Assurance accidents et maladies professionnelles (LAA)

Généralités

L'assurance accidents et maladies professionnelles couvre tous les salariés qui travaillent en Suisse. Elle assure les personnes victimes d'un accident ou d'une maladie professionnelle et couvre les prestations de soin et de perte de gain.

Depuis 2003, les règles de la loi sur la partie générale des assurances (LPGA) sont en outre applicables (voir fiche LPGA).

Descriptif

Assurées et assurés Assurance obligatoire

Tous les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés sont obligatoirement assurés contre les accidents et les maladies professionnelles.

La notion de travailleur utilisée ici est très large : selon le Tribunal fédéral, est assuré obligatoirement « toute personne qui dans le but d'acquérir un revenu ou une formation travaille pour un employeur, de manière plus ou moins subordonnée, permanente ou temporaire, sans devoir supporter leur propre risque économique » (ATF 8C_302/2017). Cela signifie qu'à partir du moment où une personne est employée dans une structure (entreprise, institution) dans un but de formation ou économique, elle doit être assurée contre les accidents et les maladies professionnelles. Cela concerne donc aussi les stagiaires placés par l'AI, l'assurance-chômage ou les services sociaux s'ils répondent aux critères mentionnés ci-dessus (soulignons que la durée n'est pas un critère retenu par la définition du Tribunal fédéral). Par contre, les activités d'entraînement et celles qui servent à s'habituer ou à retrouver une structure quotidienne, donc l'intégration sociale pure, ne sont pas soumises à l'obligation de s'assurer. Comme il est mentionné plus loin, les personnes qui suivent un tel programme doivent conserver le complément accidents de leur assurance-maladie, à l'instar des personnes sans activité lucrative.

Depuis le 1er janvier 2017, l'assurance des personnes au chômage est réglée dans la loi (art. 1a al.1 let.b LAA), ces dernières sont obligatoirement assurées auprès de la SUVA (art. 66, al. 3bis, LAA ; la loi parle toujours de la CNA).

Assurance facultative

Les personnes qui ne sont pas assurées obligatoirement à l'assurance-accidents sont les suivantes :

- Les travailleurs et travailleuses indépendant-e-s ;
- Les membres de la famille de l'employeur qui ne perçoivent pas de salaire en espèces et ne versent pas de cotisations à l'AVS ou qui ont un lien de parenté (direct ou, à certaines conditions, par alliance) avec le responsable de l'exploitation agricole ;
- Les agents de la Confédération qui sont soumis à l'assurance militaire ;
- Les membres de conseils d'administration qui ne sont pas occupés dans l'entreprise, pour cette activité ;
- Les membres de corps de sapeurs-pompiers de milice ;
- Les membres de parlements, d'autorités ou de commissions, s'ils exercent cette fonction sans contrat de service ;
- À certaines conditions, les personnes qui exercent une activité de sportif ou d'entraîneur dans une association sportive ou une organisation similaire active dans le domaine du sport.

Les personnes indépendantes domiciliées en Suisse et les membres de leur famille peuvent s'assurer à titre facultatif auprès de l'assureur de leur employé-e-s.

Pas d'assurance

Toutes les personnes sans activité lucrative ne peuvent pas s'assurer selon la LAA : elles doivent s'assurer contre les accidents auprès de leur assureur-maladie (prendre le complément accident à la couverture de l'assurance-maladie LAMal, voir la fiche Assurance-maladie LAMal).

Salaire de minime importance

Un salaire de minime importance est un salaire qui n'excède pas, annuellement, la rente de vieillesse maximale (2'450.- francs dès 2023). Un salaire au-deçà de ce seuil est exonéré de cotisations AVS, à moins que la personne assurée souhaite expressément en régler. En ce qui concerne l'assurance-accidents, l'employeur est tenu d'acquitter des primes à son assurance-accidents dans la mesure où il emploie d'autres employé-e-s qui perçoivent des salaires qui sont plus haut que ce seuil.

