



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents

Rapport explicatif concernant la modification de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA)

Entrée en vigueur prévue le 1^{er} janvier 2017

Teneur des dispositions et commentaire

Berne, octobre 2016

Table des matières

1	Cadre général	5
2	Éléments essentiels de la révision de l'ordonnance	5
3	Commentaire des dispositions	6
Remplacement d'expressions		6
Art. 2	Exceptions à l'obligation d'être assuré	6
Art. 3	Personnes bénéficiant de privilèges en vertu du droit international	7
Art. 9	Lésions corporelles assimilées à un accident	7
Art. 15	Traitement hospitalier	7
Art. 16	Changement de médecin, de dentiste, de chiropraticien ou d'hôpital	7
Art. 18	Aide et soins à domicile	7
Art. 19	Moyens auxiliaires	7
Art. 20	Frais de sauvetage, de dégagement, de voyage et de transport	7
Art. 22	Gain assuré en général	8
Art. 23	Salaire déterminant pour l'indemnité journalière dans des cas spéciaux	8
Art. 27	Déduction en cas de séjour hospitalier	9
Art. 31	Calcul des rentes complémentaires en général	9
Art. 32	Calcul des rentes complémentaires dans des cas spéciaux	9
Art. 33	Adaptation des rentes complémentaires	9
Art. 33a	Objet de la réduction de la rente à l'âge de la retraite	9
Art. 33b	Réduction de la rente à l'âge de la retraite en cas de pluralité d'accidents	9
Art. 33c	Réduction de la rente à l'âge de la retraite en cas de rechutes et de séquelles tardives	10
Art. 36	Indemnité pour atteinte à l'intégrité	10
Art. 37	Naissance et extinction du droit à l'allocation	11
Art. 43	Calcul des rentes complémentaires	11
Art. 53	Déclaration d'accident	11
Art. 56	Collaboration de l'employeur ou de l'organe compétent de l'assurance-chômage	11
Titre précédant l'art. 67		11
Art. 67	Principes des soins	12
Titre précédant l'art. 68		12
Art. 68	Hôpitaux et établissements de cure	12
Titre précédant l'art. 69a		12
Art. 70	Tarifs	13
Art. 70a	Calcul des coûts et classement des prestations	13
Art. 70b	Rémunération du traitement ambulatoire	14
Art. 70c	Rémunération du traitement hospitalier	14
Art. 71	Coordination des tarifs	14
Art. 72	Devoir d'information des assureurs et des employeurs ainsi que de l'organe compétent de l'assurance-chômage	15
Art. 72b	Limitation de la durée de fonction des membres du conseil d'administration	15
Art. 84	Ecoles de métiers et ateliers protégés	15
Art. 85	Entreprises de travail temporaire	15
Art. 93	Contrat-type	15
Art. 95	Attribution à un assureur	15
Art. 95a	Tâches de la caisse supplétive en cas de grands sinistres	15
Art. 98	Droit des administrations publiques de choisir leur assureur	16
Art. 99	Allocation des prestations en cas de pluralité d'employeurs	17
Art. 100	Allocation des prestations en cas de pluralité d'accidents	17
Art. 102a	Obligation de verser les prestations à titre provisoire	17
Art. 103	Collaboration des assureurs	17
Art. 108	Normes comptables	17
Art. 110	Réserves	17

Art. 111	Fonds de réserve	18
Art. 112a	Financement des allocations de renchérissement par les assureurs désignés à l'art. 68, al. 1, let. a, et par la caisse supplétive	18
Art. 113	Classes et degrés	18
Art. 115	Gain soumis à une prime	18
Art. 123a	Droit d'accès	19
Art. 124	Décisions	19
Art. 128	Prestations en cas d'accident et de maladie	19
Titre précédant l'art. 129		19
Art. 129	Montant de l'indemnité journalière	19
Titre précédant l'art. 130		19
Art. 130	Gain intermédiaire selon l'art. 24 LACI	19
Art. 131	Primes	19
Art. 132	Recours formé par l'OFSP	20
Titre précédant l'art. 140a		20
Art. 140a	Recours formé par l'OFSP	20
Titre précédant l'art. 141		20
Art. 147b	Dispositions transitoires	20
II		21
III		21
IV		21
Modification d'autres actes		21
1.	Ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (OPP 2 ; RS 831.441.1)	21
Contexte		21
Dispositions d'ordonnance		21
Art. 6	Début de l'assurance	21
Art. 24	Réduction des prestations d'invalidité perçues avant l'âge ordinaire de la retraite et des prestations de survivants	22
Art. 24a	Réduction des prestations d'invalidité à l'âge ordinaire de la retraite	22
Effets de la solution proposée sur les prestations réglementaires		24
Art. 25		24
Art. 26a et 26b		24
2.	Ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents et des maladies professionnels (OPA ; RS 832.30)	24
Remplacement d'une expression		24
Art. 1	Principe	24
Art. 50	Maladies professionnelles	24
Art. 58	Rapports d'activité	25
Art. 61	Visites d'entreprises et enquêtes	25
Art. 64	Décision	25
Art. 92	Affectation du supplément de prime	25
3.	Ordonnance du 10 novembre 1993 sur l'assurance militaire (OAM ; RS 833.11)	26
Art. 9a et 13 à 13c		
Principes des soins, tarifs, calcul des coûts et classement des prestations, rémunération du traitement ambulatoire et du traitement hospitalier		26
Art. 11	Hôpitaux, établissements de cure et centres de dépistage	26
Art. 14	Coordination des tarifs	26

Art. 16	Gain assuré dans le cas de l'indemnité journalière	26
Art. 20	Cotisations aux assurances sociales pour les personnes de condition indépendante et pour les personnes n'exerçant aucune activité lucrative	26
Art. 31	Coordination avec l'assurance-accidents	27
Art. 33	Assistance juridique gratuite dans la procédure administrative	27
4.	Ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (OACI ; RS 837.02)	27
Art. 36	Assurance obligatoire des accidents non professionnels	27

1 Cadre général

La révision de la loi sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20) a été adoptée en vote final par les deux Chambres le 25 septembre 2015.

Après que le Parlement eut renvoyé au Conseil fédéral le projet 1 (Assurance-accidents et prévention des accidents) proposé dans le message du 30 mai 2008, un message additionnel lui fut soumis le 19 septembre 2014 avec une nouvelle version du projet 1 ainsi que des propositions de modification du projet 2, lequel avait été suspendu jusque-là. Le contenu du message additionnel s'appuyait dans une mesure déterminante sur une solution de compromis élaborée par les partenaires sociaux et qui avait également le soutien des assureurs.

Le Parlement a largement respecté le fait que les propositions de révision qui lui étaient soumises étaient le fruit d'un processus consensuel impliquant largement tous les intéressés, et il les a adoptées presque sans changement. Dans ce contexte, la révision de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202) se limite pour l'essentiel aux thèmes de la révision de loi qui n'ont pas été contestés, sous forme de précisions d'ordre technique. Les nouveautés et les adaptations apportées devraient simplifier et améliorer encore sur quelques points l'application du droit de l'assurance-accidents, qui sur le fond a fait ses preuves.

2 Eléments essentiels de la révision de l'ordonnance

- Réduction de rente à l'âge de la retraite

L'art. 22, al. 2^{ter}, LAA a introduit une réduction des rentes d'invalidité, qui dans l'assurance-accidents sont versées à vie, lorsque l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite. Des prescriptions complémentaires sont nécessaires à ce propos pour clarifier les modalités de réduction dans les cas spéciaux, p. ex. lorsque l'invalidité totale résulte de plusieurs accidents qui sont tous cause d'invalidité.

- Dispositions de coordination dans la prévoyance professionnelle

Pour éviter que les réductions de rente opérées dans l'assurance-accidents ne provoquent des prestations supplémentaires compensatoires dans la prévoyance professionnelle, des dispositions de coordination appropriées sont inscrites dans l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (OPP 2 ; RS 831.441.1).

- Assurance-accidents des personnes au chômage

La révision de la loi ancre dans la LAA l'assurance-accidents des personnes au chômage. A cette fin, plusieurs dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage (RS 837.171) ont été déplacées dans la LAA. Afin de garantir que l'ensemble de cette branche d'assurance soit réglée dans le droit de l'assurance-accidents obligatoire, les dispositions restantes sont intégralement reprises dans le projet de modification de l'OLAA et regroupées sous le titre 8. L'ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage peut donc être abrogée.

- Indemnité pour atteinte à l'intégrité

L'art. 24, al. 2, LAA révisé accorde au Conseil fédéral la compétence de déterminer dans des cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé due à l'inhalation de fibres d'amiante, un moment différent pour la naissance du droit. Ainsi, pour les maladies professionnelles caractérisées par un mésothéliome ou par d'autres tumeurs pour lesquelles le pronostic de survie est d'une brièveté comparable, cette disposition prévoit que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité naît au moment où la maladie se déclare. Cette réglementation correspond au concept de l'indemnisation des victimes de l'amiante prévue par la « Table ronde Amiante ».

- Tarifs médicaux

Dans le cadre d'une procédure de fixation de tarif, le Tribunal administratif fédéral a jugé, dans un arrêt du 10 décembre 2014 (C-529/2012), que l'AA/AI/AM ne comprend aucune prescription de fond sur le calcul des tarifs. Si les principes applicables sont les mêmes que ceux en vigueur dans l'assurance-maladie, ce qui semble adéquat, il faut que cela soit précisé ainsi au moins au niveau de

l'ordonnance. Le tribunal a également critiqué le fait que le taux de couverture des coûts par les assureurs sociaux AA/AI/AM n'est pas non plus réglé.

L'arrêt du Tribunal administratif fédéral a offert l'occasion de concrétiser la compétence du Conseil fédéral, inscrite à l'art. 56, al. 2, LAA, de veiller à la coordination avec les réglementations tarifaires d'autres branches des assurances sociales et de les déclarer applicables, et cela en procédant autant que possible à une harmonisation avec le droit de l'assurance-maladie en matière de tarifs.

Outre une formulation des principes des soins, le projet prévoit que l'OLAA précise sous une forme générale et abstraite que, dans le domaine de l'assurance-accidents, certains principes tarifaires inscrits aux art. 43 et 49 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) s'appliquent par analogie. Selon la conviction des juges, l'autorité compétente ayant à fixer un tarif par voie de décision pourra déterminer sur cette base un tarif concret au sens strict, c'est-à-dire fixer la valeur du point de taxation ou celle du cas de base.

