribunaux. Si les recourants doivent acquitter une avance de frais, ils prendront davantage conscience de l'importance d'une action menée jusque devant la cour suprême que si cette action était gratuite. Dans ces conditions, ils auront tendance à renoncer à former des recours inutiles. Comme pour toutes les procédures de droit administratif, la personne qui envisage de recourir dans le domaine des assurances sociales doit peser mûrement le pour et le contre avant de former recours.

La présente réglementation correspond matériellement à l'art. 69, al. 1<sup>bis</sup>, LAI introduit dans le cadre de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI.

*Art. 109, let. b*

Puisque les termes de classes et degrés ne sont plus mentionnés dans l'art. 92, l'art. 109 est adapté en conséquence.

<sup>19</sup> RS 173.110

*Art. 112, 113 et 113a (nouveau)*

Les dispositions pénales actuelles ne concernent en fait que les travailleurs et les employeurs. Contrairement à la LSA, la LAA ne contient pas aujourd'hui d'autres sanctions à l'encontre des assureurs que la radiation du registre tenu par l'OFSP.

Les dispositions des art. 112 et 113 ont été reprises et adaptées pour tenir compte de la modification du code pénal suisse du 13 décembre 2002<sup>20</sup> entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007 (la courte peine privative de liberté ferme jusqu'à six mois est remplacée autant que possible par une peine pécuniaire dans le système du jour-amende ou par le travail d'intérêt général).

Pour que le comportement des assureurs puisse être sanctionné, un art. 113a voit le jour. Il prévoit les sanctions auxquelles les personnes fautives ou les assureurs peuvent être condamnés en cas d'infraction (al. 1 à 3) et octroie à l'OFSP le pouvoir de poursuivre et juger lesdites inobservances (al. 4).

Compte tenu, notamment, de la suppression du tarif de primes commun et du durcissement de la concurrence entre les assureurs, l'introduction de sanctions différenciées en cas de violation des prescriptions lors de la gestion de la LAA contribuera à un renforcement de la surveillance (voir à ce propos le ch. 2.1.3.9).

*Dispositions transitoires*

*Al. 1:* Cette disposition transitoire se fonde sur le principe propre à l'assurance-accidents selon lequel les prestations sont allouées conformément au droit en vigueur au moment de l'accident.

*Al. 2:* Afin de faire pièce au plus vite à la surindemnisation, il convient d'appliquer les règles de réduction des rentes d'invalidité et des rentes complémentaires également aux rentes qui sont nées avant l'entrée en vigueur de la présente révision. Il faut donc déroger sur ce point au principe posé à l'al. 1, faute de quoi la nouvelle réglementation n'exercera pleinement ses effets que des décennies après sa mise en vigueur, et la situation actuelle, qui est insatisfaisante, se maintiendra encore longtemps. Cependant, la disposition transitoire tient compte du fait que les bénéficiaires d'une rente de l'assurance-accidents ont organisé leur retraite en s'appuyant avec confiance sur le texte légal actuel. Aussi prévoit-elle qu'aucune réduction ne sera opérée pendant les quatre années qui suivent l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation et que les réductions seront ensuite introduites de manière échelonnée.

Il va de soi que les capitaux de couverture et les provisions libérés par suite de l'application rétroactive des nouvelles règles de réduction restent dans la communauté d'assurance et ne sauraient être transférés vers les fonds libres des compagnies d'assurance. C'est pourquoi il est prévu qu'ils serviront à faire face à de futurs besoins de capitaux (dus par ex. à un renchérissement ou à une espérance de vie plus importants que prévu lors de la constitution des réserves).

*Al. 3:* Cette disposition transitoire est nécessaire, car elle indique ce qui se passe si une administration publique n'a pas fait usage de son droit d'option.

<sup>20</sup> RO 2006 3459



*Al. 4:* Du fait qu'elles passeront du système de répartition des dépenses à celui de la couverture des besoins pour financer les indemnités journalières, les traitements médicaux et les autres prestations de courte durée, la CNA, les caisses publiques d'assurance-accidents et les caisses-maladie devront constituer des provisions supplémentaires. Pour éviter qu'il en résulte brusquement une forte augmentation de primes, ces assureurs disposeront d'un délai raisonnable pour changer de système.

*Al. 5:* Cette disposition transitoire concerne les frais exigés pour les procédures de recours visées à l'art. 108.

### *Modification du droit en vigueur*

## **1. Loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF)<sup>21</sup>**

*Art. 97, al. 2, et art. 105, al. 3*

Le Conseil fédéral avait déjà proposé en 2001, dans le cadre de la révision totale de l'organisation judiciaire fédérale, qu'à l'avenir le pouvoir de cognition du Tribunal fédéral soit limité au droit dans tous les domaines, donc aussi dans les assurances sociales. Le Parlement avait, quant à lui, décidé de maintenir une pleine cognition à l'égard des faits pour les litiges relatifs à des prestations en espèces de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents et de l'assurance-militaire. Ce compromis politique a perdu sa justification depuis que la révision de l'assurance-invalidité adoptée en décembre 2005 a limité au seul droit, pour les prestations de l'assurance-invalidité également, le contrôle du Tribunal fédéral. Une harmonisation du pouvoir d'examen du Tribunal fédéral s'impose pour tous les recours en matière de droit public, y compris ceux qui concernent des assurances sociales. Les art. 97, al. 2, et 105, al. 3, LTF peuvent dès lors être abrogés.

## **2. Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales<sup>22</sup>**

*Art. 28, al. 2 et 3, 1<sup>re</sup> phrase*

Pour que l'assureur social puisse examiner le bien-fondé des prétentions récursoires, il est nécessaire qu'il dispose de données relatives au déroulement des faits, à la responsabilité d'une tierce personne, ainsi qu'aux témoins et aux assurances responsabilité civile. Or, de tels documents font encore bien souvent défaut. Il manque cependant une base légale qui oblige la personne assurée à fournir ces renseignements et à se soumettre aux examens nécessaires et raisonnablement exigibles, et qui permette à l'assureur de récolter les renseignements requis. C'est pourquoi il est proposé de compléter en ce sens l'actuelle réglementation sur la collaboration des assurés lors de la mise en œuvre des assurances sociales.

<sup>21</sup> RS 173.110

<sup>22</sup> RS 830.1

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsqu'un assureur responsabilité civile a fait surveiller une personne par un détective privé de manière licite, les assureurs LAA sont en droit, se fondant sur l'art. 43, al. 1, LPG, d'utiliser les moyens de preuve qui en résultent (rapports de surveillance et vidéocassettes), pour autant que les conditions de l'art. 36 de la Constitution soient remplies. La question de savoir si les assureurs-accidents peuvent aussi faire eux-mêmes appel à ce type de surveillance a été laissée ouverte.

Si l'on veut que les assureurs LAA puissent établir des moyens de preuve tels que des rapports de surveillance ou des vidéocassettes, il faut créer une base légale. Celle-ci ne devrait toutefois pas être créée pour les seuls assureurs LAA, mais pour tous les assureurs sociaux; en conséquence, elle doit être inscrite dans la LPG.