Dans la situation où un employeur n'aurait que des employé-e-s percevant un salaire de minime importance, il n'est pas soumis au paiement des primes en assurance-accidents pour autant qu'aucun accident ne survienne (auquel cas il devra en régler, mais ne sera pas pénalisé). Il existe une dérogation à cette règle pour des raisons de lutte contre le travail au noir qui concernent certains corps de métiers, comme les personnes employées dans les ménages privés ou les personnes travaillant dans le secteur artistique.

Organismes d'assurance

L'assurance est divisée par branches : les travailleurs et travailleuses des domaines cités aux articles 66 ss LAA sont assurés auprès de la SUVA. Il s'agit de la majorité des employé-e-s. Les autres sont assurés auprès d'un autre assureur autorisé (il peut s'agir d'une compagnie d'assurance privée, d'une caisse maladie ou d'une caisse d'assurance accidents publique).

La caisse supplétive LAA assure les travailleurs et travailleuses victimes d'un accident que la SUVA n'a pas la compétence d'assurer et qui n'ont pas été assuré-e-s par leur employeur.

Primes

Le paiement des 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 des salarié-e-s, sauf accord plus favorable. C'est l'employeur qui verse la totalité des primes et déduit, le cas échéant, la part des employé-e-s de leur salaire.

Début et fin de l'assurance

Les règles sur le début et la fin de l'assurance ont été légèrement modifiées le 1er janvier 2017 avec l'objectif de supprimer des lacunes de couverture. Le début de l'assurance produit ses effets dès le premier jour de travail ou dès que naît le droit au salaire (si le premier jour de travail est férié), mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail. Elle cesse au 31ème jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins.

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

En ce qui concerne 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.

Risques assurés

Les assuré-e-s ont droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire en cas :

- D'accident professionnel,
- D'accident non professionnel,
- De maladie professionnelle.

Toutefois, les travailleuses et travailleurs dont le temps de travail chez le même employeur est inférieur à huit heures par semaines ne sont assuré-e-s obligatoirement que contre les accidents et les maladies professionnels, mais pas contre les accidents non–professionnels, raison pour laquelle ils ne doivent pas suspendre la couverture accidents auprès de l'assurance-maladie.

Définitions

- L'accident est l'atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 de la Loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales LPGA).

- L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées dans la loi (art. 6 al.2 LAA), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Il s'agit notamment de fractures, déboîtement, déchirures musculaires etc.
- Les maladies professionnelles sont des maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux.

Les rechutes et séquelles tardives sont couvertes par l'assurance.

Prestations

Les prestations comprennent :

- Le traitement médical (y compris dentaire et paramédical).
- Le remboursement des 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 funéraires.
- Des indemnités journalières, des rentes d'invalidité et de survivants.
- Des indemnités pour atteinte à l'intégrité et des allocations pour impotent, des indemnités en capital et des prestations transitoires.

Soins et remboursement des frais

Sont remboursés les frais pour:

- Le traitement ambulatoire dispensé par un médecin (le libre-choix de l'assuré-e est garanti), 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 bain 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 résultants 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 assuré.

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 funéraires sont remboursés dans la mesure où ils n'excèdent pas sept fois le gain journalier assuré.

Indemnités journalières

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. Le montant maximum du gain assuré s'élève à Fr. 406.- par jour (soit à 148'200.- par an). Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Si le droit à des prestations semble avéré et que leur versement est retardé, il est possible de verser des avances (art. 19 al.5 LPGA).

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 ou une allocation de maternité, à l'autre parent, de prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé ou d'adoption 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 de référence (= 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 1er 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.

Indemnités pour atteinte à l'intégrité

Si, à la suite de l'accident, l'assuré-e souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré-e n'a pas droit à une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Le Conseil fédéral fixe les exceptions, notamment pour les atteintes à la santé dues à l'amiante.

