

# Assurance accidents et maladies professionnelles (LAA)

## Sommaire

### Généralités

#### Descriptif

- Début et fin de l'assurance
- Les accidents et maladies professionnelles
- Les prestations
  - Soins et remboursement de frais
  - Indemnité journalière
  - Rente d'invalidité
  - Indemnité pour atteinte à l'intégrité
  - Allocation pour impotent
  - Rente de survivants
- Gain assuré
- Réduction et refus des prestations d'assurance
- Primes
- Prévention et accidents
- Passage à l'assurance individuelle
- Règles de conflits lors de cumuls de prestations
  - Assurance-accident et assurance-maladie
  - Assurance-accident et AVS/AI
  - Assurance-accident et assurance militaire

#### Procédure

- Procédure en cas d'accident
- Cas où des tiers sont impliqués

#### Recours

## Généralités

La Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA), en vigueur depuis le 1er janvier 1984, a généralisé l'obligation de s'assurer à l'ensemble des salariés.

L'assurance-maladie (LAMal) couvre les accidents qui n'entrent pas dans le champ d'application de la LAA.

La loi sur la partie générale des assurances (LPGA) s'applique en outre, notamment pour les questions liées aux droits des assurés, à la procédure ainsi qu'à certaines définitions (voir la fiche LPGA).

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) ainsi que des assurances privées, des caisses-maladie se chargent de l'assurance-accidents obligatoire pour les entreprises.

Sont obligatoirement assurés les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires, les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés, de même que les personnes bénéficiant des indemnités du chômage.

Au sens de la LAA et en application de la jurisprudence du TF, est réputé travailleur celui qui, dans un but lucratif ou de formation et sans devoir supporter de risque économique propre, exécute durablement ou provisoirement un travail pour un employeur, auquel il est plus ou moins subordonné. En outre la qualité de travailleur doit être déterminée de cas en cas, à la lumière de l'ensemble des circonstances de l'espèce,

notamment au regard de l'existence d'une prestation de travail, d'un lien de subordination et d'un droit au salaire dans quelque forme que ce soit.

Aucune démarche n'est nécessaire pour être assuré; il suffit d'avoir un contrat de travail. Le travailleur est assuré même si aucune prime n'a été versée pour lui par son entreprise: une caisse supplétive fournit les prestations légales.

Le travailleur à temps partiel qui effectue 8 heures au moins par semaine chez un même employeur (ATF 134 V 412 considérant 2.3) a la qualité de travailleur au sens de la loi; s'il travaille moins de 8 heures par semaine, il n'est assuré que contre les accidents professionnels (y compris ceux qui pourraient survenir sur le trajet du domicile au lieu de travail).

Peuvent s'assurer facultativement les personnes exerçant une activité lucrative indépendante et domiciliées en Suisse, ainsi que les membres de leur famille qui collaborent à l'entreprise.

Ne peuvent pas s'assurer facultativement les employeurs sans activité lucrative qui n'emploient que des gens de maison.

Ne sont pas assurées toutes les personnes sans activité lucrative (ménagères, étudiants, etc.); elles doivent s'assurer contre les accidents auprès de leur assureur-maladie.

## Descriptif

### Début et fin de l'assurance

L'assurance obligatoire débute le jour où débute le rapport de travail ou dès que naît le droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail. Elle cesse au 31<sup>ème</sup> jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins.

Lorsque l'assurance obligatoire cesse, l'assurance des accidents non-professionnels peut être prolongée par convention jusqu'à six mois.

Pour l'assurance facultative, le contrat en détermine le début; elle prend fin avec l'activité lucrative, mais le contrat peut prévoir qu'elle sera prolongée de trois mois.