Conformément à l'observation des juges fédéraux, le projet spécifie également qu'à la différence de ce que prévoit l'assurance obligatoire des soins, le taux de couverture des coûts pour les traitements hospitaliers est de 100 % dans l'assurance-accidents.

Enfin, il est précisé que les tarifs doivent reposer sur des structures uniformes à l'échelle suisse.

- Grands sinistres

Pour les sinistres qui excèdent une limite déterminée, les assureurs sont tenus, en vertu de l'art. 68 LAA, d'instituer un fonds de compensation auprès de la caisse supplétive. L'ordonnance ne définit que quelques principes de base, laissant aux assureurs le soin d'en définir l'organisation et de régler les détails, ce qu'ils feront dans un règlement d'administration qui requiert l'approbation du département.

- Réserves

Les prescriptions surannées de l'art. 111 OLAA sont abrogées et remplacées par de nouvelles dispositions renvoyant aux prescriptions de la loi spéciale applicables aux différentes catégories d'assureurs. Pour les caisses-maladie et pour la CNA, des règles spéciales sont définies, inspirées des principes reconnus du test de solvabilité et tenant compte des particularités de la LAA.

- CFST

Afin d'améliorer la gouvernance de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST), il est précisé à l'art. 92 de l'ordonnance sur la prévention des accidents et des maladies professionnels (OPA ; RS 832.30) que l'utilisation des suppléments de primes doit se conformer aux décisions de la commission de coordination. Elle seule détient le droit de décision. La CNA n'a dans le cadre de l'administration des suppléments de prime qu'une fonction fiduciaire.

3 Commentaire des dispositions

Remplacement d'expressions

La présente révision, de grande ampleur, offre l'occasion d'adapter l'ordonnance sur l'assurance-accidents aux directives sur la technique législative (DTL) en vigueur. Dans toute l'ordonnance, en conséquence, l'expression « le département » est remplacée par « le DFI » et, dans la version allemande, le sigle « SUVA » est remplacé par « Suva » et le terme « Bundesamt » par « BAG ».

Art. 2 Exceptions à l'obligation d'être assuré

Al. 1, let. g

La jurisprudence ne qualifie plus, dans le droit de l'AVS, l'activité du concubin qui tient le ménage comme une activité lucrative, raison pour laquelle les personnes dans ce cas ne sont plus soumises à l'obligation de cotiser à l'AVS en tant que personnes exerçant une activité lucrative. L'exception de la let. g peut donc être supprimée.

Art. 3 Personnes bénéficiant de privilèges en vertu du droit international

Dans la version allemande, le terme « Bundesamt » est remplacé par le sigle « BAG ».

Art. 9 Lésions corporelles assimilées à un accident

Al. 3

L'al. 3 actuel devient une disposition unique et doit être complété par le renvoi à l'art. 6, al. 2, de la loi.

Art. 15 Traitement hospitalier

Remarque générale

Aux al. 1, 2 et 3, le terme d'« établissement hospitalier » est remplacé par celui d'« hôpital » en raison du changement de terminologie dans la LAA. La modification du titre ne concerne que l'allemand.

Al. 2

Par souci de clarté, il est précisé qu'un hôpital qui n'a pas conclu de convention tarifaire a uniquement droit au remboursement de ce qu'on appelle la taxe de référence. En vertu du principe de la prestation en nature, ce droit n'existe que vis-à-vis de l'assureur. Il n'est pas admissible de facturer à l'assuré des frais de traitement dépassant ce montant.

Art. 16 Changement de médecin, de dentiste, de chiropraticien ou d'hôpital

La terminologie est adaptée à celle de la LAA dans le titre et dans le texte ; le terme d'« établissement hospitalier » est remplacé par celui d'« hôpital ».

Art. 18 Aide et soins à domicile

Remarque générale

Dans le titre et aux al. 1 et 2, le terme de « soins à domicile » est remplacé, comme dans la LAA, par celui désormais usuel d'« aide et de soins à domicile ». En outre, une clarification terminologique est apportée aux al. 1 à 3, en ceci que le terme de « soins » est réservé au traitement médical de l'assuré, tandis que celui d'« aide » désigne l'assistance non médicale apportée à celui-ci.

Al. 2

Par souci d'égalité juridique, la participation volontaire aux frais résultant de l'aide et des soins à domicile donnés par une personne non autorisée est abandonnée. En lieu et place, le droit aux prestations lorsque la personne non autorisée prodigue les soins médicaux à domicile dans les règles de l'art est inscrit dans l'ordonnance (let. a).

Le droit à une participation aux frais d'aide non médicale à domicile, lorsque ceux-ci ne sont pas couverts par une allocation pour impotent, est également inscrit dans l'ordonnance (let. b).

Art. 19 Moyens auxiliaires

Le terme entre parenthèses « département » est remplacé par le sigle « DFI ».

Art. 20 Frais de sauvetage, de dégagement, de voyage et de transport

Al. 3

Lorsque les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur le remboursement des frais de sauvetage et de dégagement, le DFI est habilité à fixer des montants maximaux.

Art. 22 Gain assuré en général

Al. 4, 3^e et 4^e phrases

Les rentes d'invalidité et de survivants de l'assurance-accidents obligatoire sont en principe calculées d'après le gain assuré qui correspond au salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15, al. 2, LAA). Mais comme cette disposition procède d'un modèle d'occupation traditionnel, le législateur a chargé le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions pour les cas spéciaux, notamment lorsque l'assuré est occupé de manière irrégulière (art. 15, al. 3, let. d, LAA). La réglementation s'inspire des considérants de l'arrêt du Tribunal fédéral ATF 138 V 106 ss. Pour les assurés étrangers, la période qui fait l'objet de la conversion est limitée à celle durant laquelle l'assuré était autorisé à travailler en Suisse au regard du droit des étrangers.

Une personne est réputée occupée de manière irrégulière lorsque son temps de travail moyen ne reste pas le même sur une certaine durée. L'art. 22, al. 4, règle pour cette catégorie de personnes le gain assuré déterminant pour le calcul de la rente. Pour un rapport de travail de durée indéterminée de moins d'une année, il est supposé que l'assuré aurait travaillé toute l'année aux mêmes conditions, raison pour laquelle le salaire perçu sur cette période est converti sur une année entière (al. 4, 2^e phrase). Dans la version actuelle, l'al. 4, 3^e phrase, dit qu'en cas d'activité de durée déterminée, la conversion se limite à la durée prévue.

Dans l'ATF 138 V 106 du 15 décembre 2011, le Tribunal fédéral a constaté que, sur le marché suisse du travail également, les contrats de travail hors norme tels que contrats à temps partiel, contrats sur appel, contrat avec des sociétés de travail temporaire, contrats freelance, etc. sont de plus en plus répandus depuis un certain temps. Pour ces formes de travail et d'autres similaires, dites atypiques, le risque existe que les employés concernés soient exclus d'une protection d'assurance appropriée si le calcul des prestations en espèces de l'assurance-accidents obligatoire est fondé d'emblée sur le gain réalisé temporairement au moment de l'accident. Un contrat de travail de durée déterminée ne peut pas être assimilé dans tous les cas à une activité de durée déterminée au sens de l'al. 4, 3^e phrase. Il faut, au contraire, ramener le salaire touché au moment de l'accident à la « durée normale de l'occupation », qui peut être déterminée d'après le parcours professionnel de l'assuré.

Pour garantir que le salaire déterminant pour le calcul de la rente soit établi de façon correcte dans le respect de l'égalité de droit, l'al. 4, 3^e phrase, est complété par la réserve « pour autant que le plan de carrière actuel ou prévu de l'assuré n'envisage pas pour la suite une autre durée normale de l'activité ». Ainsi, la durée normale de l'activité, que celle-ci soit exercée dans le cadre d'un contrat de travail ou de plusieurs, est déterminante pour le calcul de la rente, que les rapports de travail de l'assuré aient duré moins ou plus d'une année au moment de l'accident. Elle se réfère au plan de carrière actuel ou prévu.

Art. 23 Salaire déterminant pour l'indemnité journalière dans des cas spéciaux

Al. 3^{bis}

Conformément aux considérants de l'ATF 139 V 464, il est prévu que, pour les personnes victimes d'un accident et engagées à titre temporaire sur la base d'un contrat de mission, le salaire déterminant lorsque l'activité est exercée de façon régulière est celui convenu dans le contrat de mission ayant cours.

Al. 5

Le texte actuel de l'ordonnance est précisé, sur la base de la pratique approuvée par le Tribunal fédéral dans l'ATF 139 V 148, en ce sens que si l'assuré était au service de plus d'un employeur avant l'accident, il y a lieu de se fonder sur le total des salaires de tous les contrats de travail, que ceux-ci fondent une couverture des accidents professionnels uniquement ou également des accidents non professionnels. Cette disposition s'applique aussi à l'assurance facultative.

Art. 27 Déduction en cas de séjour hospitalier

Le terme d'« établissement hospitalier » est remplacé, comme dans la LAA, par celui d'« hôpital » aux al. 1 et 2 (ainsi que dans le titre, dans le texte allemand).

Art. 31 Calcul des rentes complémentaires en général

Al. 1

La disposition actuelle doit être adaptée au fait qu'il n'existe plus de rentes complémentaires dans l'AVS/AI depuis 2008 ; leur mention doit donc être supprimée. Par ailleurs, les prestations similaires d'assurances étrangères doivent être prises en compte dans le calcul des rentes complémentaires. Le taux de change déterminant pour le calcul est celui en vigueur au moment où les deux prestations sont en concours pour la première fois.

Art. 32 Calcul des rentes complémentaires dans des cas spéciaux

Al. 3

Ne concerne que le texte français, où il y a lieu d'apporter une adaptation rédactionnelle.

Art. 33 Adaptation des rentes complémentaires

Al. 2, let. a

La disposition actuelle doit être adaptée au fait qu'il n'existe plus de rentes complémentaires dans l'AVS/AI depuis 2008 ; leur mention doit donc être supprimée. Par ailleurs, il est nécessaire d'ajouter que les rentes complémentaires doivent aussi être adaptées à la nouvelle situation lorsque des rentes similaires d'assurances sociales étrangères sont supprimées ou viennent s'y ajouter.

Art. 33a Objet de la réduction de la rente à l'âge de la retraite

Al. 1

Cette disposition spécifie que la réduction s'effectue sur le montant de la rente, allocation de renchérissement incluse, et non sur le taux d'invalidité.