Allocation pour impotent

Lorsque l'assuré-e a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne, elle ou il a droit à une allocation pour impotent de l'assurance-accidents. Son montant mensuel atteint au moins le double du salaire journalier assuré maximum et au plus le sextuple de celui-ci. En 2024, l'allocation pour impotent de la LAA s'élevait à 812 francs pour une impotence faible, 1'624 francs pour une impotence moyenne et 2'436 francs pour une impotence grave, ce qui est plus élevé que les allocations pour impotence versées par l'AI ou par l'AVS (voir les fiches correspondantes).

L'allocation pour impotent peut permettre de soutenir l'engagement d'un-e proche aidant-e. Pour une vue d'ensemble de toutes les dispositions prévues en soutien des proches aidant-e-s, voir la fiche Proches aidant-e-s.

Rentes pour survivants

Lorsque l'assuré-e décède des suites de l'accident, le conjoint ou la conjointe survivant-e et les enfants au sens des dispositions légales ont droit à des rentes de survivants. Le conjoint divorcé est assimilé à la veuve ou au veuf lorsque l'assuré-e victime de l'accident était tenu à aliments envers lui.

Les rentes de survivants, exprimées en pour-cent 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 salaire assuré maximal au sens de la LAA s'élève à 148'200.- francs par an au maximum ou 406.- francs 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 de prestations d'assurance

La loi prévoit plusieurs motifs qui peuvent entraîner une réduction, voire un refus de 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.

Règles de conflit lors de cumul 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, pour la plupart, dans la loi sur la partie générale des assurances sociales (voir fiche LPGA).

Assurance-accidents 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-accidents 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.

Assurance-accidents et assurance militaire

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

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.

Préventions 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.

Procédure

Procédure en cas d'accident

L'assuré-e 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 ou à la lésée, 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).
La personne lésée fera bien quant à elle 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 pourparlers 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-e 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.

La loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales s'applique, à part les exceptions mentionnées dans la LAA. À ce sujet, voir la fiche LPGA.

L'assuré-e peut également s'adresser à l'ombudsman des assurances privées et de la SUVA pour obtenir un avis et, le cas échéant, tenter une médiation (voir dans les adresses).

Sources

Responsable rédaction: ARTIAS

Sources:

- Guide de l'assurance-accidents obligatoire LAA, éd. par l'association suisse d'assurances, 2017.

- Centre d'information AVS/AI: mémento sur l'assurance-accidents obligatoire, janvier 2019. https://www.ahv-iv.ch/p/6.05.f
- Sécurité sociale CHSS, no.1 / mars 2017: la révision de la loi sur l'assurance-accidents est entrée en vigueur: https://soziale-sicherheit-chss.ch/fr/artikel/la-revision-de-la-loi-sur-lassurance-accidents-est-entree-en-vigueur/

Adresses

SUVA - Accidents (Lucerne)
Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA (Neuchâtel 1)
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

Assurance accidents et maladies professionnelles (LAA)

Généralités

La législation en matière d'assurance accidents et maladies professionnelles est exclusivement régie par le droit fédéral. A ce sujet, se référer à la fiche fédérale correspondante.

Descriptif

L'assurance accidents et maladies professionnelles couvre tous les salarié?es qui travaillent en Suisse. Elle assure les personnes victimes d'un accident ou d'une maladie professionnelle et couvre les prestations de soin et de perte de gain.

Prévention des accidents découlant de l'assurance-accidents:

Le Service de la protection des travailleurs et des relations du travail est chargé des tâches concernant la prévention des accidents découlant de l'assurance accidents et prend les mesures de contraintes administratives prévues par l'art. 86 al. 2 LAA. Tout accident de travail qui provoque un décès ou nécessite l'intervention d'un médecin ou l'évacuation d'un?e blessé?e dans un établissement hospitalier fait l'objet d'une annonce de la part des forces d'interventions.

Le Service est plus largement chargé du contrôle des installations et mesures prises dans les entreprises industrielles et non industrielles en vue de protéger la santé physique et psychique et la sécurité des travailleurs et des travailleuses. Dans ce cadre, le Service peut prescrire toutes les mesures dont l'expérience a démontré la nécessité, que l'état de la technique permet d'appliquer et qui sont adaptées aux conditions de l'exploitation de l'entreprise. L'intervention de la police est possible dans les cas de force majeure et lorsque la mise en oeuvre d'un moyen de contrainte se révèle nécessaire.