### Les accidents et maladies professionnelles

La loi définit trois catégories de cas couverts par l'assurance:

- l'accident qui est l'atteinte dommageable, soudaine et involontaire portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire. Celui qui fait une chute et se fracture une jambe subit un accident. Celui qui éprouve une douleur dans le dos en soulevant une charge au cours de son travail ne subit pas un accident, car cette douleur peut provenir d'une maladie non professionnelle. Elle pourrait aussi provenir d'une lésion assimilée à un accident;
- la lésion corporelle semblable aux conséquences d'un accident, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Il s'agit notamment de fractures, de déboîtement, déchirures musculaires, etc., dont la liste complète figure dans la loi (art. 6 al. 2 LAA);
- les maladies professionnelles qui donnent droit aux prestations de l'assurance-accidents si elles sont dues "exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle à des substances nocives ou à certains travaux". Les substances et travaux sont énumérés dans l'ordonnance. D'autres maladies sont prises en considération s'il peut être prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle.

Les rechutes et séquelles sont couvertes par l'assurance.

### Les prestations

Elles comprennent:

- le traitement médical;
- le remboursement de frais tels que: les moyens auxiliaires, certains dommages matériels, les voyages et les transports nécessaires, les mesures de sauvetage et une participation forfaitaire aux frais d'ensevelissement;
- des indemnités journalières, des rentes d'invalidité et de survivants;
- des indemnités pour atteinte à l'intégrité et pour impotence, pour névrose et changement d'occupation après exclusion du travailleur d'une activité dangereuse pour lui.

### Soins et remboursement de frais

Sont remboursés les frais pour:

- le traitement ambulatoire dispensé par un médecin, un dentiste ou sur leur prescription, par du personnel paramédical, ainsi que par un chiropraticien, de même que le traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital;

- les médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste;
- le traitement, la nourriture et le logement en division commune dans un hôpital;
- les cures complémentaires et cures de bains prescrites par le médecin;
- les moyens et appareils servant à la guérison.

Pour les pays avec lesquels une convention de sécurité sociale a été signée, les frais sont au tarif prescrit par la convention. Pour tous les autres pays, les frais occasionnés par un traitement médical sont remboursés jusqu'au maximum du double du coût en Suisse pour le même traitement.

Sont remboursés les frais résultant de soins à domicile prescrits par un médecin, à condition qu'ils soient donnés par des personnes habilitées à donner des soins à domicile.

L'assuré a droit aux moyens auxiliaires destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction (par ex. prothèses).

Sont indemnisés les dommages causés par un accident aux objets qui remplacent une partie du corps ou une fonction corporelle (par ex. dommages aux prothèses existantes). Les frais de lunettes, d'appareils acoustiques et de prothèses dentaires ne sont pris en charge que si la lésion corporelle nécessite un traitement. Sont remboursés les frais nécessaires pour le sauvetage, ainsi que ceux pour le voyage et le transport, s'ils sont médicalement nécessaires.

A l'étranger, le remboursement des frais nécessaires pour le sauvetage, le voyage et le transport est accordé, mais jusqu'au 20% du salaire annuel maximal assurable.

Les frais nécessités par le transport du corps d'une personne décédée jusqu'au lieu où il doit être enseveli sont en général remboursés.

Les frais d'ensevelissement sont remboursés dans la mesure où ils n'excèdent pas sept fois le gain journalier assuré.

### Indemnité journalière

Si l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière.

L'indemnité journalière est versée dès le 3ème jour qui suit celui de l'accident. Elle correspond en cas d'incapacité totale de travail, à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. L'indemnité cesse lorsque le travailleur a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède.

L'indemnité journalière n'est pas accordée aussi longtemps qu'une indemnité journalière de l'AI est versée.

Lors d'un séjour dans un établissement hospitalier, une déduction pour les frais d'entretien est opérée sur l'indemnité journalière :

- 20% mais au maximum Fr. 20.- pour les personnes seules sans obligation d'entretien ou d'assistance;
- 10% mais au maximum Fr. 10.- pour les personnes mariées et les personnes seules avec obligation d'entretien ou d'assistance, cependant, aucune déduction n'est possible lorsque ces personnes ont à leur charge des enfants mineurs ou aux études.