Al. 2

Il convient de préciser que les rentes complémentaires et les allocations de renchérissement se calculent indépendamment d'une réduction de la rente à l'âge de la retraite. La réduction est effectuée seulement sur les montants ainsi calculés.

Art. 33b Réduction de la rente à l'âge de la retraite en cas de pluralité d'accidents

Al. 1

Les règles de réduction s'appliquent également aux assurés victimes de plusieurs accidents aboutissant à une invalidité totale. L'al. 1 précise que la réduction prévue à l'art. 20, al. 2^{ter}, LAA doit être calculée séparément pour chaque fraction de rente. Les éléments déterminants sont l'âge de l'assuré au moment de chaque accident qui est cause d'invalidité ainsi que le montant de chaque fraction de rente. La disposition précise la manière de définir ce montant.

Al. 2

Lorsque plusieurs accidents qui sont chacun cause d'invalidité pour un taux de moins de 40 % aboutissent à une invalidité totale de 40 % ou davantage, le taux de l'invalidité totale est déterminant pour établir la valeur de la réduction par année au sens de l'art. 20, al. 2^{ter}, LAA exprimée en points de pourcentage. Cette valeur en points de pourcentage est appliquée au montant total de la rente.

Al. 3

Dans les cas où une rente globale est fixée pour la première fois après plusieurs accidents qui sont tous cause d'invalidité, l'al. 3 dispose, par analogie avec l'ATF 123 V 50, consid. 3b, que l'élément déterminant pour établir l'étendue de la réduction prévue à l'art. 20, al. 2^{ter}, LAA est uniquement l'âge de l'assuré au moment du premier accident cause d'invalidité.

Art. 33c Réduction de la rente à l'âge de la retraite en cas de rechutes et de séquelles tardives

Al. 1

Il est précisé au sujet des dispositions de l'art. 20, al. 2^{quater}, LAA que l'étendue de la réduction est fonction du nombre d'années entières écoulées entre le 45^e anniversaire de l'assuré et l'apparition, après l'âge de 60 ans, de l'incapacité de travail dont découle le droit à une rente.

Al. 2

Cet alinéa précise que le calcul de l'étendue de la réduction au sens de l'al. 1 doit être identique lorsqu'il s'agit de rechutes ou de séquelles tardives dues à un accident survenu après 45 ans, mais que l'incapacité de travail dont découle le droit à une rente n'est apparue qu'après l'âge de 60 ans. Comme pour les cas visés à l'al. 1, l'âge au moment de l'accident ne joue aucun rôle. Là aussi, l'étendue de la réduction est déterminée par le nombre d'années entières écoulées entre le 45^e anniversaire de l'assuré et l'apparition, après l'âge de 60 ans, de l'incapacité de travail dont découle le droit à une rente.

Art. 36 Indemnité pour atteinte à l'intégrité

Al. 5

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en principe en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24, al. 2, LAA). Les conditions d'octroi sont, aux termes de l'art. 24, al. 1, LAA, une atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique.

Etant donné que les maladies liées à l'amiante ne se déclarent dans la plupart des cas qu'à l'âge de la retraite, après une longue période de latence, et que le développement progressif d'une maladie incurable ne permet pas l'achèvement du traitement médical une fois qu'un état stable est atteint, les conditions légales d'octroi ne seraient pratiquement jamais remplies dans le cas de ces maladies. Dans l'ATF 113 V 224 ss, le Tribunal fédéral avait décidé que le droit aux prestations ne pouvait naître que douze mois après le passage à un traitement purement palliatif. Néanmoins, la CNA adopte depuis 2006 une pratique plus généreuse, puisqu'elle octroie aux personnes atteintes d'un mésothéliome une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 %, à titre d'avance, six mois après que la maladie s'est déclarée. Une seconde tranche de 40 % est payée au terme des douze mois suivants, pour autant que l'assuré ne soit pas décédé entre-temps, ce qui cependant arrive dans bien des cas.

La problématique particulière des maladies professionnelles liées à l'amiante a amené le législateur à accorder au Conseil fédéral, à l'art. 24, al. 2, 2^e phrase, LAA, la compétence de fixer la naissance du droit à un autre moment dans les cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé liée à l'inhalation de fibres d'amiante. L'exception, selon la volonté du législateur, doit se rapporter à la composante temporelle, c'est-à-dire au caractère durable. En d'autres termes, dans les cas où le pronostic ne prévoit qu'une faible espérance de vie, il convient que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soit payée rapidement et intégralement, sans qu'il faille que l'assuré, selon le critère usuel du caractère durable, traverse d'abord une certaine période de souffrance durable.

Sur cette base, l'al. 5, qui vient compléter l'art. 36, prévoit pour les assurés qui souffrent d'une maladie professionnelle caractérisée par un mésothéliome ou par une autre tumeur pour laquelle le pronostic de survie est d'une brièveté comparable, que le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité naît dès l'apparition de la maladie. Cela permet d'éliminer les difficultés liées aux conditions d'octroi – sous l'angle temporel – de l'art. 24, al. 1, LAA. Dans le cas d'un mésothéliome, cela signifie que dès l'apparition de la maladie, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité entière (80 %) est due.

Comme cette réglementation spéciale, conformément à la volonté du législateur, se limite à l'élément temporel, les autres conditions d'octroi doivent continuer d'être remplies. Il faut donc toujours qu'il y ait un lien de causalité entre l'exposition professionnelle à l'amiante et l'apparition de la maladie, ainsi que, conformément à l'art. 24, al. 1, LAA, une atteinte importante à l'intégrité. Dans le cas d'un mésothéliome,

ces conditions sont clairement remplies, alors que, dans d'autres formes de maladies professionnelles liées à l'amiante, un examen individuel est nécessaire.

Le mésothéliome est la plus grave des maladies liées à l'amiante. Une brève exposition peut suffire à provoquer la maladie. Dès son apparition, celle-ci peut évoluer très vite et elle aboutit dans presque tous les cas au décès de la personne concernée peu de temps après. De plus, le lien de cause à effet entre l'amiante et la maladie est régulièrement clair, ce qui n'est pas le cas du cancer du poumon. L'asbestose, de son côté, n'est pas d'une gravité comparable et, dans la plupart des cas, n'aboutit pas à une incapacité de travail. Il est donc justifié de limiter la réglementation spéciale aux maladies professionnelles caractérisées par un mésothéliome ou par une autre tumeur pour laquelle le pronostic de survie est d'une brièveté comparable. Cette réglementation correspond au concept de l'indemnisation des victimes de l'amiante prévue par la « Table ronde Amiante » du 8 juin 2016.

Art. 37 Naissance et extinction du droit à l'allocation

La réglementation actuelle prévoit que le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois durant lequel le bénéficiaire commence à remplir les conditions, mais au plus tôt lorsque s'ouvre le droit à la rente. Or, il est contraire à la loi et à la Constitution de faire dépendre le droit à l'allocation pour impotent du droit à une rente (ATF 133 V 42). Cette condition doit donc être supprimée.

Art. 43 Calcul des rentes complémentaires

Al. 1, 2 et 4

La teneur des al. 1, 2 et 4 doit être adaptée à la nouvelle réglementation légale de l'art. 31, al. 4^{bis}, LAA, aux termes duquel les rentes de même nature servies par une assurance sociale étrangère doivent aussi être prises en compte dans le calcul des rentes complémentaires. Par souci de clarté, il est également précisé que le taux de change en vigueur au moment où la prestation suisse et la prestation étrangère sont en concours pour la première fois est déterminant.

Art. 53 Déclaration d'accident

Remarque générale

Suite à l'inscription dans la loi de l'art. 45, al. 2^{bis}, dans le cadre de la révision de la LAA, il convient d'ajouter dans l'ordonnance que la personne au chômage ou ses proches doivent annoncer l'accident à l'organe compétent de l'assurance-chômage, ou que celui-ci doit remplir la déclaration d'accident et l'envoyer à l'assureur compétent.

Al. 1

Comme dans la loi, le terme d'« établissement hospitalier », à la let. b de l'al. 1, est remplacé par celui d'« hôpital ».

Al. 5

Il est précisé que l'annonce à la CNA de l'accident d'une personne au chômage ne délie pas de l'obligation d'annoncer à l'ORP prévue à l'art. 42, al. 1, OACI.

Art. 56 Collaboration de l'employeur ou de l'organe compétent de l'assurance-chômage

L'obligation de collaborer est étendue à l'organe compétent de l'assurance-chômage.

Titre précédant l'art. 67

Sous le titre 4 « Droit régissant les activités dans le domaine médical et les tarifs » figure le nouveau chap. 1 « Principes des soins ».

Art. 67 Principes des soins

Al. 1

Pour concrétiser l'art. 56, al. 1, LAA, qui prévoit la possibilité de conventions réglant la collaboration des assureurs avec les personnes exerçant une activité dans le domaine médical ainsi qu'avec les hôpitaux et les établissements de cure, il importe de préciser que l'objectif de la collaboration réside dans la fourniture de soins suffisants aux patients assurés selon la LAA. Il s'agit, d'une part, d'éviter un excès de soins et, d'autre part, de confirmer le principe inscrit (indirectement) à l'art. 56, al. 2, LAA selon lequel des conventions tarifaires ne peuvent être conclues qu'avec les hôpitaux qui sont nécessaires à la sécurité des soins. Dans le domaine hospitalier, il n'existe donc pas d'obligation de contracter. Pour les fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire, en revanche, tous ceux qui remplissent les conditions peuvent adhérer à la convention.

Il importe encore de préciser que le traitement médical doit aussi satisfaire à des exigences en matière de qualité, ce qui n'était encore mentionné explicitement nulle part dans le droit de l'AA.

Al. 2

Aux art. 10 (traitement médical), 11 (moyens auxiliaires) et 48 LAA (mesures prises par l'assureur au vu du traitement approprié), il est fait mention du caractère approprié du traitement ou du caractère simple et adéquat du moyen auxiliaire sans que ces notions soient définies davantage. Suivant la jurisprudence du Tribunal fédéral, il importe donc de préciser que le caractère approprié est l'expression de la proportionnalité, en ceci que le traitement ou le moyen auxiliaire doit être nécessaire et propre à atteindre l'objectif légal, en fonction du cas d'espèce, dans un rapport coût-bénéfice raisonnable. L'objectif légal ne se limite pas à obtenir un état de santé stable permettant une réadaptation. L'art. 21, sous le titre « traitement médical après la fixation de la rente », mentionne aussi d'autres objectifs, p. ex. d'améliorer notablement, par des mesures médicales, la capacité de gain ou d'empêcher une notable diminution de celle-ci lorsque l'assuré souffre d'une rechute ou de séquelles tardives.