### **3. Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants<sup>23</sup>**

*Art. 50b, al. 1, let. c et d (nouvelles), et al. 2*

Cette adjonction crée une base légale permettant un échange de données par procédure d'appel. Les assureurs doivent vérifier périodiquement si leurs rentiers sont en vie et s'ils ont droit à d'autres prestations. Ce contrôle est particulièrement difficile lorsque les intéressés résident à l'étranger. L'AVS et l'AI sont confrontées aux mêmes problèmes. La Centrale de compensation de l'AVS (CdC) gère un registre central des prestations en cours de l'AVS et de l'AI. L'échange de données entre la CdC et les assureurs-accidents permettra au moins à l'AVS, aux assureurs-accidents et à l'assurance militaire d'avoir accès aux mêmes informations concernant leurs rentiers.

L'al. 2 accorde en outre au Conseil fédéral la compétence de régler la participation aux frais des assureurs-accidents et de l'assurance militaire.

### **4. Loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire<sup>24</sup>**

*Art. 2, al. 5 (nouveau)*

Selon le projet de révision, la carte d'assuré instituée par la LAMal pourra être utilisée dans l'assurance-accidents (art. 51 LAA). Une telle carte n'est actuellement pas prévue pour les personnes soumises à l'assurance militaire en raison de leur profession (art. 2 LAM), car celles-ci ne sont ni des assurés LAMal, ni des assurés LAA. C'est pourquoi il convient d'inscrire dans la LAM une base légale qui, en se référant à l'art. 42a LAMal, permet d'instaurer une carte d'assuré également pour cette catégorie d'assurés.

<sup>23</sup> RS 831.10

<sup>24</sup> RS 833.1

#### *Art. 14*

Le projet de révision prévoit que la carte d'assuré instituée par l'art. 42a LAMal pourra aussi être utilisée dans l'assurance-accidents (art. 51 LAA). Une base légale correspondante doit également être introduite pour les non-professionnels soumis à l'assurance militaire. La carte de l'assurance-maladie pourra ainsi être utilisée dans l'assurance militaire sous les mêmes conditions que dans l'assurance-accidents.

#### *Art. 22 (nouveau)*                      Qualifications

L'art 22 LAM est adapté de la même façon que l'art. 53 LAA en raison de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les professions médicales universitaires.

#### *Art. 25a*                      Devoir d'information du fournisseur de prestations

S'agissant du devoir d'information des fournisseurs de prestations, la législation sur l'assurance militaire ne contient pas de norme aussi détaillée que l'art. 54a LAA. Etant donné qu'en ce qui concerne ses rapports avec les fournisseurs de prestations, l'assurance militaire se trouve dans la même situation que l'assurance-accidents, il est proposé d'introduire dans la LAM une disposition analogue à l'art. 54a LAA.

#### *Art. 26*                      Collaboration et tarifs

L'assurance militaire applique les mêmes tarifs que les assureurs-accidents. C'est pourquoi il y a lieu d'introduire dans la LAM un nouvel article en matière de collaboration et de tarifs qui soit comparable à l'art. 56 LAA. Toutefois, contrairement à l'assurance-accidents, l'assurance militaire n'est pas tenue de créer un comité chargé de traiter avec les fournisseurs de prestations. Elle sera cependant invitée à participer aux travaux du comité de l'assurance-accidents, comme jusqu'à présent.

#### *Art. 104*                      Frais de la procédure de recours

Le projet de révision de la LAA prévoit que la procédure de recours en matière d'assurance-accidents sera payante devant le tribunal cantonal des assurances (voir art. 108 LAA). L'assurance militaire ayant la même procédure et se basant sur des principes semblables, la procédure de recours sera également payante dans l'assurance militaire et une disposition finale identique à celle du projet LAA figurera dans la LAM.

### **5. Loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité<sup>25</sup>**

#### *Art. 98 (nouveau)*

Les chiffres publiés par le SECO au sujet des chômeurs et des demandeurs d'emplois enregistrés ne sont pas des références statistiques suffisantes pour l'assurance-accidents des personnes au chômage, car ils ne peuvent refléter le degré et la durée du chômage dans chaque cas d'espèce. Les personnes au chômage sont

<sup>25</sup> RS 837.0

sujettes à des risques particuliers dans différentes branches d'assurances sociales. Elles doivent donc bénéficier de mesures de prévention et de réintégration adaptées à leur situation individuelle. C'est pourquoi le SECO et la CNA ont un intérêt commun à ce que les données de l'assurance-chômage et de l'assurance des personnes en chômage soient connectées de manière appropriée. Du point de vue de la protection des données, une telle connexion requiert une base légale, qui doit être créée dans la LACI en rapport avec l'ancrage dans la loi de l'assurance des personnes au chômage, qui est gérée depuis 1996 par la CNA. La disposition proposée oblige désormais les organes d'exécution de l'assurance-chômage à mettre à la disposition de la CNA, contre rémunération, les données personnelles nécessaires à l'analyse des risques dans l'assurance-accidents des personnes au chômage. Ces données seront transmises au service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents LAA.

### **3                                    Commentaire du projet «Organisation et activités accessoires de la CNA»**

#### **3.1                                 Commentaire général**

##### **3.1.1                             Genèse de la CNA**

La CNA a été instituée par la LAMA en tant qu'établissement autonome droit public de la Confédération, chargé de mettre en œuvre l'assurance-accidents obligatoire et de veiller au respect des prescriptions concernant la sécurité au travail. Elle a entamé son activité en 1918. Sous le régime de la LAMA, qui a constitué jusqu'en 1983 la base juridique de l'assurance-accidents obligatoire, seules les entreprises présentant un risque d'accident élevé étaient soumises à l'assurance obligatoire. La CNA était alors l'unique assureur. En 1984, la LAA a étendu l'obligation de s'assurer à tous les travailleurs occupés en Suisse, tout en introduisant la pluralité des assureurs. Ont ainsi été autorisés à pratiquer l'assurance-accidents obligatoire, en plus de la CNA, des assureurs privés, des caisses-maladie et des caisses publiques d'assurance-accidents (art. 68). La CNA a conservé, à quelques adaptations près, le domaine d'activité qui lui était légalement réservé par l'ancien droit.

##### **3.1.2                             La CNA aujourd'hui**

###### **Forme d'organisation**

La CNA est soumise à la haute surveillance de la Confédération, qui est exercée par le Conseil fédéral (art. 61). Elle est dirigée selon le principe de l'autogestion et du partenariat social. Un conseil d'administration de 40 membres nommé par le Conseil fédéral (dont seize représentent les travailleurs assurés, seize leurs employeurs et huit la Confédération) en est l'organe suprême. Ce dernier n'étant pas approprié, vu sa taille, pour suivre de près la gestion des affaires de la CNA, il a délégué d'importantes compétences à une commission administrative, forte de huit membres, à laquelle il a donné mandat de contrôler la marche de la CNA et de statuer sur les objets à traiter et les affaires de nomination qu'il lui a confiés de manière générale ou au cas par cas (voir à ce sujet le Règlement concernant l'organisation de la

CNA<sup>26</sup>). La commission administrative est ainsi devenue, bien que la loi ne la mentionne pas explicitement, l'organe le plus important du conseil d'administration.

La direction de la CNA, formée de quatre membres, est nommée par le Conseil fédéral sur proposition du conseil d'administration. C'est aussi au Conseil fédéral que sont soumis pour approbation le rapport annuel, les comptes annuels et le règlement d'organisation de la CNA.

La CNA est une entreprise financièrement indépendante, à but non lucratif, qui ne reçoit pas de subventions publiques. Contrairement aux assurances privées, elle doit pratiquer l'assurance-accidents obligatoire selon le principe de la mutualité (art. 61, al. 2). Cela signifie, entre autres, qu'elle ne peut utiliser ses recettes que pour les buts de l'assurance et qu'elle ne peut pas répartir de bénéfices.