### Rente d'invalidité

Si l'assuré devient invalide à 10% au moins à la suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Elle s'élève, en cas d'invalidité totale, à 80% du gain assuré. Si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence.

Si l'assuré a droit à une rente de l'assurance invalidité (AI) ou à une rente de l'assurance vieillesse et survivants (AVS) ou une rente de même nature d'une assurance sociale étrangère, c'est alors une rente complémentaire qui lui est versée, de manière qu'aux rentes de l'AVS ou de l'AI s'ajoute le montant nécessaire pour atteindre 90% de gain assuré, mais au plus le montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle.

Lorsque l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite après 2029, (modification entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017), la rente est réduite pour chaque année entière comprise entre le jour où l'assuré a eu 45 ans et le jour où l'accident est survenu :

- pour un taux d'invalidité de 40 % ou plus: de 2%, mais de 40 % au plus au total;
- pour un taux d'invalidité inférieur à 40 %: de 1%, mais de 20 % au plus au total.

La rente n'est pas réduite si le bénéficiaire atteint l'âge de la retraite avant 2025. Lorsqu'un bénéficiaire de rente atteint l'âge de la retraite entre 2025 et 2029, la rente est réduite d'un cinquième par année du montant ci-dessus.

Si le degré d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification déterminante, la rente est, pour l'avenir, augmentée ou réduite proportionnellement, ou supprimée. Elle ne peut cependant plus être révisée à compter du mois au cours duquel l'ayant droit perçoit une rente de vieillesse de l'AVS, ou lorsqu'il atteint l'âge de la retraite.

### Indemnité pour atteinte à l'intégrité

Si, à la suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable en capital pour atteinte à l'intégrité (perte d'un organe, surdité, diminution des facultés mentales, par ex.).

### Allocation pour impotent

Si, en raison de son invalidité, l'assuré a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes ordinaires de la vie, il a droit à une allocation pour impotent.

### Rente de survivants

Lorsque l'assuré décède des suites de l'accident, le conjoint survivant et les enfants au sens des dispositions légales ont droit à des rentes de survivants.

Les rentes de survivants, exprimées en % du gain assuré, se montent à:

- 40% pour les veuves et les veufs;
- 15% pour les orphelins de père ou de mère;
- 25% pour les orphelins de père et de mère;
- 70% au plus et en tout en cas de concours de plusieurs survivants

Si les survivants ont droit à des rentes de l'AVS ou de l'AI, c'est alors une rente complémentaire qui est versée à l'ensemble des bénéficiaires, de manière qu'aux rentes de l'AVS ou de l'AI s'ajoute le montant nécessaire pour atteindre 90% du gain assuré, mais au plus le montant découlant de l'échelle ci-dessus.

### Gain assuré

Les indemnités journalières et les rentes sont calculées sur la base du salaire assuré. Le gain assuré est égal au salaire déterminant pour l'AVS jusqu'à Fr. 148'200.- par an au maximum ou Fr. 406.- par jour. Les salaires non soumis à l'AVS à cause de l'âge de l'assuré, ainsi que les allocations familiales qui sont accordées à titre d'allocations pour enfants, de formation ou de ménage, font partie également du salaire assuré.

Les rentes sont, en règle générale, adaptées au renchérissement tous les deux ans, selon l'indice suisse des prix à la consommation. Cependant, si l'indice augmente de plus de 4% au cours d'une année, les rentes sont adaptées plus tôt.

### Réduction et refus des prestations d'assurance

Les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité, ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident.

Si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès, aucune prestation d'assurance n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires.

Si l'assuré a provoqué l'accident par une négligence grave, les indemnités journalières versées pendant les deux premières années qui suivent l'accident sont réduites dans l'assurance des accidents non professionnels. La réduction ne peut toutefois pas excéder la moitié du montant des prestations lorsque l'assuré doit, au moment de l'accident, pourvoir à l'entretien de proches auxquels son décès ouvrirait le droit à des rentes de survivants.