En outre, la définition de la notion d'adéquation (caractère approprié) à l'al. 2 vise une harmonisation avec l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, en ce sens que l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) doit aussi servir de référence pour la prise en charge des prestations dans l'assurance-accidents. En d'autres termes, les prestations qui ont déjà été examinées en vertu de la LAMal et qui sont inscrites dans l'annexe 1 de l'OPAS comme exclues de l'obligation de prise en charge ne sont pas non plus remboursées dans l'assurance-accidents.

Titre précédant l'art. 68

Le chap. 1 actuel devient le chap. 1a et s'intitule désormais « Hôpitaux et personnes exerçant une activité dans le domaine médical ».

Art. 68 Hôpitaux et établissements de cure

Remarque générale

Dans l'ordonnance comme dans la loi, le terme d'« établissement hospitalier » est remplacé par celui d'« hôpital », et ceci aussi bien dans le titre de l'article que dans le texte de la disposition.

Al. 1 et 2

Une clarification est apportée concernant la définition des hôpitaux à l'al. 1 et des établissements de cure à l'al. 2, en ceci que la réadaptation actuellement mentionnée à l'al. 2 est déplacée à l'al. 1, de façon que la définition de l'établissement de cure ne se réfère plus qu'au traitement complémentaire et aux cures. Ceci afin d'exprimer clairement que les établissements de cure ne sont pas des hôpitaux.

Titre précédant l'art. 69a

Le chap. 1a actuel devient le chap. 1b.

Art. 70 Tarifs

Al. 1

Dans son arrêt du 10 décembre 2014 (C-529/2012) rendu dans le cadre d'une procédure de fixation de tarifs, le Tribunal administratif fédéral a critiqué le fait que la LAA, la LAM et la LAI ne contiennent pas de prescriptions de fond pour le calcul des tarifs. Elles n'énoncent pas de principes généraux et abstraits relatifs au régime tarifaire et au calcul des coûts pour le remboursement des prestations. Il paraît certes tout à fait judicieux de ne pas calculer les tarifs médicaux dans le domaine AA/AM/AI suivant un autre modèle que celui dans le droit de l'assurance-maladie en matière de tarifs, mais les pouvoirs publics ne peuvent pas fixer les tarifs comme bon leur semble. Dans ce domaine aussi, les principes généraux de l'action étatique s'appliquent. Ainsi, le régime tarifaire doit pouvoir s'appuyer sur une base légale. Si le régime tarifaire de la LAMal doit s'appliquer, cela doit être précisé au moins au niveau de l'ordonnance. Sur la base de principes généraux et abstraits, l'instance précédente peut alors définir par voie de décision un tarif concret au sens strict, c'est-à-dire fixer la valeur du point de taxation ou du cas de base dans chaque cas concret.

L'art. 56, al. 2, LAA prévoit que le Conseil fédéral veille à la coordination avec les réglementations tarifaires d'autres branches des assurances sociales et peut les déclarer applicables.

Sur la base de cette norme de compétence, l'OLAA renvoie aux dispositions tarifaires des art. 43, al. 2 et 3, et 49, al. 1, 3, 4, 5 et 6, LAMal. Il importe toutefois de préciser que ces dispositions s'appliquent « par analogie » dans l'AA, afin d'énoncer clairement qu'il faut tenir compte des différences entre le système de l'AA et celui de l'AMal.

Al. 2

Etant donné que l'art. 56, al. 2 LAA accorde au Conseil fédéral la compétence de déclarer applicables les réglementations tarifaires d'autres branches des assurances sociales, les règles des art. 43, al. 4, 2^e phrase, LAMal et 59c OAMal relatives aux exigences en matière de tarifs et de prix peuvent également être reprises. Par conséquent, les tarifs et les prix doivent, dans l'AA aussi, être évalués en fonction de critères d'économie d'entreprise, reposer sur une structure adéquate et ne couvrir que des coûts justifiés de manière transparente et nécessaires à la fourniture efficiente des prestations. Pour le secteur hospitalier, cette disposition est concrétisée à l'art. 70c, al. 1, dernière phrase, du présent projet.

Art. 70a Calcul des coûts et classement des prestations

Pour que les tarifs et les prix puissent être calculés en fonction de critères d'économie d'entreprise conformément à l'art. 70, al. 2, et remplissent ainsi les conditions d'une analyse comparative transparente telle que visée à l'art. 70c, al. 1, il faut soumettre les hôpitaux et établissements de cure actifs dans l'AA aux mêmes obligations que celles définies dans l'OCP pour la détermination des prestations et des coûts de l'assurance obligatoire des soins en ce qui concerne les traitements hospitaliers non ambulatoires. Cette obligation est couverte par la délégation au Conseil fédéral, à l'art. 56, al. 2, LAA, de la coordination des réglementations tarifaires. Sans une application par analogie de l'OCP par les hôpitaux et les établissements de cure visés à l'art. 56, al. 1, LAA, une coordination de ces réglementations au sens d'une évaluation des prix selon les mêmes critères que dans l'AMal ne serait pas possible.

Il importe que le droit d'accès aux documents soit accordé aux services compétents de la Confédération (OFSP), à l'association Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et aux partenaires tarifaires. S'agissant du contenu et de l'exercice ou de l'octroi du droit d'accès aux documents, est déterminant le principe appliqué dans l'assurance-maladie selon lequel les partenaires tarifaires s'entendent et concluent des accords à ce propos. La pratique juridique s'appuie sur les règles générales en matière de charge de la preuve, selon lesquelles les conséquences de l'absence de preuve doivent être supportées par celui qui dérive des droits des faits allégués et non prouvés. Par conséquent, les hôpitaux doivent prouver de façon transparente les frais imputables pour les tarifs qu'ils exigent.

Art. 70b Rémunération du traitement ambulatoire

Al. 1

Outre l'ajout à la teneur actuelle de l'art. 70, al. 1, OLAA de la mention des entreprises de transport et de sauvetage, ce nouvel alinéa précise que pour la rémunération des traitements ambulatoires, des structures tarifaires uniformes de portée nationale doivent être déterminantes dans l'AA.

Al. 2

Correspond à la teneur de l'art. 70, al. 3, LAA actuel.

Art. 70c Rémunération du traitement hospitalier

Al. 1

Dans le secteur hospitalier aussi, des structures tarifaires uniformes de portée nationale, liées aux prestations, doivent être déterminantes dans l'AA. Le critère de lien avec les prestations correspond ici à la définition de l'art. 59d OAMal.

Conformément à la pratique actuelle de la CTM, il convient d'inscrire dans l'OLAA que la fixation du tarif hospitalier s'appuie sur une analyse comparative. L'arrêt de principe C-1698/2013 rendu le 7 avril 2014 par le Tribunal administratif fédéral, qui interprète l'art. 59c, al. 1, let. a et b, OAMal, est déterminant à ce sujet. Selon cet arrêt, dans le secteur hospitalier, ce ne sont pas les coûts individuels de l'hôpital dont il s'agit d'apprécier le tarif qui sont déterminants, mais les coûts de l'hôpital dont les coûts ont valeur de référence. Cela vaut aussi bien pour les « coûts de la prestation justifiés » que pour les « coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations ».

Al. 2

La rémunération des prestations hospitalières au moyen de forfaits constitue la règle de base. Mais les partenaires tarifaires peuvent convenir d'une facturation séparée pour certaines prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales. Dans ce cas, ces prestations ne sont pas prises en compte dans les forfaits. Cela permet notamment de réduire les montants des forfaits des prestations de ce type qui sont rarement fournies et qui sont particulièrement coûteuses. Les coûts de telles prestations supplémentaires ne seront pris en compte que pour les assurés auxquels celles-ci sont effectivement fournies.

Al. 3

Au sens d'une disposition purement déclaratoire reflétant une pratique non contestée, cet alinéa précise que la participation des assureurs aux coûts pour toutes les prestations hospitalières est de 100 % dans la LAA. Cela répond à l'observation faite par le Tribunal administratif fédéral dans son arrêt du 10 décembre 2014 (C-529/2012), selon lequel le taux de couverture des coûts doit aussi être réglé dans une norme générale et abstraite.

Al. 4

Il convient que le délai de dénonciation d'une convention sur la collaboration et les tarifs soit d'au moins six mois dans le secteur hospitalier également.

Art. 71 Coordination des tarifs

Al. 1

Dans sa teneur actuelle, cet alinéa dit que les tarifs prévus à l'art. 70, al. 1, doivent être aménagés selon des principes qui peuvent être appliqués également dans d'autres branches des assurances sociales, et que le département peut édicter des directives. Cette exigence est satisfaite par les nouvelles dispositions des art. 70 et 70a à 70c, les principes tarifaires de l'assurance obligatoire des soins étant déclarés applicables par analogie. Dans ces circonstances, l'al. 1 peut être abrogé.

Art. 72 Devoir d'information des assureurs et des employeurs ainsi que de l'organe compétent de l'assurance-chômage

L'art. 72 est désormais scindé en deux alinéas : l'al. 1 règle le devoir d'information des assureurs envers les employeurs et l'organe compétent de l'assurance-chômage, tandis que l'al. 2 énonce les obligations des employeurs et de l'organe compétent de l'assurance-chômage. L'obligation d'information incombant à ces derniers est précisée en ceci qu'en cas de cessation des rapports de travail ou d'assurance, le personnel ou les personnes au chômage doivent être informés de la possibilité de conclure une assurance par convention. Pour que l'assuré puisse effectivement profiter de la possibilité prévue à l'art. 3, al. 3, LAA de conclure une convention spéciale prolongeant l'assurance-accidents, laquelle est conçue comme une assurance collective, il est nécessaire que l'employeur ou l'organe compétent de l'assurance-chômage joue ici un rôle d'« intermédiaire » entre l'assureur et les assurés.

Art. 72b Limitation de la durée de fonction des membres du conseil d'administration

La durée de fonction des membres du conseil de la CNA (actuellement : conseil d'administration) est désormais réglée au niveau de la loi, à l'art. 63, al. 3, LAA. Cette disposition peut donc être abrogée.

Art. 84 Ecoles de métiers et ateliers protégés

Ne concerne que le texte allemand.