### **Tâches principales**

La CNA gère sur la base de la LAA, dans le domaine de compétence qui lui est attribué, l'assurance obligatoire contre les accidents professionnels, les maladies professionnelles, les accidents non professionnels, ainsi que l'assurance facultative des entrepreneurs indépendants. Les travailleurs des entreprises et administrations énumérées à l'art. 66 sont, en vertu de la loi, assurés auprès d'elle. De ce fait, elle jouit d'un *monopole partiel*, puisque d'un côté les assureurs désignés à l'art. 68 ne sont pas autorisés à assurer des entreprises (des travailleurs) dans le domaine de compétence de la CNA et que, de l'autre, celle-ci n'est pas autorisée à assurer des entreprises entrant dans le domaine de compétence des assureurs désignés à l'art. 68.

Depuis 1996, la CNA est chargée par ailleurs de gérer l'assurance-accidents de toutes les personnes au chômage au sens de la LACI. Elle gère en outre pour le compte de la Confédération, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005, l'assurance militaire, laquelle alloue ses prestations non seulement en cas d'accident, mais aussi en cas de maladie.

Sous le régime de la LAMA déjà, la CNA avait élaboré, en partenariat avec les organisations de fournisseurs de prestations et les cantons, et de façon coordonnée avec l'assurance-invalidité et l'assurance militaire, des tarifs médicaux applicables à l'échelle nationale. En prévision de l'entrée en vigueur de la LAA, elle a pris en 1983 l'initiative de créer sur une base contractuelle, avec les autres assureurs LAA, une commission des tarifs médicaux LAA. A cette dernière est rattaché un service central des tarifs médicaux, que la CNA dirige sur mandat des assureurs LAA et qui accomplit les travaux préparatoires pour la commission.

La CNA participe à des organisations juridiquement indépendantes actives dans le domaine de la santé. On peut citer à titre d'exemple MediData, société anonyme ayant pour but l'échange de données dans le domaine de la santé, dans laquelle la CNA détient 15 % des voix.

Outre les activités d'assureur précitées, de nombreuses tâches ont été confiées à la CNA dans le domaine de la prévention. Elle est, à côté des inspections cantonales du travail et de l'Inspection fédérale du travail, le principal organe d'exécution de la sécurité au travail (surveillance du respect des prescriptions sur la prévention des accidents et des maladies professionnels par les entreprises); elle assume la présidence et le secrétariat de la CFST. Elle préside en outre le conseil de fondation du

Bureau de prévention des accidents (bpa). Depuis toujours, elle conseille gratuitement les entreprises, en lien avec son activité de surveillance, pour le respect des prescriptions en matière de prévention des accidents et des maladies professionnelles. Elle organise en outre, sur mandat de la CFST, des programmes en matière de sécurité et de nombreux cours formant des spécialistes de la sécurité au travail, ainsi que d'autres cours de formation sur des questions touchant la santé et la sécurité. La CNA apporte aussi une contribution importante à la préparation de prescriptions et de règles de prévention des accidents et des maladies professionnelles.

Enfin, la CNA gère, sur mandat du Conseil fédéral, le service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents et elle préside la commission des statistiques de l'assurance-accidents.

### **Activités accessoires (de nature commerciale)**

Outre les tâches principales décrites ci-dessus, qui lui sont expressément attribuées par la loi, la CNA exerce diverses activités ayant un lien étroit avec ses mandats légaux. Ces activités accessoires sont notamment les suivantes:

*Gestion de cliniques de réadaptation:* La CNA gère deux cliniques de réadaptation, l'une à Bellikon, l'autre à Sion. Au moment de leur fondation, il n'existait aucune offre de réadaptation comparable ni en Suisse alémanique ni en Suisse latine. Ces cliniques ne traitent pas seulement les conséquences physiques et psychiques d'accidents, mais mettent aussi particulièrement l'accent sur la réinsertion professionnelle. La plupart des clients de ces cliniques sont des travailleurs assurés auprès de la CNA, mais elles sont aussi ouvertes à d'autres personnes.

*Développement de produits de sécurité et vente de ces produits:* La CNA développe elle-même depuis longtemps, en relation avec la prévention des accidents, des produits servant à la sécurité. Depuis quelques années, elle vend par l'intermédiaire d'une boutique en ligne qu'elle gère elle-même, ainsi qu'en magasin, des équipements de sécurité personnels et d'autres produits de sécurité qu'elle a mis au point, mais aussi ceux d'autres fournisseurs, pour autant qu'ils répondent aux critères de qualité définis en fonction de la protection visée.

*Conseil et formation dans le domaine de la promotion de la santé en entreprise:* Depuis plusieurs années, la CNA propose des cours et des formations continues en matière de promotion de la santé en entreprise et de gestion des absences. Cette offre est complétée par des ateliers sur place. La CNA assiste en outre les entreprises d'une certaine taille (à partir d'env. 80 collaborateurs) assurées auprès d'elle pour l'introduction ou le développement de la promotion de la santé dans leur entreprise.

### **Coopération internationale**

Pour remplir ses tâches de manière optimale, la CNA collabore étroitement avec des organisations internationales et des institutions d'assurance-accidents des pays environnants, que ce soit au sein de la Conférence internationale du travail à Genève, de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) ou du Forum européen de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

### **Chiffres-clés**

La mise en œuvre de l'assurance-accidents obligatoire par la CNA est illustrée par les chiffres-clés suivants (état fin 2006; AAP = assurance des accidents profession-

nels, AANP = assurance des accidents non professionnels, AF = assurance facultative, AAC = assurance-accidents des personnes au chômage):

---

<b>Effectifs</b>	
Entreprises assurées	112 037
Assurés AAP/AANP* (emplois à temps complet)	1 884 000
Assurés AAC	197 414
Assurés AF	9 553
Nombre d'accidents et de maladies professionnelles AAP/AANP*	428 072
Nombre d'accidents et de maladies professionnelles AAC	16 910
Nombre d'accidents et de maladies professionnelles AF	1 425

---

<b>Finances (en millions de francs)</b>	
Somme des salaires soumis à une prime AAP/AANP*	113 999
Somme des indemnités de chômage soumises à une prime	3 937
Recettes de primes AAP/AANP/AF	4 180
Recettes de primes AAC	185
Recettes provenant des recours contre des tiers	273
Actif immobilisé	29 300
Produits des capitaux	2 014
Dépenses pour l'assurance	6 074
Charges d'exploitation de l'assurance	356
Charges d'exploitation de la prévention des accidents et des maladies professionnels	107

---

Effectif moyen du personnel	2 777
-----------------------------	-------

---

\* Assurés AF non compris

---

La CNA est active principalement dans le secteur secondaire (industrie). Ce dernier est en recul dans l'ensemble de l'économie nationale. Il faut ajouter à cela les changements d'organisation comme l'externalisation de services dans des filiales qui ne sont plus assurées par la CNA. Cette modification de la structure économique suisse a tendance à réduire l'effectif des assurés de la CNA. De 1990 à 2006, le nombre des travailleurs assurés à la CNA est en effet passé de 2,02 millions à 1,88 million; cela sans tenir compte de l'assurance-accidents des personnes au chômage, appliquée exclusivement par la CNA et dont les effectifs peuvent changer rapidement car ils dépendent de l'évolution générale de l'économie et, concrètement, du nombre de personnes au chômage au sens de la LACI.