Si l'assuré a provoqué l'accident en commettant non intentionnellement un crime ou un délit, les prestations en espèces (indemnité journalière, rentes, ainsi que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et l'allocation pour impotent) peuvent être réduites ou, dans les cas particulièrement graves refusées.

Si un survivant a provoqué intentionnellement le décès de l'assuré, il n'a pas le droit aux prestations en espèces.

Si un survivant a provoqué le décès de l'assuré par une négligence grave, les prestations en espèces qui lui reviennent sont réduites; dans les cas particulièrement graves, elles peuvent être refusées.

Toutes les prestations sont refusées pour les accidents survenant lors de service militaire étranger, de participation à des actions guerrières ou à des actes de terrorisme ou de banditisme.

Les prestations en espèces seront réduites de la moitié ou davantage pour les accidents survenant:

- lors de participation à des rixes ou des bagarres, à moins que l'assuré n'ait été blessé par les protagonistes, alors qu'il ne prenait aucune part à cet événement ou qu'il venait en aide à une personne sans défense;
- lors des dangers auxquels l'assuré s'est exposé en provoquant gravement autrui;
- lors de participation à des désordres.

En cas d'accidents non professionnels, attribuables à une entreprise téméraire, les prestations en espèces sont réduites de moitié et, dans les cas

particulièrement graves, refusées. L'on entend par entreprises téméraires les actes par lesquels l'assuré provoque un danger particulièrement grand, sans prendre - ou sans pouvoir prendre - les mesures destinées à ramener ce risque à des proportions raisonnables. Les actes de sauvetage de personnes sont cependant couverts, même s'ils constituent des entreprises téméraires.

## Primes

Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents et maladies professionnels sont à la charge de l'employeur.  
Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents non professionnels sont à la charge du travailleur.  
Par convention, l'employeur peut payer aussi les primes pour les accidents non professionnels.

## Prévention et accidents

La loi prévoit des dispositions concernant la prévention des accidents et maladies professionnels.

L'employeur, en collaboration avec ses travailleurs, est tenu de prendre toutes les dispositions nécessaires. Les travailleurs doivent en particulier utiliser les équipements individuels de protection et employer correctement les dispositifs de sécurité.

## Passage à l'assurance individuelle

Les personnes qui cessent d'être affiliées à l'assurance selon la LAA, peuvent demander, dans un délai de 30 jours, le passage à l'assurance individuelle qui couvre les accidents non professionnels pour une durée maximale de 180 jours d'affilée.

## Règles de conflits lors de cumuls de prestations

Lorsque plusieurs assureurs sont amenés à intervenir, on parle de règles de conflit, qui déterminent l'ordre dans lequel doivent intervenir les assureurs. Celles-ci se trouvent dans la loi sur la partie générale des assurances sociales (voir fiche LPGa).

## Assurance-accident et assurance-maladie

Les atteintes à la santé qui ne relèvent pas de l'assurance-accidents sont prises en charge par l'assurance-maladie. En cas d'incertitude, l'assurance-maladie verse des prestations à titre provisoire, qui lui sont remboursées, le cas échéant, par l'assurance-accidents.

## Assurance-accident et AVS/AI

Si l'assuré a droit à des prestations de même nature de l'assurance-accident ou de l'AI (indemnité journalière, mesures de réadaptation, rentes, allocations pour impotent), les règles suivantes s'appliquent:

- l'assurance-accident n'accorde pas d'indemnité journalière tant que l'assuré a droit à une indemnité journalière de l'AI;
- les mesures de réadaptation ne sont pas accordées par l'AI si elles sont prises en charge par l'assurance-accident;
- l'assurance-accident n'alloue des rentes d'invalidité et de survivants que sous la forme de rentes complémentaires lorsque l'AI ou l'AVS en versent aussi.