Art. 85 Entreprises de travail temporaire

Dans sa teneur actuelle, cet article parle, dans la version allemande, de « *vermitteltes Personal* ». Il faut remplacer cet adjectif par *verliehenes* afin que la terminologie employée corresponde à celle de la loi fédérale sur le service de l'emploi et la location de services (LSE ; RS 823.11).

Art. 93 Contrat-type

Le contrat-type est désormais réglé au niveau de la loi, à l'art. 59a LAA. L'art. 93 peut donc être abrogé.

Art. 95 Attribution à un assureur

Al. 2

Le renvoi à l'art. 105, al. 1 et 2, de la loi est supprimé, ce qui aurait déjà dû être fait lors de l'instauration de la LPGa. Il est remplacé par le renvoi correct à l'art. 52 LPGa.

Art. 95a Tâches de la caisse supplétive en cas de grands sinistres

Al. 1

Comme il est supposé que tous les assurés sont concernés par les grands sinistres avec la même fréquence quelle que soit leur activité professionnelle, les suppléments de prime sont fixés de manière unitaire pour toutes les entreprises en pour-mille du gain assuré par branche d'assurance. Des suppléments de prime en pourcentage des primes nettes, qui entraîneraient des contributions au fonds plus élevées pour les entreprises et les assurés dans les branches où le risque d'accident est plus élevé, les désavantageraient de manière injustifiée.

Les suppléments de prime doivent être fixés de telle manière qu'ils permettent de couvrir aussi bien les frais courants que les paiements visés à l'art. 78 de la loi. Dans la fourchette des estimations, la valeur moyenne du besoin devrait être déterminante. Cela peut aboutir, au cours de l'éventuelle adaptation périodique des estimations de sinistre, à des corrections des suppléments de prime à percevoir conformément à l'art. 90, al. 4, LAA.

Les allocations de renchérissement pour le capital de couverture des rentes et l'adaptation des allocations pour impotent en raison du relèvement du montant maximum du gain assuré ne sont pas prises en compte dans le calcul du coût total du sinistre. Les allocations de renchérissement dépendent de l'évolution de l'inflation depuis la survenue du grand sinistre jusqu'au décès des bénéficiaires de rente,

autrement dit, en règle générale, sur plusieurs décennies. De ce fait, elles sont extrêmement difficiles à estimer à l'avance. Suivant les circonstances, cela empêche même de constater si un grand sinistre est survenu, cela provoque durant l'exploitation du fonds pour grands sinistres des paiements compensatoires élevés sur une longue période et cela empêche ainsi de compenser au moyen du fonds les dommages après un temps raisonnable comme le prévoit l'al. 4. Les allocations de renchérissement sont donc financées par les assureurs eux-mêmes, celles des assureurs visés à l'art. 68, al. 1, let. a, LAA étant prises en charge par le fonds destiné à garantir le financement des rentes futures visé à l'art. 90a LAA.

Al. 2

Il faut s'attendre à ce qu'un grand sinistre cause des accidents professionnels et non professionnels. Comme les assureurs visés à l'art. 89 LAA tiennent des comptes séparés, les limites qui s'appliquent en cas de grand sinistre au sens de l'art. 78, al. 1, LAA sont celles des branches respectives. Par conséquent, la caisse supplétive peut fixer des suppléments de prime différents pour les deux branches d'assurance.

Al. 3

Les assureurs assument les charges des dommages causés par le grand sinistre et du traitement de ceux-ci qui sont inférieures à la limite du sinistre proportionnellement à leur dommage total. Ce dernier, et donc la part des dommages à assumer par les assureurs, n'est connu définitivement qu'une fois traités tous les accidents. La caisse supplétive doit donc évaluer au fur et à mesure le dommage total de tous les assureurs concernés. Les modifications des parts de dommage des assureurs dues aux nouvelles estimations sont compensées entre les assureurs par des paiements compensatoires effectués par la caisse supplétive. Les frais de traitement des dommages annoncés à la caisse supplétive ne peuvent comprendre que des frais d'administration pouvant être attribués directement aux dommages subis.

Al. 4

Afin de réduire la durée d'exploitation du fonds, la caisse supplétive et les assureurs peuvent s'accorder sur une indemnisation définitive des dommages à assumer par le fonds avant que ces derniers aient été tous liquidés, s'ils peuvent être estimés de façon fiable. Si des moyens restent disponibles lors de la liquidation du fonds, ils sont restitués aux entreprises assurées pour ce qui concerne les accidents professionnels et à leurs employés pour ce qui concerne les accidents non professionnels.

Al. 5

En plus des principes fixés aux al. 1 à 4, il est précisé à l'al. 5 que la caisse supplétive gère une comptabilité consolidée. Celle-ci se réfère tant aux suppléments de prime encaissés par les assureurs par branche d'assurance qu'aux charges de sinistre totales estimées par chacun d'eux et aux paiements effectués. Pour le reste, l'organisation du fonds de compensation pour les grands sinistres et les détails concernant la gestion du financement doivent être définis par la caisse supplétive dans un règlement. Conformément à l'art. 72, al. 1, LAA, le règlement doit être approuvé par le Conseil fédéral.

Art. 98 Droit des administrations publiques de choisir leur assureur

La teneur actuelle de l'art. 98, al. 1, évoque uniquement l'indépendance du point de vue de l'organisation. Il n'est pas fait mention de la tenue d'une comptabilité propre. La question des conditions posées à une nouvelle unité a gagné en importance ces derniers temps, car de nombreuses collectivités publiques se réorganisent. Une unité ne peut être désignée comme nouvelle unité en soi simplement lorsqu'une unité administrative existante subit une transformation juridique et une réorganisation tout en conservant la même activité et le même personnel, mais uniquement lorsque la nouvelle unité d'organisation obtient pour la première fois la compétence de gérer sa propre comptabilité. Là où il existait déjà une structure et une organisation avec une comptabilité propre, une réorganisation juridique et administrative ne fait pas naître une nouvelle unité sous l'angle du droit de l'assurance-accidents. L'élément décisif est que la restructuration instaure la tenue d'une comptabilité propre. Les arrêts du Tribunal fédéral du 27 mars 2015 (8C_600/2014) et du 2 avril 2015 (8C_601/2014 et 8C_602/2014) en la cause Hôpitaux de Bâle confirment la position juridique de l'OFSP à cet égard.

Art. 99 Allocation des prestations en cas de pluralité d'employeurs

Al. 1

On a profité de la révision pour procéder à deux adaptations rédactionnelles. Celles-ci n'entraînent aucun changement matériel.

Al. 2

L'al. 2 inscrit dans le droit la pratique actuelle selon laquelle, en cas d'accident non professionnel d'un travailleur ayant plusieurs employeurs, seuls sont tenus à prestations les assureurs auprès desquels les accidents non professionnels sont couverts. Cette obligation de remboursement est maintenant étendue à l'allocation pour impotent.

Al. 3

L'al. 3 dit qui est l'assureur compétent lorsque celui-ci ne peut être déterminé clairement conformément aux al. 1 et 2. Dans ce cas, l'assureur compétent est celui auprès de qui le gain assuré est le plus élevé.

Art. 100 Allocation des prestations en cas de pluralité d'accidents

Pour l'éventualité où plusieurs accidents se succèdent, l'art. 100 dit, dans différentes configurations, quel assureur doit fournir quelles prestations, s'il peut exiger des autres assureurs un remboursement et, le cas échéant, dans quelle mesure.

Art. 102a Obligation de verser les prestations à titre provisoire

Il se pose souvent, dans le cas d'un nouvel accident, d'épineuses questions de causalité liées à l'effet conjoint d'un dommage causé par un ou plusieurs accidents précédents. La nouvelle réglementation de l'art. 102a vise à garantir que l'assuré ne subisse aucun préjudice en raison de litiges entre les assureurs-accidents concernés touchant l'obligation d'allouer les prestations. Il faut éviter en particulier que l'assuré soit obligé d'ouvrir une action en détermination de la compétence lorsque deux assureurs ou davantage contestent être compétents pour les suites d'accidents en cause. A l'égard de l'assuré en tant que tiers, l'assureur tenu de verser les prestations à titre provisoire est celui qui est chronologiquement le plus proche de la survenue des suites de l'accident.

Art. 103 Collaboration des assureurs

L'art. 103 actuel dit que les assureurs, en plus des renseignements mentionnés, doivent également informer sur le classement dans le tarif des primes. Cette exigence n'a plus de sens depuis l'abolition du tarif commun, car avec lui la définition des classes de tarif a également été supprimée. Depuis lors, les assureurs ne sont plus tenus de constituer des classes de tarif uniformes et, de manière générale, ils ne se les communiquent déjà plus aujourd'hui. La modification de cet alinéa correspond donc à une adaptation à la pratique actuelle.

Art. 108 Normes comptables

Al. 1

L'art. 108, al. 1, actuel prévoit que le DFI peut édicter des directives d'entente avec le Département fédéral de justice et police. Mais aujourd'hui, la surveillance sur les assureurs privés est exercée par l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA). Et comme les normes de calcul doivent être appliquées par tous les assureurs, ces prescriptions correspondent à des instructions et non à des directives. La mention actuelle en toutes lettres du « Département fédéral de l'intérieur » est remplacée par le sigle « DFI ».

Art. 110 Réserves

L'art. 110 actuel exige la constitution de réserves aux fins de couvrir les dépenses découlant de prestations à court terme pour des accidents déjà survenus et accorde à l'Office fédéral de la santé publique et à la FINMA le compétence d'établir des directives sur l'ampleur des réserves. Ces dispositions ne sont plus nécessaires, puisque le nouvel art. 90, al. 1, LAA prescrit le système de couverture des besoins pour les prestations à court terme et les prestations de longue durée.

Art. 111 Fonds de réserve

L'art. 111 actuel prescrit à l'al. 1 la constitution d'une réserve obligatoire alimentée chaque année par 1 % au moins des rentrées en primes. De plus, l'al. 3 actuel permet la constitution d'un fonds de compensation pour chaque branche d'assurance. Ces prescriptions ne sont plus d'actualité et doivent être adaptées à la modification des bases légales applicables aux assurances privées et à l'assurance-maladie.