L'évolution décrite montre que le monopole partiel de la CNA, limité au secteur industriel, n'offre aucune garantie d'accroissement ni même de stabilité du nombre de ses assurés. Pour la CNA non plus, par conséquent, la pérennité des effectifs n'est pas absolument garantie.

### 3.1.3 Grandes lignes du projet

#### Réorganisation de la CNA

Le statut juridique de la CNA ne change pas sur le fond. La CNA reste un établissement de droit public indépendant, ayant sa propre personnalité juridique, et son siège à Lucerne. Son organisation doit en revanche être adaptée, pour les raisons suivantes: l'affaire immobilière évoquée au ch. 1.1.3.5 a montré la nécessité d'adapter la surveillance, tant interne qu'externe, de la gestion des affaires de la CNA. En outre, le conseil d'administration – comme il a été indiqué au ch. 3.1.2 – a délégué à la commission administrative des tâches importantes, comme le contrôle de la marche de l'établissement. Il s'ensuit que les responsabilités respectives du conseil d'administration et de la commission administrative ne sont pas assez clairement délimitées. De plus, les structures de surveillance et de décision de la CNA ne répondent plus en tous points aux principes du gouvernement d'entreprise (notamment pour ce qui est de la révision, interne et externe).

Le projet mis en consultation mettait en discussion deux variantes de conception très différente. La variante «Haute surveillance de la Confédération» reprend le concept d'organisation en vigueur aujourd'hui, celui de l'autogestion de la CNA par les travailleurs assurés auprès d'elle et par leurs employeurs. La variante «Surveillance directe de la Confédération», elle, considère la CNA comme une entreprise qui appartient à la Confédération et à laquelle les principes décrits dans le rapport du Conseil fédéral du 13 septembre 2006 sur l'externalisation et la gestion de tâches de la Confédération (rapport sur le gouvernement d'entreprise) sont intégralement appliqués (détermination de la stratégie par la Confédération, approbation des primes par elle aussi). La grande majorité des participants à la consultation se sont prononcés en faveur de la variante «Haute surveillance de la Confédération».

Au vu des résultats de la consultation, préférence est donc donnée à la variante «Haute surveillance de la Confédération» et au maintien de la conception actuelle, selon laquelle la surveillance de l'institution CNA est exercée, au niveau de la haute surveillance, par le Conseil fédéral et, à celui de la surveillance directe, par les organes de la CNA. Pour que les payeurs de primes restent inclus dans les principaux processus décisionnels de la CNA (p. ex. stratégie générale, fixation des primes), mais ne soient pas impliqués dans les fonctions de surveillance qui exigent un suivi plus étroit de la gestion des affaires, l'actuel organe suprême de la CNA est scindé en un conseil de surveillance (l'actuel conseil d'administration) et un conseil d'administration (l'actuelle commission administrative).

Les membres du *conseil de surveillance* sont nommés par le Conseil fédéral. Leur nombre est fixé à 25 (dix représentants de chacun des partenaires sociaux et cinq représentants de la Confédération). Par leur participation au conseil de surveillance, on l'a dit, les partenaires sociaux sont impliqués dans le mécanisme de responsabilité de l'entreprise CNA. La représentation de la Confédération au sein du conseil sert à défendre les intérêts qui sont les siens. La Confédération y délèguera des spécialistes neutres issus de la médecine, de la mathématique actuarielle, de l'économie et du droit des assurances sociales.

Le *conseil d'administration* est composé de sept membres, également nommés par le Conseil fédéral: trois représentants des employeurs, trois des travailleurs et un de la Confédération. Conformément aux principes du gouvernement d'entreprise, ses membres ne peuvent pas faire en même temps partie du conseil de surveillance. A



l'instar de celui d'une société anonyme, le conseil d'administration de la CNA a pour tâche principale la haute direction de l'entreprise. Son rôle consiste à nommer les membres de la direction, à surveiller les personnes chargées de la gestion, à approuver le plan financier et les principes de la comptabilité, à organiser le contrôle financier interne et à adopter les dossiers soumis à l'approbation du conseil de surveillance, auquel il est subordonné.

L'*organe de révision* agissait jusqu'ici sur mandat de la commission de contrôle des finances, commission que le conseil d'administration nommait en son sein. L'attribution nouvelle à cet organe de révision externe du statut d'organe de la CNA renforcera son indépendance. L'organe de révision sera nommé par le conseil de surveillance, car c'est à lui qu'il doit rendre des comptes; selon les principes du gouvernement d'entreprise, il doit être nommé par l'organe suprême de surveillance.

La *direction*, qui change de nom en allemand, est maintenue et garde la même fonction qu'aujourd'hui. Ses membres ne seront plus nommés par le Conseil fédéral mais, comme dans le droit des sociétés anonymes, par le conseil d'administration. Dans le système actuel, on ne savait pas trop si les membres de la direction nommés par le Conseil fédéral (art. 64 actuel) étaient liés à la CNA par des rapports de travail de droit public ou par des rapports de travail de droit privé. L'indication dans la loi qu'ils sont engagés conformément au CO dissipe ce flou juridique.

Contrairement au système actuel, les commissions instituées le cas échéant par le conseil de surveillance ou le conseil d'administration n'ont plus le statut d'organe, car elles n'auront plus de pouvoir de décision. Les agences non plus ne figurent plus dans la loi en qualité d'organes. En effet, tout en restant d'importantes unités administratives de la CNA dotées d'une certaine autonomie, elles n'exercent aucune fonction de surveillance en son sein.

### **Activités accessoires (de nature commerciale)**

Pour une institution de droit public comme la CNA, les principes constitutionnels déterminants exigent que les tâches et les domaines d'activité soient décrits dans la loi elle-même. La CNA a donc besoin, pour l'exercice d'activités qui ne sont pas en lien direct avec l'accomplissement de ses tâches principales – surtout si elles sont de nature commerciale – d'une base légale complémentaire explicite.

La CNA exerce aujourd'hui déjà diverses activités accessoires (de nature commerciale), telles que la gestion de cliniques de réadaptation, le développement et la vente de produits pour la sécurité ou le conseil et la formation dans le domaine de la promotion de la santé en entreprises (voir ch. 3.1.2). Ces activités ne prêtent guère à controverse, car elles contribuent à faire baisser les dépenses de l'assurance et servent à la prévention au sens large des accidents et des maladies professionnelles. Elles n'ont toutefois pas de base légale explicite à ce jour. Il convient d'y remédier.

Il importe aussi de permettre à la CNA de mettre à profit, dans des domaines extérieurs à son mandat légal, le savoir acquis en lien avec la gestion de l'assurance-accidents. L'activité accessoire suivante est donc inscrite en plus dans la loi:

*Traitement de sinistres pour des tiers:* Dans le règlement des sinistres, grâce à sa longue expérience, la CNA a mis au point des méthodes dont il serait rationnel que d'autres assureurs LAA puissent disposer également. C'est pourquoi elle est autorisée à se charger, dans le cadre des prescriptions légales, du traitement de sinistres pour des tiers. Les activités et les conditions cadres suivantes sont prévues: la prestation de la CNA consiste dans la mise en œuvre opérationnelle du traitement des

sinistres ou, en d'autres termes, dans la préparation des décisions d'octroi ou de refus des prestations d'assurance, ainsi que dans l'octroi de prestations de courte durée (en nature ou en espèces) à la charge de l'assureur compétent. En vue d'un traitement global des sinistres, ce traitement peut aussi porter sur des prestations des assurances complémentaires à la LAA et des assurances d'indemnités journalières selon la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA)<sup>27</sup>. La CNA n'assume en aucun cas le risque actuariel de l'assureur concerné, qui rendra toutes les décisions et signera les autres documents pertinents sous l'angle juridique, et qui veillera également à ce que les entreprises assurées auprès de lui et leurs collaborateurs soient informés de la collaboration avec la CNA. Il est à prévoir que cette prestation de la CNA intéressera surtout les assureurs qui ont un petit effectif d'assurés LAA.