Procédure

Lorsqu'un travailleur ou une travailleuse constate que son employeur?se ne prend pas toutes les mesures nécessaires afin de protéger la vie et la santé de ses employé?es, il-elle peut dénoncer le cas au Service de la protection des travailleurs et des relations du travail, si après signalement l'employeur?se n'a rien entrepris. Le Service prendra toute mesure utile en application de la directive relative à l'appel à des médecins et autres spécialistes de la sécurité au travail (MSST/OPA) ou des dispositions de la loi fédérale sur le travail.

Recours

Avant d'introduire un recours en justice contre son assurance accidents, la possibilité est donnée à chaque assuré?e de contacter l'ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA. Ce dernier examine la situation et tente de régler le conflit en intervenant auprès de l'assurance lorsqu'il considère qu'une solution à l'amiable peut être trouvée. Il agit en tant que médiateur et ses services sont gratuits.

Les décisions de l'assurance-accidents (exemple: octroi, calcul des prestations, etc), peuvent faire l'objet d'une opposition de la part de l'assuré?e. L'opposition doit être envoyée dans les 30 jours à la caisse d'assurance-accidents qui a rendu la décision contestée et doit exposer les motifs du désaccord. La décision sur opposition de la caisse peut ensuite faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal des assurances. La dernière instance de recours est le Tribunal fédéral.

Sources

Responsable rédaction: HESTS Valais

Source: Site internet du Service de protection des travailleurs et des relations du travail (Valais)

Adresses

Clinique romande de réadaptation Suva (Sion) (Sion)
Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (Sion 2)
Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA (Neuchâtel 1)

Lois et Règlements

Ordonnance cantonale sur le travail
Loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA)
Loi cantonale sur le travail

Sites utiles

Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA
Service de protection des travailleurs et des relations du travail

Assurance accidents et maladies professionnelles (LAA)

Généralités

Le domaine de l'assurance-accidents, dont fait partie également celui des maladies professionnelles, est régi de façon exhaustive par le droit fédéral. Pour des informations à ce sujet, on consultera donc la fiche fédérale correspondante.

Pour l'essentiel, le droit cantonal indique quelles sont les instances chargées d'appliquer cette législation. Ainsi, c'est la Caisse de compensation de la République et Canton du Jura qui a la tâche de renseigner les employeur-euse-s sur l'obligation d'assurer les travailleur-euse-s et de veiller au respect de cette obligation; c'est le Service de l'économie et de l'emploi qui est désigné comme autorité compétente pour prendre des mesures de contrainte administrative prévues à l'article 86 de la LAA; enfin c'est la Cour des assurances du Tribunal cantonal qui est compétente pour connaître les recours de droit administratif au sens de l'article 56 LPGA.

Dans les limites imposées par le droit fédéral, la législation cantonale fixe également certaines règles de procédure.

Descriptif

Le Service de l'économie et de l'emploi veille à l'application des prescriptions sur la sécurité au travail dans les entreprises.

Procédure

Le Service de l'économie et de l'emploi peut notamment contrôler les entreprises (d'office ou sur plainte) et les contraindre, par des instructions, à se conformer à leurs obligations légales. Il fournit gratuitement aux entreprises et aux employé-e-s les informations nécessaires sur la sécurité au travail.

Recours

En cas de litige entre un-e assuré-e et son assurance (SUVA ou autre assureur), l'assuré-e peut former opposition à la décision de son assureur, qui doit être écrite et comporter les voies de droit. L'assureur doit alors statuer sur l'opposition et rendre une nouvelle décision, qui pourra simplement confirmer la précédente décision ou être modifiée en fonction de la nouvelle appréciation.