Les assureurs privés visés à l'art. 68, al. 1, let. a, LAA remplissent les exigences relatives aux réserves de l'art. 90, al. 3, LAA lorsqu'ils satisfont aux exigences de la loi sur la surveillance des assurances (LSA ; RS 961.01) en matière de fonds propres. Ils sont soumis à la surveillance de la FINMA. Pour les assureurs de droit public visés à la let. b, les dispositions qui s'appliquent sont celles relatives à la collectivité publique concernée. Deux assureurs se trouvent encore dans ce cas, l'Aargauische Gebäudevversicherung et l'Unfallversicherung Stadt Zürich, qui assurent contre les accidents, respectivement, les employés du Canton d'Argovie et ceux de la Ville de Zurich. Les assureurs-maladie visés à l'art. 68, al. 1, let. c, doivent quantifier leurs risques et leurs scénarios pour l'assurance-accidents conformément aux art. 10 à 15 de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal) et devront à l'avenir en rendre compte chaque année à l'OFSP dans le cadre du test de solvabilité pour les prestations de la LAMal. La nouvelle réglementation de l'al. 4 applicable à la CNA correspond à la pratique actuelle.

Art. 112a Financement des allocations de renchérissement par les assureurs désignés à l'art. 68, al. 1, let. a, et par la caisse supplétive

Comme les différents assureurs gèrent les provisions distinctes dans leur fortune et que celles-ci ne font pas partie des fonds propres de l'association, il est précisé que l'association établit un compte global (comptes agrégés des provisions distinctes de tous les membres).

Art. 113 Classes et degrés

Al. 1

L'art. 113, al. 1, actuel n'exige que les entreprises ou les parties d'entreprises soient classées dans les classes du tarif de primes que pour les coûts des accidents et maladies professionnels. Il ne s'applique de ce fait qu'à l'assurance des accidents professionnels. Le projet prévoit de supprimer cette restriction. Les assureurs définissent aujourd'hui déjà dans leurs tarifs des classes pour toutes les branches d'assurance, donc aussi pour l'assurance des accidents non professionnels et pour l'assurance facultative. La modification de cet alinéa est donc une adaptation à la pratique actuelle.

Al. 4

Suivant une pratique établie depuis de longues années, l'ordonnance prévoit que les assureurs enregistrés présentent chaque année à l'OFSP, au plus tard à la fin mai, les tarifs de l'année suivante. Les assureurs sont naturellement libres de présenter leurs tarifs plus tôt.

La pratique établie qui consiste en ce que les assureurs enregistrés fournissent chaque année à l'OFSP les statistiques des risques de l'année précédente est également inscrite dans l'ordonnance.

Art. 115 Gain soumis à une prime

Al. 2

En cas d'occupations multiples, le salaire servant à calculer le gain soumis à une prime est saisi pour chaque rapport de travail, jusqu'à concurrence du montant maximal du gain assuré. La 2^e phrase de

l'al. 2 est complétée pour qu'il soit clair que cette disposition s'applique aussi aux personnes qui, outre une activité salariée, exercent également une activité indépendante pour laquelle elles ont conclu une assurance facultative selon la LAA.

Art. 123a Droit d'accès

Etant donné que le droit d'accès régi par la législation sur la protection des données s'applique évidemment aussi aux personnes assurées selon la LAA, le renvoi de l'art. 123a est obsolète et peut donc être supprimé.

Art. 124 Décisions

La phrase introductive de l'art. 124 OLAA en français ne correspond pas à la version allemande ou italienne. Trop restrictive quant aux personnes à qui les décisions pourraient être notifiées, elle fait l'objet d'une rectification.

Art. 128 Prestations en cas d'accident et de maladie

Conformément à la nouvelle terminologie employée dans la loi, le terme d'« établissement hospitalier » utilisé dans la 1^{re} phrase des al. 1 et 2 est remplacé par celui d'« hôpital ».

Titre précédant l'art. 129

Le projet prévoit de regrouper sous le titre 8 toutes les dispositions relatives à l'assurance-accidents des personnes au chômage (AAC). A cette fin, toutes les dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage qui n'ont pas déjà été reprises dans la révision de la LAA sont transférées dans l'OLAA.

Art. 129 Montant de l'indemnité journalière

Cette disposition correspond à l'art. 5 de l'ordonnance sur l'AAC. La réglementation de l'art. 5, al. 4, de cette ordonnance est reprise à l'art. 25, al. 3, OLAA, car c'est une norme générale, non limitée à l'AAC.

Titre précédant l'art. 130

Le titre actuel est supprimé.

Art. 130 Gain intermédiaire selon l'art. 24 LACI

Les al. 1 à 4 correspondent à l'art. 6 de l'ordonnance sur l'AAC.

Les personnes au chômage sont assurées contre les accidents auprès de la CNA. Si l'assuré exerce une activité indépendante et qu'il réalise un gain intermédiaire, c'est la CNA et aucun autre assureur-accidents qui est tenu à prestations en cas d'accident. L'expression « l'assureur de l'entreprise concernée » est remplacée par « la CNA ».

L'al. 5 reprend la réglementation actuelle de l'art. 8 de l'ordonnance sur l'AAC et renvoie aux al. 1 à 4, applicables par analogie

Art. 131 Primes

Les al. 1 et 2 reprennent tel quel l'art. 10 de l'ordonnance sur l'AAC.

Al. 3

Les modalités de paiement des primes des personnes qui participent à des programmes d'emploi temporaire, à des stages professionnels ou à des mesures de formation visés à l'art. 91, al. 4, de la loi sont

réglées au niveau de la loi. En revanche, le taux de prime est fixé à l'art. 133, al. 3, OLAA et il est le même pour toutes ces personnes. Cela correspond en substance à la réglementation actuelle de l'art. 10, al. 3, dernière phrase, de l'ordonnance sur l'AAC.

Les al. 4 à 6 sont également repris de l'art. 10 de ladite ordonnance, mais il est fait mention de la CNA et non plus des « assureurs ». L'al. 5 précise en outre que les modifications apportées aux taux de prime doivent être communiquées par voie de décision.

Art. 132 Recours formé par l'OFSP

Le projet règle les recours formés par l'OFSP à l'art. 140a. L'art. 132 peut donc être abrogé.

Titre précédant l'art. 140a

Le projet prévoit que les voies de droit soient réglées au titre 10.

Art. 140a Recours formé par l'OFSP

L'art. 140a correspond à la réglementation de l'art. 132 actuel. Dans la version allemande, l'expression « Bundesamt » est remplacée par le sigle « BAG ».

Titre précédant l'art. 141

Les dispositions finales figurent désormais sous le titre 11.

Art. 147b Dispositions transitoires

Al. 1

L'al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 de la loi pose le principe selon lequel les prestations sont octroyées selon le droit en vigueur au moment de l'accident, et ne sont donc en principe pas soumises à réduction. L'al. 2 prévoit cependant une exception à cette règle. Afin d'éviter des surindemnisations dans un avenir proche, les règles de réduction introduites par la modification de la loi doivent aussi pouvoir s'appliquer à des rentes nées avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. Cependant l'applicabilité des règles de réduction à des rentes en cours ne doit être introduite qu'après un certain temps et sous une forme échelonnée.

Selon la volonté du législateur, les rentes nées avant l'entrée en vigueur de la modification de la loi et dont les bénéficiaires atteindront l'âge ordinaire de la retraite dans les huit ans suivant cette entrée en vigueur ne doivent pas être réduites. La 3^e phrase de l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification du 25 septembre 2015 de la loi prévoit en conséquence que « pour chaque année entière supplémentaire qui suit la huitième année », la réduction est d'un cinquième du montant de la réduction prévue par le nouveau droit. Si l'on suppose que les nouvelles dispositions de la loi entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2017, la réduction d'un cinquième par année interviendra pour les bénéficiaires de rente qui atteignent l'âge ordinaire de la retraite en 2025. Pour ceux qui l'atteindront en 2029 ou plus tard, ce sont les taux de réduction ordinaires, non réduits, qui s'appliqueront. Cet échelonnement temporel et quantitatif doit être exposé clairement à l'al. 1.

Aux accidents se produisant après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de la loi et donnant lieu à une rente, c'est le nouveau droit qui s'applique, avec les modalités de réduction prévues à l'art. 20, al. 2^{ter} et 2^{quater}, LAA.

Al. 2

Pour plus de clarté, cet alinéa précise que l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification du 25 septembre 2015 de la loi s'applique aussi aux accidents survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification, lorsque la rente ne commence à courir qu'après.

Al. 3

Les assureurs désignés à l'art. 68, al. 1, let. c, de la loi, soit les caisses-maladie, doivent transférer leurs réserves au sens de l'art. 111, al. 1 et 3, du droit actuel dans leurs réserves au sens de l'art. 90, al. 3, LAA.

II

Etant donné que toutes les dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage qui n'ont pas déjà été reprises dans la LAA sont transférées dans l'OLAA, ladite ordonnance peut être abrogée.

III

La modification d'autres actes est régie dans l'annexe de la modification de l'OLAA.

IV

La révision de l'ordonnance devrait entrer en vigueur en même temps que la modification de la loi, le 1^{er} janvier 2017.

Modification d'autres actes

1. Ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (OPP 2 ; RS 831.441.1)

Contexte

La réglementation actuelle en matière de surindemnisation (art. 34a LPP et 24 à 26 OPP 2) ne contient pas de dispositions spécifiques pour la situation qui suit l'arrivée à l'âge de la retraite. L'art. 24, al. 2^{bis}, OPP 2 a d'emblée été conçu comme un dispositif temporaire empêchant qu'à la suite d'une évolution dans la jurisprudence, l'assuré puisse avoir droit dans certains cas, à l'âge de la retraite, à des rentes cumulées dépassant le revenu qu'il aurait pu réaliser avant l'âge de la retraite. Il était prévu de procéder ultérieurement au remaniement de la réglementation, une fois arrêtée la solution élaborée dans le cadre de la révision de la LAA. Il est maintenant nécessaire d'adapter l'OPP 2 à deux égards.

D'une part, la révision de la LAA du 25 septembre 2015 prévoit qu'à l'avenir, une partie des rentes LAA subiront une certaine réduction lorsque l'assuré atteint l'âge de la retraite, afin d'éviter qu'il ne soit nettement mieux traité qu'une personne non invalide dans une situation comparable. Les prestations du 2^e pilier ne doivent pas compenser cette réduction, car cela irait à l'encontre de l'objectif visé par la révision de la LAA, à savoir éviter une surindemnisation. Il en résulterait en outre un transfert général des coûts des assureurs-accidents vers le 2^e pilier, ce qui n'est pas non plus souhaité. Mais la prévoyance professionnelle obligatoire ne doit pas non plus aggraver la situation résultant de la réduction de la rente LAA en y ajoutant elle-même une autre réduction.