### 3.2 **Commentaire article par article**

#### *Remplacement d'expressions*

La désignation «Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents/Schweizerische Unfallversicherungsanstalt/Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni» ainsi que les sigles «CNA/SUVA/INSAI» ne sont plus utilisés dans la loi. Ils seront remplacés par la désignation «Suva» dans les trois langues officielles. Celle-ci s'est imposée avec le temps dans toutes les régions de Suisse.

#### *Art. 1, al. 2, let. a<sup>bis</sup> (nouvelle)*

La LPGA n'est pas applicable aux activités accessoires (voir ch. 3.1.3) de la CNA, car il s'agit d'activités privées qui ne relèvent pas de la législation sur les assurances sociales.

#### *Art. 61, al. 1 et 3*

La «Suva» sera inscrite au Registre du commerce, afin qu'elle puisse accéder plus facilement aux marchés financiers en vue de placer ses réserves.

Comme aujourd'hui, l'établissement est soumis en tant qu'entreprise à la haute surveillance du Conseil fédéral. Pour la gestion de l'assurance, il est directement soumis aux autorités de surveillance, au même titre que les assureurs désignés à l'art. 68. Comme le permettent les principes énoncés dans le rapport sur le gouvernement d'entreprise, le règlement général d'organisation, le rapport annuel et les comptes annuels continueront d'être approuvés par le Conseil fédéral. Afin d'éviter des controverses sur la question de savoir si les règlements annexes au règlement général doivent aussi être approuvés par le Conseil fédéral, le texte proposé utilise le terme «règlement» au singulier (al. 3).

#### *Art. 62*                    **Organes**

Les organes existants sont complétés par un conseil de surveillance et un organe de révision (voir ch. 3.1.3). Dans la version allemande, le terme *Direktion* est remplacé par celui de *Geschäftsleitung*, qui correspond à l'usage courant.

<sup>27</sup> RS 221.229.1

Le conseil de surveillance est nommé par le Conseil fédéral pour une période de quatre ans. La durée de mandat ne sera plus limitée aux douze ans prévus pour les commissions extraparlimentaires de la Confédération. Cette limitation constitue souvent une entrave, surtout pour les associations d'employeurs et de travailleurs, dont les représentants sont en général des personnes qu'elles ont engagées à temps plein pour s'occuper des questions d'assurances sociales. En revanche, les membres du conseil de surveillance devront le quitter au plus tard à l'âge de 70 ans révolus.

Dans le cadre de ses fonctions de surveillance (voir ch. 3.1.3), ce conseil se voit conférer un certain nombre d'attributions qu'il n'est pas autorisé à déléguer. Ces tâches concernent la stratégie et l'organisation de l'entreprise ainsi que la présentation des comptes et les tarifs de primes. Le conseil de surveillance nomme l'organe externe de révision et soumet au Conseil fédéral des propositions pour la nomination du conseil d'administration. Il adopte en outre le rapport de gestion soumis à l'approbation du Conseil fédéral. Contrairement à ce qui est le cas de nos jours, il ne contrôle pas les comptes annuels en détail. Cette tâche incombe à l'organe de révision, qui est élevé au rang d'organe de la CNA (art. 62).

Art. 63a (nouveau) *Conseil d'administration*

Le conseil d'administration sera désormais composé de sept membres. Ceux-ci sont nommés pour quatre ans par le Conseil fédéral, sur proposition du conseil de surveillance. Conformément aux principes du gouvernement d'entreprise, il doit s'agir de personnes qui disposent de connaissances spécifiques et qui n'appartiennent pas simultanément au conseil de surveillance. La durée de leur mandat est également illimitée – les raisons invoquées à propos du conseil de surveillance sont encore plus pertinentes dans ce contexte. En outre, aucune limite d'âge n'est prévue. Se constituant lui-même, le conseil d'administration nomme les personnes chargées d'assurer sa présidence et sa vice-présidence. Il peut aussi instituer des commissions et édicter les règlements nécessaires.

Le conseil d'administration prépare les affaires du conseil de surveillance et lui soumet ses propositions pour approbation. Conformément aux principes du gouvernement d'entreprise, c'est à lui qu'incombe d'organiser la révision interne et de surveiller l'actuaire responsable. La liste des tâches du conseil d'administration, tâches qu'il ne peut déléguer, n'est pas exhaustive. Le conseil de surveillance peut lui en confier d'autres, qu'il ne sera pas non plus autorisé à déléguer. Cela permet de combler les lacunes qui pourraient surgir dans l'énumération des fonctions de surveillance (al. 4 et 5).

Les membres du conseil d'administration n'exercent pas d'autre fonction au sein de la CNA. Ils ne sont pas employés par l'entreprise. C'est pourquoi il suffit que l'al. 6 renvoie à la réglementation des honoraires des membres de conseils d'administration qui figure dans la loi du 24 mars 2000 sur le personnel fédéral (LPers)<sup>28</sup>.

*Art. 64* Direction

Comme tout le personnel de la CNA, les membres de la direction sont engagés sur la base des dispositions pertinentes du CO. Cet engagement n'est donc plus limité dans le temps (actuellement, ils sont nommés pour six ans par le Conseil fédéral). Il est en outre prévu que, conformément aux principes du gouvernement d'entreprise, les membres de la direction ne peuvent pas être membres du conseil de surveillance ou du conseil d'administration.

*Art. 64a (nouveau)* Devoirs de diligence et de fidélité

Cette nouvelle disposition prévoit expressément que, conformément aux principes du gouvernement d'entreprise, les membres du conseil de surveillance, du conseil d'administration et de la direction doivent faire preuve de diligence et de fidélité dans l'exercice de leur fonction.

*Art. 64b (nouveau)* Organe de révision

Les dispositions du droit de la société anonyme qui concernent la révision sont également applicables à la CNA. Si elles n'étaient applicables que par analogie, cela soulèverait bien des questions et il conviendrait notamment de régler l'étendue de la révision. Le projet précise en outre expressément que l'organe de révision doit aussi vérifier si les prescriptions relatives au système financier (art. 90) sont observées, ce qui touche en particulier les réserves imposées par la loi. N'entreront en ligne de compte comme organes de révision que des entreprises de vérification des comptes qui disposent des connaissances nécessaires en matière de sciences actuarielles. Actuellement, cette vérification n'est pas effectuée par la commission de contrôle des finances du conseil d'administration, ni par la société de révision qu'elle mandate, mais par l'expert actuaire nommé spécialement à cet effet comme représentant de la Confédération au sein du conseil.

L'organe de révision sera nommé pour trois ans au plus, comme cela est prévu au nouvel art. 730a, al. 1, CO. Son mandat est renouvelable plusieurs fois. En sa qualité d'organe de nomination, le conseil de surveillance pourra, comme c'est également le cas dans le CO, limiter la durée du mandat du réviseur principal.