Exemple de calcul d'une rente d'invalidité normale (a) et d'une rente d'invalidité complémentaire (b)

Bases: Gain annuel Fr. 36'000.-, invalidité 75%, rente AI Fr. 22'440.-

a) rente d'invalidité normale LAA:

	Fr. 36'000.-
dont 80 %	Fr. 28'800.-
rente invalidité de 75 % (annuelle)	Fr. 21'600.-
mensuelle	Fr. 1'800.-

b) rente complémentaire LAA:

	Fr. 36'000.-
dont 90 %	Fr. 32'400.-
/. rente AI	Fr. 22'440.-
rente complémentaire annuelle	Fr. 9'960.-
mensuelle	Fr. 830.-

La rente complémentaire correspond donc à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'AI ou de l'AVS.

L'assurance-accident est suspendue durant la période où l'assuré est soumis à l'assurance militaire.

## Procédure

### Procédure en cas d'accident

L'assuré ou ses proches doivent renseigner immédiatement l'employeur ou l'assureur de tout accident.

L'employeur doit aviser sans retard l'assureur dès qu'il apprend qu'un assuré a été victime d'un accident.

En cas de retard inexcusable de l'avis d'accident dû à l'assuré ou à ses survivants, l'assureur peut réduire toutes ou certaines prestations pour le temps précédant l'envoi de l'avis; il peut aussi réduire les prestations de manière générale et de moitié, voire de la totalité en cas de déclaration d'accident intentionnellement fausse.

Si l'employeur omet, de manière inexcusable, de déclarer l'accident, il peut être tenu pour responsable par l'assureur des conséquences pécuniaires qui en résultent.

L'assuré doit se soumettre aux examens médicaux demandés par l'assureur, aux frais de ce dernier.

### Cas où des tiers sont impliqués

S'il s'avère qu'un tiers est totalement ou partiellement responsable de l'accident, l'assurance-accident se retournera contre lui pour se faire rembourser les prestations versées au lésé, dès lors que le droit du lésé d'obtenir répartition du dommage passe à l'assureur pour les prestations fournies. L'AI et la caisse-maladie agiront également dans ce sens. Le droit de recours est réglé par la loi fédérale sur la partie générale des assurances (voir fiche LPGA).

Le lésé fera bien quant à lui d'interpeller également le ou les tiers impliqués, avant même de connaître l'entier du dommage subi, afin que le tiers avise son assurance RC. A noter qu'en matière de circulation routière, le lésé dispose d'un droit direct contre l'assurance RC du tiers. Il pourra alors entrer en pourparler avec la RC, d'abord sur le principe de la responsabilité de l'accident (faire admettre au tiers sa responsabilité, en établir la part), puis sur la question du dommage.

On pensera aux postes suivants: perte de gain passé et futur (capitalisation), frais de remplacement des choses endommagées, frais supplémentaires directement liés à l'accident, frais médicaux non pris en charge par l'assurance-accident ou maladie, frais d'aide ménagère, de garde d'enfants, dommage domestique actuel et futur (capitalisation), perte de soutien, dommage moral.

Il conviendra généralement de se faire aider par un avocat en raison de la complexité de ce genre d'affaires. (Voir fiche Assurances privées)

## Recours

L'assuré peut faire opposition aux décisions de l'assurance, en exposant les motifs de son désaccord. Cette opposition doit être envoyée à l'assurance qui a rendu la décision contestée. S'il n'est pas satisfait du contenu de la nouvelle décision, il peut saisir le Tribunal cantonal des assurances. En dernière instance, c'est le Tribunal fédéral qui peut être saisi.

## Sources

Responsable rédaction: ARTIAS

---

### Adresses

SUVA - Accidents (Lucerne)  
Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA (Zürich)  
Tribunal Fédéral (Lucerne)

### Lois et Règlements

Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA) (RS 832.20)  
Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA) (RS 832.202)

### Sites utiles

Aucun site trouvé pour cette fiche