D'autre part, la délégation de compétence de l'art. 34a LPP a été précisée dans une mesure importante, la formulation du droit actuel ne satisfaisant plus aux exigences en matière de technique législative.

Dispositions d'ordonnance

Art. 6 Début de l'assurance

L'art. 6 a défini jusqu'ici le début de l'assurance comme pour l'assurance-accidents. La modification proposée reprend donc la nouvelle définition de l'art. 3 LAA.

Art. 24 Réduction des prestations d'invalidité perçues avant l'âge ordinaire de la retraite et des prestations de survivants

La modification touchant les rentes LAA n'entraîne pas de nouveau besoin matériel de coordination pour éviter les avantages injustifiés en ce qui concerne les prestations d'invalidité perçues avant l'âge de la retraite et les prestations de survivants. La disposition d'ordonnance doit cependant être adaptée en raison de la nouvelle délégation de compétence au Conseil fédéral, nettement plus précise. Matériellement, la réglementation actuelle est reprise pour l'essentiel. Simultanément, des clarifications utiles sont apportées et la lisibilité est améliorée.

Titre

Il est précisé que cette disposition ne règle plus que la réduction des prestations d'invalidité perçues avant l'âge ordinaire de la retraite et des prestations de survivants. Pour les rentes d'invalidité servies à l'âge de la retraite, un article distinct se justifie en raison de l'adaptation à la révision de la LAA.

Al. 1 et 2

Le contenu normatif de l'al. 1 actuel a été déplacé au niveau de la loi, dans la nouvelle version de l'art. 34a LPP. La réglementation matérielle de l'al. 2 actuel est reformulée aux al. 1 et 2. Cette nouvelle articulation vise à faciliter la lecture. L'élément nouveau est qu'il est précisé explicitement que les indemnités journalières des assurances obligatoires et facultatives peuvent aussi être prises en compte ; toutefois, celles des assurances facultatives ne peuvent l'être que si l'employeur finance au moins la moitié de ces assurances. En effet, celles qui sont financées entièrement ou principalement par l'assuré ne doivent pas avoir pour effet de réduire les prestations LPP. A la let. a de l'al. 2, qui définit les revenus ne pouvant pas être pris en compte, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et la contribution d'assistance sont désormais explicitement citées.

Al. 2^{bis}

L'al. 2^{bis} actuel est abrogé et remplacé par une nouvelle solution à l'art. 24a, coordonnée avec la révision de la LAA.

Al. 3 et 4

Aucun changement matériel n'est apporté à ces alinéas, mais la terminologie y est précisée, comme à d'autres endroits de la présente modification.

Al. 6

Cette disposition fixe dans l'ordonnance ce qui n'est réglé actuellement que dans la jurisprudence.

Art. 24a Réduction des prestations d'invalidité à l'âge ordinaire de la retraite

Al. 1

Cet alinéa définit les cas dans lesquels les rentes d'invalidité LPP sont réduites une fois atteint l'âge ordinaire de la retraite. Pour la plupart d'entre elles, une réduction à l'âge de la retraite est superflue : en effet, le calcul des rentes d'invalidité LPP est ainsi conçu que celles-ci ne peuvent dépasser, à l'âge de la retraite, la rente de vieillesse LPP d'une personne comparable qui a travaillé jusqu'à l'âge de la retraite avec le même salaire assuré.

Les prestations du 1^{er} pilier ne dépassent pas non plus, lors du passage d'une rente AI à une rente de vieillesse de l'AVS quand l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite, les prestations versées à des personnes comparables qui ont travaillé sans invalidité jusqu'à l'âge de la retraite. Pour les personnes qui ne perçoivent qu'une rente du 1^{er} pilier et une rente d'invalidité LPP, aucune réduction n'est donc nécessaire à l'âge de la retraite pour ajuster leur situation à celle d'un retraité qui n'a pas connu l'invalidité. Les rentes pour enfant, le splitting et les bonifications pour tâches éducatives peuvent certes avoir pour effet dans l'AVS d'augmenter la rente, mais elles n'ont pas pour motif une éventuelle invalidité et elles augmentent dans la même mesure le revenu sous forme de rente de tous les retraités. Il en va de même du revenu éventuel d'une activité lucrative exercée à l'âge de la retraite : un retraité pourrait en effet aussi réaliser un tel revenu en plus de sa rente. Il n'existe donc aucune raison de réduire les prestations LPP à l'âge de la retraite en raison d'un cumul avec des prestations de l'AVS.

Par contre, si un assuré invalide a droit à d'autres prestations, en plus de celles des 1^{er} et 2^e piliers, comme des prestations en vertu de la LAA ou de la LAM ou des prestations étrangères comparables, il peut arriver que la somme de ces prestations dépasse, à l'âge de la retraite, la rente de vieillesse (rente pour enfant incluse) que touche une personne comparable sans invalidité. Dans cette situation, il est nécessaire de définir aussi des règles de réduction à l'âge ordinaire de la retraite et au-delà.

Al. 2

La coordination des prestations LPP avec la prestation de l'assurance-accidents ne doit ni compenser ni aggraver la réduction de la rente LAA à l'âge de la retraite. Il en va de même de la réduction de la rente de l'assurance militaire à l'âge de la retraite et des réductions d'éventuelles rentes étrangères comparables. Ces conditions sont remplies pour les rentes d'invalidité LPP lorsque l'institution de prévoyance verse en principe le même montant, à l'âge de la retraite, que celui versé à la personne concernée avant l'âge de la retraite selon le calcul de la surindemnisation effectué auparavant. Partant, les institutions de prévoyance ne doivent pas non plus effectuer de nouveaux calculs complexes de la surindemnisation pour la plupart des rentes d'invalidité LPP qui sont en concours avec des rentes de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire ou avec des prestations étrangères comparables. La deuxième phrase de l'alinéa précise quelles réductions des prestations opérées à l'âge de la retraite ne doivent pas être compensées, conformément à l'art. 34a, al. 4, LPP.

Pour deux groupes relativement restreints d'assurés, une correction supplémentaire est nécessaire pour éviter qu'ils ne subissent une nouvelle détérioration de leur situation (cf. al. 3 et 4).

Al. 3

Cet alinéa tient compte de la situation de personnes pour lesquelles les prestations du 1^{er} pilier sont déterminées dans une large mesure par des éléments de calcul non liés au revenu que ces personnes tirent d'une activité lucrative. C'est notamment le cas lorsque les bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance ainsi que le splitting influent relativement fortement sur ces prestations. Les effets des bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance et du splitting, éléments introduits lors de la 10^e révision de l'AVS pour des raisons de politique sociale, ne doivent pas être neutralisés par une « coordination » dans le 2^e pilier. Par conséquent, à l'âge de la retraite, la somme de la rente LAA (ou de la rente LAM ou d'une rente étrangère comparable) et de la rente d'invalidité LPP (rentes pour enfant incluses) réduite doit correspondre au minimum au montant de la rente d'invalidité LPP (rentes pour enfant incluses) non réduite.

Al. 4

Si les prestations du 1^{er} pilier changent après l'âge ordinaire de la retraite, par exemple parce que le droit à une rente pour enfant s'éteint, l'assurance-accidents adapte en principe son calcul de la rente (cf. art. 20, al. 2, LAA). Par conséquent, les institutions de prévoyance n'ont en général pas besoin de procéder dans ces cas à un nouveau calcul. C'est seulement lorsque l'assurance-accidents ne compense pas entièrement une réduction des prestations de l'AVS parce que les siennes ont atteint le montant maximal (cf. art. 20, al. 1, LAA) que l'institution de prévoyance doit relever la part versée de la rente LPP. Ce relèvement correspond au montant de la diminution de la somme des prestations versées en vertu de la LAVS et de la LAA (ou de la LAM ou de prestations étrangères comparables). Il va de soi que, même en appliquant cet article, l'institution de prévoyance ne doit pas servir de prestations plus élevées que les rentes d'invalidité et les rentes pour enfant LPP non réduites. Ce qu'on vient de dire pour l'assurance-accidents vaut aussi pour l'assurance militaire, si ses prestations ont atteint le montant maximal au sens de l'art. 40, al. 2, LAM et ne compensent pas entièrement, pour cette raison, la réduction des prestations de l'AVS.

Al. 5

Même après avoir atteint l'âge ordinaire de la retraite, l'assuré est tenu de fournir à l'institution de prévoyance les renseignements nécessaires pour la coordination des prestations.

Al. 6

Cet alinéa reprend les règles décidées le 10 juin 2016 par le Conseil fédéral. Celles-ci concernent un cas spécial de calcul de la surindemnisation après l'âge de la retraite et relèvent donc de la matière traitée dans le nouvel art. 24a.

Effets de la solution proposée sur les prestations réglementaires

L'OPP 2 étant une ordonnance relative à la LPP, elle ne règle en principe que la prévoyance professionnelle obligatoire. Or, pour les rentes d'invalidité, beaucoup d'institutions de prévoyance définissent dans leurs règlements les prestations différemment de la LPP. En particulier, ces règlements prévoient souvent un système dans lequel une rente d'invalidité temporaire est versée jusqu'à la retraite, la constitution d'un avoir de vieillesse (surobligatoire) se poursuivant durant cette période par le biais de bonifications de vieillesse et d'intérêts sans que l'assuré doive cotiser. Une nouvelle rente est calculée au moment où l'assuré atteint l'âge de la retraite, cet avoir étant alors converti en rente au moyen du taux de conversion réglementaire comme pour une rente de vieillesse « normale ». Du fait que cette solution réglementaire diffère du système légal, une procédure en cas de surindemnisation doit également être prévue au niveau du règlement. Indirectement, la disposition d'ordonnance applicable aux cas de surindemnisation dans la prévoyance professionnelle obligatoire a aussi un impact important sur ces institutions, car elle détermine le niveau minimal des prestations auxquelles les assurés ont droit. Les prestations réglementaires doivent au minimum atteindre ce niveau. Par exemple, si une rente d'invalidité LPP d'un montant annuel de 12 000 francs, qui est en concours avec une rente LAA, est réduite à 6000 francs par an, avant et après l'âge de la retraite, en vertu des art. 24 et 24a, la prestation réglementaire doit être aménagée de telle sorte qu'un montant de 6000 francs au moins soit versé, tant avant qu'après l'âge de la retraite (cf. aussi art. 49, al. 1, 2^e phrase, LPP).