*Art. 64c (nouveau)* Responsabilité

La responsabilité des organes de la CNA et des personnes chargées de la direction et de la révision pour les dommages qu'ils causent de manière illicite à un assuré ou à un tiers est régie par l'art. 78 LPGA en relation avec l'art. 19 de la loi du 14 mars 1958 sur la responsabilité (LRCF)<sup>29</sup>. Par contre, leur responsabilité envers l'entreprise elle-même n'est pas réglée à ce jour. La disposition proposée comble ainsi cette lacune. Comme le fonctionnement de la CNA peut être comparé à celui d'une institution de prévoyance, la solution proposée est reprise de l'art. 52 de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP)<sup>30</sup>.

<sup>29</sup> RS 170.32

<sup>30</sup> RS 831.40

*Art. 65*                      Présentation des comptes

Aujourd'hui, la LAA oblige les assureurs à tenir un compte séparé pour chaque branche d'assurance (art. 89, al. 2); la LAA prescrit en outre quelles normes comptables uniformes sont déterminantes pour calculer les réserves techniques (art. 89, al. 1) et quels systèmes de financement il faut choisir (art. 90). Mais elle ne contient aucune disposition sur les principes à observer pour la présentation des comptes. Pour les institutions d'assurance privées ayant pris la forme d'une société anonyme, ce sont les prescriptions de la LSA et du droit des sociétés anonymes qui s'appliquent à cet égard. Pour la CNA, il n'existe pas de règles détaillées sur la présentation des comptes. Elle observe de son propre chef les usages de la branche.

Ces dernières années ont vu naître, surtout sous l'influence de l'évolution aux Etats-Unis, diverses normes sur la présentation des comptes des sociétés anonymes qui ont pour objectifs de protéger les actionnaires et les créanciers de la société, de prendre en compte les intérêts des marchés et de promouvoir la transparence des résultats trimestriels ou annuels. La CNA n'ayant pas d'actionnaires et n'intervenant sur les marchés qu'en qualité de créancière, il n'y a aucune raison de l'obliger à présenter ses comptes en fonction des objectifs et des intérêts précités. Il est bien plus important de s'assurer qu'elle constitue les réserves prescrites par la loi, afin de pouvoir remplir ses obligations envers les assurés. Les destinataires des comptes de la CNA ne sont pas les marchés, mais ses assurés et leurs employeurs, ainsi que les autorités de surveillance. Ce fait doit être pris en considération lors de l'aménagement concret de la présentation de ses comptes.

La disposition proposée applique à la CNA les principes du droit des sociétés anonymes (voir art. 662 à 670 CO). Les articles pertinents du CO n'y sont toutefois pas expressément cités, afin qu'il soit bien clair que les règles sur la présentation des comptes des sociétés anonymes, notamment celles qui s'appuient sur les normes précitées, ne s'appliquent à la CNA que dans la mesure où la nature particulière de cette institution le permet. Sont en outre réservées les dispositions spéciales concernant la gestion de l'assurance-accidents par la CNA (art. 90 ss.).

*Art. 65a (nouveau)*                      Actuaire responsable

Nommé par le conseil d'administration, l'actuaire responsable occupera la même position et les mêmes fonctions que l'actuaire responsable d'une société d'assurance privée.

*Art. 65b (nouveau)*                      Personnel

Afin d'être complet, le projet rappelle expressément dans la loi les principes essentiels du droit applicable au personnel. Il n'en résulte aucun changement de fond pour le personnel de la CNA. Celui-ci est déjà soumis aux règles du CO en vertu d'un règlement sur les rapports de travail édicté par le conseil d'administration. Par ailleurs, la CNA dispose aujourd'hui déjà de sa propre caisse de pension.

*Art. 65c (nouveau)*                      Impôts

En sa qualité d'établissement de droit public, la CNA est aujourd'hui exonérée des impôts directs. Dès lors qu'elle exerce à titre accessoire certaines activités commerciales (voir art. 67a), elle doit être assujettie à l'impôt pour ces activités, comme les

autres entreprises. Elle reste cependant exonérée, en vertu de l'art. 80 LPGA, pour tout ce qui a trait à la gestion de l'assurance-accidents.

*Art. 67a (nouveau)*                      Activités accessoires

*Al. 1*

*Let. a:* Gestion de cliniques de réadaptation

Il est dit expressément que la CNA peut gérer de telles cliniques aux conditions de l'al. 3.

*Let. b:* Traitement de sinistres pour des tiers

La CNA a une longue expérience du traitement des sinistres, qu'elle sera autorisée à mettre au service de tiers (voir ch. 3.1.3).

*Let. c:* Développement de produits de sécurité et vente de ces produits

Il est juste que la CNA soit autorisée à vendre elle-même les produits de sécurité qu'elle a mis au point et qu'elle puisse financer leur développement de cette manière. Il y a là une incitation à élaborer et à mettre sur le marché de tels produits, qui sont utiles à la prévention des accidents. Pour cela, il faut une base légale expresse. En revanche, la CNA n'a pas le droit de vendre des produits de sécurité élaborés par des tiers, car son statut d'établissement de droit public rendrait une telle activité problématique.

*Let. d:* Conseils et formation en matière de promotion de la santé en entreprises

Il n'est pas toujours facile, dans une situation donnée, de distinguer les mesures visant à prévenir les accidents et les maladies professionnels de celles qui concernent la promotion de la santé en entreprise. De très nombreuses entreprises souhaitent donc que les deux aspects soient traités comme un tout. C'est pourquoi le projet autorise explicitement la CNA à offrir contre rémunération des conseils et une formation en matière de promotion de la santé en entreprises. L'al. 2, let. a, demeure réservé.

*Al. 2 à 4*

En matière de prévention des accidents et des maladies professionnels, la CNA remplit des tâches relevant de la puissance publique (art. 85, al. 1). C'est pourquoi le texte proposé exige expressément que les activités accessoires soient compatibles avec les tâches relevant de la puissance publique.

Toutes les activités accessoires doivent être autofinancées. Pour les exercer, la CNA doit donc soit gérer elle-même des centres de prestations ayant une comptabilité distincte, soit fonder des sociétés anonymes au sens du CO dont elle possède la majorité des actions et des voix. Les excédents ou les pertes seront portés à l'actif ou au passif d'une réserve séparée de la CNA.

*Art. 70, al. 3 (nouveau)*

La CNA sera autorisée à traiter des sinistres pour des tiers (art. 67a, al. 1, let. b). Il s'agit avant tout de cas relevant de la LAA. L'expérience des autorités de surveillance montre que ceux-ci représentent l'essentiel de l'activité des assureurs-LAA. Pour que la CNA puisse accomplir cette tâche, il faut que les autres assureurs-LAA soient habilités à la lui transférer. C'est ce que prévoit la nouvelle disposition. Le

transfert doit faire l'objet d'une autorisation, car les autorités compétentes doivent aussi pouvoir surveiller le traitement des sinistres qu'un assureur a confié à une entité extérieure. Une telle autorisation existe déjà dans l'assurance privée (voir art. 4, al. 2, let. j, LSA). Elle s'impose donc d'autant plus dans cette branche de l'assurance sociale. Le transfert d'une tâche à un autre assureur-LAA soulève des questions de protection des données (par ex. lorsque l'assureur mandaté est amené à connaître les données médicales d'un assuré). Le Conseil fédéral est chargé d'édicter des règles à ce sujet.

## **4 Conséquences financières**

### **4.1 Pour la Confédération et les cantons**

L'assurance-accidents est financée par les primes des travailleurs et des employeurs. Les modifications proposées n'ont pas de conséquence directe pour la Confédération, qui n'est concernée que dans sa fonction d'employeur.