Art. 25

L'al. 1 devient superflu, puisque la coordination des prestations LPP avec celles de l'AA et de l'AM, qui font toutes deux partie des assurances sociales, est clairement réglementée dans la nouvelle version de l'art. 24 et dans le nouvel art. 24a. Le titre de l'article est adapté en conséquence.

Art. 26a et 26b

Ces deux articles reprennent la réglementation des art. 25a et 25b adoptés le 10 juin 2016 par le Conseil fédéral. Par souci de clarté, ils sont placés en fin de section 6 dans la nouvelle structure de l'ordonnance.

2. Ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents et des maladies professionnels (OPA ; RS 832.30)

Remplacement d'une expression

Dans la version allemande, le sigle « SUVA » est remplacé par « Suva » dans toute l'ordonnance.

Art. 1 Principe

Al. 1

La nouvelle définition du champ d'application de l'art. 81 LAA doit être reprise dans l'ordonnance.

Art. 50 Maladies professionnelles

Al. 3

La CNA a la compétence d'émettre des directives sur les valeurs limites de concentration des substances toxiques et sur les valeurs admissibles des agents physiques aux postes de travail. Le projet prévoit qu'elle doive désormais consulter au préalable les milieux intéressés. Le but est d'établir une communication formalisée afin d'améliorer l'acceptation de nouvelles directives et la disposition à les mettre en œuvre.

Art. 58 Rapports d'activité

Al. 2

L'art. 92, al. 2, prévoit que la CNA remet chaque année pour approbation au Conseil fédéral, jusqu'à la fin juin de l'année suivante, le compte séparé avec un rapport. Pour que le Conseil fédéral puisse, comme aujourd'hui, approuver par la même occasion le rapport d'activité de la CFST, il convient de fixer le délai de remise de celui-ci à fin juin également, au lieu de fin juillet comme jusqu'ici.

Art. 61 Visites d'entreprises et enquêtes

Al. 1^{bis}

L'al. 3 de la révision de l'art. 6a OPA, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2015, prévoit que les travailleurs, ou leurs représentants au sein de l'entreprise doivent être associés d'une manière appropriée aux investigations et aux visites faites par les autorités. La règle de l'art. 61, al. 1^{bis}, qui n'est que facultative, doit donc être abrogée.

Art. 64 Décision

Al. 2

L'al. 3 de la révision de l'art. 6a OPA, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2015, précise que l'employeur doit informer les travailleurs, ou leurs représentants au sein de l'entreprise, des exigences formulées par les autorités. La règle de l'art. 64, al. 2, formulée de manière moins impérative, peut donc être abrogée.

Art. 92 Affectation du supplément de prime

Al. 1

Bien que l'art. 92 soit placé sous le titre « Affectation du supplément de prime », rien n'y est réglé à ce sujet. Il importe donc de préciser que cette affectation est régie par les décisions de la commission de coordination, qui détient seule le droit de disposer sur les suppléments de prime administrés par la CNA.

Al. 2

La nouvelle règle selon laquelle la CNA administre le supplément de prime au nom de la commission de coordination vise à expliciter que la CNA n'assume qu'une fonction fiduciaire.

A la différence de la teneur actuelle, il n'est pas précisé, en accord avec l'art. 87, al. 2, LAA, qui doit soumettre chaque année au Conseil fédéral, pour approbation, le compte spécial tenu par la CNA et le rapport à ce sujet. Il devient ainsi possible de déterminer par convention si la CNA doit d'abord présenter les comptes à la commission de coordination, celle-ci soumettant ensuite au Conseil fédéral le compte spécial qu'elle a approuvé, ou si la CNA continue de présenter ses comptes directement au Conseil fédéral.

Suivant la pratique appliquée ces dernières années, la remise du rapport au Conseil fédéral avec présentation du compte spécial doit avoir lieu pour la fin juin.

Al. 3

Les détails relatifs à l'administration fiduciaire des suppléments de prime par la CNA doivent être réglés dans une convention entre la CNA et la commission de coordination.

Al. 4

Comme dans le droit actuel, le rapport doit être rendu public une fois qu'il a été approuvé.

3. Ordonnance du 10 novembre 1993 sur l'assurance militaire (OAM ; RS 833.11)

Art. 9a et 13 à 13c

Principes des soins, tarifs, calcul des coûts et classement des prestations, rémunération du traitement ambulatoire et du traitement hospitalier

Dans l'OAM, comme dans l'OLAA, les principes des soins sont définis et certains principes de détermination des tarifs inscrits aux art. 43 et 49 LAMal sont déclarés applicables. Il est également précisé que des structures tarifaires uniformes à l'échelle suisse doivent être déterminantes pour les conventions conclues avec le personnel médical et les institutions de soins hospitaliers. On se reportera à ce sujet au commentaire des art. 67 et 70 à 70c OLAA.

Art. 11 Hôpitaux, établissements de cure et centres de dépistage

L'art. 22 LAM ayant été modifié, il convient d'adapter le renvoi à la loi fait à l'art. 11 OAM. Comme à l'art. 68 OLAA, une clarification est apportée ici concernant la définition des hôpitaux à l'al. 1 et des établissements de cure à l'al. 2, en ceci que la réadaptation actuellement mentionnée à l'al. 2 est déplacée à l'al. 1, de façon que la définition de l'établissement de cure ne se réfère plus qu'au traitement complémentaire et aux cures. Ceci afin d'exprimer clairement que les établissements de cure ne sont pas des hôpitaux.

Art. 14 Coordination des tarifs

Al. 1

La teneur actuelle de l'art. 14, al. 1, dit que les tarifs fixés à l'art. 26, al. 1, de la loi doivent être aménagés selon des principes qui peuvent être appliqués également dans d'autres branches des assurances sociales, et que le département peut édicter des directives. Cette exigence est satisfaite par les nouvelles dispositions des art. 13 à 13c, les principes tarifaires de l'assurance des soins en cas de maladie étant déclarés applicables par analogie. Dans ces circonstances, l'al. 1 peut être abrogé.

Al. 1

Le terme d'« établissement hospitalier » est remplacé par celui d'« hôpital ».

Art. 16 Gain assuré dans le cas de l'indemnité journalière

Al. 4

L'indemnité journalière de l'assurance militaire se calcule d'après le gain assuré. L'al. 4 précise quels revenus accessoires et autres allocations peuvent être pris en compte. Les prestations familiales et les allocations pour enfant y sont explicitement mentionnées. D'un autre côté, l'assuré a droit, en vertu de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam ; RS 836.2), à l'allocation familiale entière. Celle-ci lui est versée, même en cas d'incapacité totale de travail, pour le mois en cours et les trois mois qui suivent. De ce fait, ce droit continue d'exister tant que l'assuré perçoit un salaire soumis à l'AVS, ce qui est le cas s'agissant de la perception d'indemnités journalières de l'assurance militaire.

Afin d'éviter une surindemnisation résultant de la compensation des prestations familiales et des allocations pour enfant pour le gain assuré, d'une part, et du versement intégral de ces prestations en vertu de la LAFam, d'autre part, il importe d'adapter l'art. 16, al. 4, en ce sens que les prestations familiales et les allocations pour enfants ne peuvent pas être prises en compte dans le gain assuré. Cette adaptation permet à l'assurance militaire d'économiser quelque 200 000 francs par année.

Art. 20 Cotisations aux assurances sociales pour les personnes de condition indépendante et pour les personnes n'exerçant aucune activité lucrative

Al. 1

L'art. 20, al. 1, OAM actuel prévoit que l'assurance militaire déduit de l'indemnité journalière qu'elle verse à une personne de condition indépendante ou à une personne n'exerçant aucune activité lucrative les cotisations aux assurances sociales au même taux que celui applicable aux salariés. Cependant,

en vertu de l'art. 29, al. 3^{bis}, LAM, introduit le 1^{er} janvier 2006, ces cotisations sont intégralement supportées par l'assurance militaire lorsque celle-ci verse une indemnité journalière. Afin de respecter la volonté du législateur, il importe donc d'adapter l'art. 20, al. 1, OAM et d'y prévoir que l'assurance militaire, outre l'indemnité journalière, paie aussi les cotisations aux assurances sociales qui y sont liées (part de l'employeur et par du salarié), à l'exception des cotisations à l'assurance-chômage.

En pratique, l'assurance militaire respecte déjà aujourd'hui la règle de l'art. 29, al. 3^{bis}, LAM. L'adaptation de l'art. 20, al. 1, LAM n'a donc qu'une signification formelle.

Art. 31 Coordination avec l'assurance-accidents

Al. 1

Le renvoi à l'art. 76 LAM fait à l'al. 1 doit être adapté, la disposition légale ne comportant plus qu'un seul alinéa.

Art. 33 Assistance juridique gratuite dans la procédure administrative

Al. 4

L'art. 33, al. 4, OAM prévoit que la restitution par l'assuré de frais relatifs à l'assistance juridique gratuite à laquelle il aurait eu droit est exclue.

Cette règle s'appuie sur l'ancien art. 91 LAM, qui a été abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA. Depuis lors, la procédure en droit des assurances sociales est régie par la LPGA. Or, celle-ci ne comporte aucune disposition concernant la restitution de frais relatifs à l'assistance juridique gratuite. Cependant, l'art. 55, al. 1, LPGA renvoie, pour tous les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive dans la LPGA ou dans les lois spéciales, à la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021). L'art. 65, al. 4, PA précise que, si la partie indigente revient à meilleure fortune, elle est tenue de rembourser les honoraires et les frais d'avocat à la collectivité ou à l'établissement autonome qui les a payés. Etant donné que la LAM ne contient aucune disposition qui déroge à la LPGA ou à la PA, ou qui accorde au Conseil fédéral la compétence de prévoir d'autres règles, force est de constater que l'art. 33, al. 4, OAM est contraire à la loi et doit donc être abrogé. Ainsi, le droit de l'assurance militaire est harmonisé sur ce point avec le droit procédural tel qu'il est appliqué par les autres assurances sociales, par les tribunaux cantonaux des assurances sociales (art. 60, al. 2, LPGA), par le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF ; RS 173.32) et par le Tribunal fédéral (art. 64, al. 4, LTF ; RS 173.110).

4. Ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (OACI ; RS 837.02)

Art. 36 Assurance obligatoire des accidents non professionnels

Al. 1

Comme il est prévu d'abroger l'ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage à laquelle renvoie l'al. 1 actuel parce que toutes ses dispositions qui n'ont pas été reprises dans la LAA sont transférées dans l'OLAA révisée, il convient d'adapter le renvoi et de renvoyer désormais à la législation sur l'assurance-accidents.