Compte tenu de la suppression du tarif de primes commun (voir ch. 2.1.3.9) et, partant, de la nécessité de renforcer la surveillance, y compris la possibilité de prononcer des sanctions, l'Office fédéral de la santé publique a besoin de postes de travail supplémentaires. Ce besoin est estimé à six postes à plein temps dès l'entrée en vigueur de la révision (partielle) de la LAA, ce qui générerait des charges financières de l'ordre de un million de francs par année.

### **4.2 Pour l'assurance-accidents**

Les modifications suivantes ont des conséquences financières notables pour l'assurance-accidents:

- La modification prévue du quantile pour la détermination du gain maximal assuré a pour effet que ce dernier n'aura plus besoin d'être adapté (à la hausse) aussi souvent. De ce fait, les recettes de primes augmenteront aussi moins vite.
- La réduction de la rente d'invalidité à l'âge ordinaire de la retraite selon l'AVS en fonction de l'âge au moment de l'accident (réduction linéaire de 50 % lorsque l'accident est survenu entre 25 et 45 ans, art. 20, al. 2<sup>ter</sup>) aurait, sur la base des chiffres de 2007, réduit les dépenses d'environ 113 millions de francs pour la CNA et de 55 millions de francs pour les assureurs privés. Cela correspond respectivement à 3,5 % et 4 % du volume des primes nettes.
- La réduction de la rente d'invalidité à l'âge prévu par l'al. 2 de la disposition transitoire permettrait à la CNA de réduire (réduction unique) sa réserve pour les rentes non encore fixées d'un montant estimé à 500 millions de francs et d'abaisser son capital de couverture d'environ 830 millions de francs. Les assureurs privés estiment ces baisses à respectivement 270 et 230 millions de francs. Les capitaux de couverture ainsi libérés sont réservés au financement de futures allocations de renchérissement ou de nouveaux capitaux de couverture nécessités par des changements des bases de calcul. Comme ces coûts n'auront plus à être financés, les primes augmenteront moins vite que si ces fonds n'avaient pas été libérés.

- Même avec un délai transitoire de dix ans, la CNA et les caisses-maladie devront supporter une charge non quantifiable si le système de la couverture des besoins est introduit pour financer les prestations de courte durée. L'introduction de ce système n'aura en revanche pas d'incidence pour les assureurs privés, qui aujourd'hui déjà appliquent cette méthode de financement. Pour la CNA, elle implique une reconstitution de son capital de couverture pour environ un milliard de francs. Il n'est pas possible d'en évaluer précisément les incidences pour les caisses-maladie.

Les autres modifications soit n'ont aucune conséquence financière pour l'assurance-accidents ni, le cas échéant, pour la prévention des accidents, soit ont des conséquences minimales ou des effets non quantifiables, mais insignifiants, par rapport à l'assurance LAA.

### **4.3 Pour les autres assurances sociales et pour la prévoyance professionnelle**

Le projet n'a pas de conséquences pour l'AVS, mais il en a pour l'assurance-chômage: aujourd'hui, le montant maximal du gain assuré dans l'assurance-accidents obligatoire vaut également pour le calcul des cotisations et des prestations de l'assurance-chômage (art. 3, al. 2, et art. 23, al. 1, LACI). Comme cette dernière continuera de calculer ses cotisations et ses prestations d'après le montant maximal du gain assuré dans l'assurance-accidents obligatoire, la réduction à 90 % à 95 % de la fourchette des travailleurs couverts pour le gain intégral se répercutera forcément sur ses recettes et ses dépenses.

Etant donné que les rentes maximales en cas d'accidents seront moins élevées après l'abaissement du quantile déterminant pour fixer le gain maximal assuré (art. 15, al. 3), le 2<sup>e</sup> pilier devra plus souvent compléter les rentes. Le surcoût qui en résultera n'est pas exactement chiffrable, mais il devrait toutefois rester dans des proportions modestes.

La réduction de la rente d'invalidité à l'âge ordinaire de la retraite selon l'AVS en fonction de l'âge de l'assuré au moment de l'accident (réduction linéaire de 50 % lorsque l'accident est survenu entre 25 et 45 ans, art. 20, al. 2<sup>ter</sup>) ne provoquera pas, en cas d'adaptation correspondante des règles de surindemnisation et de coordination de la prévoyance professionnelle obligatoire (voir ch. 2.1.3.2), de dépenses supplémentaires dans ce domaine pour les caisses de pension. Dans la prévoyance professionnelle subobligatoire, la modification peut par contre engendrer des coûts supplémentaires car une partie de la réduction actuelle des prestations peut être supprimée.

La nouvelle réglementation des lésions corporelles semblables aux conséquences d'un accident (art. 6, al. 2) pourra éventuellement décharger l'assurance-maladie sociale.



## **5 Conséquences économiques**

Etant donné que, par suite de la réduction des rentes d'invalidité à l'âge ordinaire de la retraite et de la disposition transitoire qui s'y rapporte, les primes augmenteront moins (voir ch. 4.2), la charge sera moindre pour l'économie.

### **Activités accessoires de la CNA**

En ce qui concerne les conséquences économiques des activités accessoires de la CNA, il faut considérer d'abord leurs effets sur la concurrence. Parmi les activités énumérées à l'art. 67a, le développement de produits pour la sécurité et la vente de ces produits, le conseil et la formation dans le domaine de la promotion de la santé en entreprise, de même que la gestion de cliniques de réadaptation, sont pratiquement sans effets sur la concurrence, soit parce que le chiffre d'affaires visé est modeste (quelques centaines de milliers de francs, éventuellement quelques millions de francs), soit, comme dans le cas des cliniques de réadaptation, parce qu'il n'y a pas de véritable situation de concurrence.

*Le traitement de sinistres pour des tiers* tend à augmenter l'efficacité de l'assurance-accidents dans son ensemble. L'offre de la CNA permet en particulier aux petits assureurs de rester concurrentiels malgré la complexité croissante de la gestion des sinistres. Il n'y a pas lieu de craindre une distorsion de la concurrence par la CNA, car il n'y a pas de marché pour le traitement intégral des sinistres pour des tiers.

## **6 Frein aux dépenses**

Le présent projet ne contient ni dispositions portant sur des subventions, ni crédits d'engagement, ou plafond de dépenses qui entraînent des dépenses uniques de plus de 20 millions de francs ou de nouvelles dépenses périodiques de plus de deux millions de francs; de ce fait, il n'est pas soumis à la disposition constitutionnelle relative au frein aux dépenses (art. 159, al. 3, let. b, Cst.). N'est cependant pas prise en considération l'éventualité très improbable selon laquelle la Confédération serait tenue d'allouer des prestations d'assurance en cas de grand sinistre (voir art. 77a et 90, al. 5).

## **7 Lien avec le programme de la législature**

Le projet est annoncé dans le message sur le programme de la législature 2007 à 2011<sup>31</sup>.

<sup>31</sup> FF 2008 723

## **8 Rapports avec le droit international**

### **8.1 Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels**

Adopté par l'ONU en 1966, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pacte I) est entré en vigueur pour la Suisse le 18 septembre 1992. Son art. 9 reconnaît le droit de toute personne à la sécurité sociale, qui comprend les assurances sociales. De plus, chaque Etat contractant doit garantir que les droits énoncés dans le Pacte seront exercés sans discrimination aucune, notamment sans discriminations fondées sur la nationalité (art. 2, al. 2). Le projet est compatible avec cet instrument international.

### **8.2 Instruments adoptés par l'Organisation internationale du Travail (OIT)**

La Suisse a ratifié, le 16 novembre 1927, la Convention (n° 18) sur les maladies professionnelles, 1925. Il y est déclaré que les victimes de maladies professionnelles ont droit à une réparation fondée sur les principes généraux relatifs à la réparation des accidents du travail qui ressortent de la législation de l'Etat ayant ratifié la Convention. En outre, les maladies et les intoxications produites par les substances inscrites dans la Convention sont considérées comme des maladies professionnelles dès lors qu'elles atteignent des travailleurs appartenant aux industries ou professions également désignées par cet instrument.

La Convention (n° 19) sur l'égalité de traitement (accidents du travail), de 1925, a été ratifiée par la Suisse le 1<sup>er</sup> février 1929. Elle oblige tout membre de l'OIT qui l'a ratifiée à accorder aux ressortissants d'un autre Etat membre l'ayant ratifiée qui sont victimes d'un accident du travail sur son territoire le même traitement en matière de réparation qu'à ses propres ressortissants. Le projet est compatible avec les Conventions n°s 18 et 19.

La Suisse a ratifié, le 18 octobre 1977, la Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), de 1952. La partie VI de cet instrument traite des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Ces prestations doivent notamment compenser l'incapacité de travail, la perte totale ou partielle de la capacité de gain et la perte de moyens d'existence subie par la veuve de la victime.

Dans le projet, diverses dispositions ont été adaptées en vue de rendre la LAA compatible avec la Convention n° 102 (voir art. 10 et 29 LAA et ch. 2.3.1 ci-dessus).

### **8.3 Normes de l'Union européenne**

L'art. 39 du Traité instituant la Communauté européenne pose le principe fondamental de la libre circulation des travailleurs. La mise en œuvre de ce principe appelle une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale (art. 42 dudit Traité). Celle-ci fait l'objet du Règlement n° 1408/71 du Conseil relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, texte

qui est complété par le Règlement n° 574/72 du Conseil contenant les dispositions d'application. Ces deux instruments ont pour seul objectif d'assurer la coordination des systèmes de sécurité sociale des Etats membres à partir des principes de coordination internationale suivants: égalité de traitement entre les ressortissants d'un Etat membre et ses propres ressortissants, maintien des droits acquis dans les différents Etats membres et versement des prestations dans tout l'espace européen. Par ailleurs, l'art. 137 du Traité instituant la Communauté européenne enjoint à chaque Etat membre de promouvoir et d'améliorer la sécurité et la santé des travailleurs sur leur lieu de travail. Cette disposition a été mise en œuvre au moyen de diverses directives et recommandations.

Le droit communautaire ne prévoit aucune harmonisation des systèmes nationaux de sécurité sociale. Les Etats membres peuvent déterminer librement, dans le respect des principes de coordination établis par la Communauté européenne, la conception, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leur régime de sécurité sociale.

Depuis l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes conclu avec la Communauté européenne et ses Etats membres (1<sup>er</sup> janvier 2002), la Suisse participe au système de coordination européen. Le projet est compatible avec ce système (voir art. 115a LAA).

## **8.4 Instruments du Conseil de l'Europe**

S'agissant des droits économiques et sociaux, la Charte sociale européenne, du 18 octobre 1961, constitue le pendant de la Convention européenne des Droits de l'Homme. Son art. 12 proclame le droit à la sécurité sociale. Il y est dit que les Parties contractantes s'engagent à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale, à faire en sorte qu'il demeure à un niveau satisfaisant, à s'efforcer de le porter progressivement à un niveau plus haut et à prendre les mesures permettant d'assurer l'égalité de traitement entre leurs propres ressortissants et ceux des autres parties contractantes. La Suisse a signé la Charte le 6 mai 1976, mais le Parlement a refusé de la ratifier en 1987, de sorte qu'elle n'est pas impérative pour notre pays.

Le contenu matériel de la Charte de 1961 a été actualisé et adapté dans la Charte sociale européenne (révisée) du 3 mai 1996, qui constitue un instrument distinct n'abrogeant pas le précédent. La Charte révisée traite également du droit à la sécurité sociale à son art. 12. Elle est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 1999. La Suisse ne l'a pas ratifiée.

Notre pays a ratifié, le 16 septembre 1977, le Code européen de sécurité sociale, adopté le 16 avril 1964. Elle n'a toutefois pas accepté la partie II du Code, consacrée aux soins médicaux. Par contre, elle n'a pas exclu la partie VI relative aux prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Le Code est complété par un Protocole, qui établit des normes plus élevées et que la Suisse n'a pas ratifié. Adopté le 6 novembre 1990, le Code européen de sécurité sociale (révisé) est un instrument distinct du Code de 1964, qu'il ne remplace pas. Il contient des normes qui vont plus loin que le Code précédent, notamment un champ d'application personnel plus étendu, de nouvelles prestations et un montant plus élevé pour les prestations en nature. Dans le même temps, le nouveau texte est beaucoup plus souple, en ce sens que les conditions de ratification ont été allégées et

que les normes sont formulées de manière à tenir compte le plus possible des législations nationales. Aucun Etat membre ne l'ayant ratifié à ce jour, le Code révisé n'est pas encore en vigueur.

## **9 Aspects juridiques**

### **9.1 Constitutionnalité**

Les modifications apportées par le projet se recouvrent avec les art. 110, al. 1, let. a, et 117 de la Constitution (Cst.). Le projet de révision est donc conforme à la Constitution.

### **9.2 Forme des actes législatifs**

Selon l'art. 164, al. 1, Cst., toutes les dispositions importantes qui fixent des règles de droit doivent être édictées sous la forme d'une loi fédérale. C'est pourquoi le présent projet de révision de la LAA est soumis à la procédure législative ordinaire.

### **9.3 Délégation de compétences législatives**

La compétence d'édicter les règles complémentaires nécessaires à la gestion de l'assurance-accidents obligatoire est déléguée, comme d'ordinaire, au Conseil fédéral. Outre celles qu'il possède déjà, il se voit attribuer de nouvelles compétences dans les domaines suivants:

- la fixation du début de l'assurance dans des cas spéciaux (art. 3, al. 1);
- les rémunérations et les prestations de remplacement qui doivent être considérées comme salaire ainsi que les conventions sur la prolongation de l'assurance (art. 3, al. 5);
- les cas dans lesquels le droit à l'indemnité journalière naît en l'absence de perte de gain (art. 16, al. 1<sup>bis</sup>);
- l'assurance-accidents des personnes au chômage (art. 66, al. 3<sup>bis</sup>, et art. 92, al. 10);
- la détermination du moment à partir duquel l'assuré a droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dans des cas spéciaux (art. 24, al. 2, 2<sup>e</sup> phrase);
- la protection des données et la procédure d'autorisation en cas de traitement de sinistres pour un tiers (art. 70, al. 3);
- les rechutes et les séquelles tardives ainsi que l'avance des prestations (art. 77, al. 3);
- l'attestation de formation pour l'exécution de travaux présentant des dangers particuliers, la réglementation de la formation et la reconnaissance des cours (art. 82a);
- les mesures de sécurité propres aux chantiers (art. 83, al. 3);

- les contributions des entreprises étrangères à la prévention des accidents (art. 87a);
- la prise en compte du risque effectif dans le calcul de la prime (art. 92, al. 9).

Aucune nouvelle compétence législative n'est déléguée au DFI.