La nouvelle décision, rendue sur opposition, pourra elle-même fait l'objet d'un recours devant la Cour des assurances du Tribunal cantonal. Le recours doit être déposé dans les trente jours dès communication de la décision de l'assureur. Il doit être écrit, comporter un exposé succinct des faits et des motifs, ainsi que des conclusions (ce que demande le ou la recourant-e). La procédure de recours est gratuite ; toutefois, si une partie agit de façon téméraire ou avec légèreté, elle peut se voir mettre des frais. En outre, la partie perdante dans le recours peut aussi être condamnée à rembourser les frais de défense de l'autre partie (dépens).

La décision de la Cour des assurances du Tribunal cantonal peut encore ensuite être portée en dernière instance devant le Tribunal fédéral.

Sources

Service de l'action sociale

Adresses

Tribunal cantonal - Cour des assurances (Porrentruy 2)
Tribunal fédéral (Lucerne)
Caisse de compensation du canton du Jura (Saignelégier)

Lois et Règlements

Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 21 mars 1981 (LAA)
Ordonnance fédérale sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA)
Loi du 27 octobre 1983 portant introduction de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (RSJU 832.20)
Arrêté du 6 mars 1984 concernant la désignation de l'autorité compétente au sens de l'article 86 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (RSJU 832.200)
Code de procédure administrative de la République et Canton du Jura du 30 novembre 1978 (RSJU 175.1)

Sites utiles

Service de l'économie et de l'emploi
Mémentos de l'OFAS au sujet de l'assurance-accident obligatoire LAA

Assurance accidents et maladies professionnelles (LAA)

Généralités

La législation en matière d'accidents et de maladies professionnelles est du ressort du droit fédéral. Les principales dispositions sont détaillées dans la fiche fédérale correspondante.

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).

Pour l'essentiel, le droit cantonal indique quelles sont les instances chargées d'appliquer cette législation.

L'assurance accidents et maladies professionnelles (LAA) est gérée, selon les catégories d'assuré-e-s, par la SUVA (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) ou par d'autres assureurs autorisés.

Descriptif

Le Département de l'emploi et de la cohésion sociale (DECS) est chargé de l'application de la législation sur l'assurance-accidents.

La Caisse cantonale de compensation

- informe périodiquement et de manière appropriée les employeurs sur l'obligation où ils se trouvent d'assurer leur personnel et sur les sanctions qu'ils encourent au cas où cette obligation ne serait pas respectée.
- contrôle l'exécution de cette obligation et annonce à la Caisse supplétive ou à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents les employeurs dont le personnel n'est pas encore assuré.

L'office des relations et des conditions de travail (ORCT)

- est chargé de prendre toutes mesures utiles dans le cadre du droit fédéral, pour prévenir les accidents professionnels et pour faire exécuter ses décisions par la voie de la contrainte administrative.
- accorde son aide pour l'exécution des décisions qui ont été prises dans le domaine de la prévention des accidents et des maladies professionnels par les organes de la Confédération et de la CNA/Suva.

Procédure

Voir sous recours

Recours

En matière d'accidents et de maladies professionnelles

- les oppositions à une décision de l'assurance doivent être adressées, dans les 30 jours, par écrit à l'institution qui a rendu une décision formelle.

- la décision prise suite à cette opposition est sujette à recours, dans les 30 jours, à la Cour de droit public du Tribunal cantonal, puis auprès du Tribunal fédéral.

En matière de sécurité au travail

- l'office des relations et des conditions de travail (ORCT) communique au chef du Département de l'emploi et de la cohésion sociale (DECS) les oppositions dont font l'objet ses décisions et fait approuver par ce magistrat ses décisions rendues sur opposition.

- la décision du DECS est ensuite sujette à recours, dans les 30 jours, au Tribunal cantonal.

Sources

Centre social protestant - Neuchâtel, secteur juridique

Adresses

SUVA - Accidents (La Chaux-de-Fonds)
SUVA - Accidents (Lucerne)
Tribunal cantonal (Neuchâtel)
Tribunal administratif fédéral (St. Gallen)
Tribunal fédéral (Lucerne)

Lois et Règlements

Arrêté d'exécution de la loi cantonale d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 12 septembre 1984
Loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LILAA), du 20 décembre 1983

Sites utiles

Site de l'administration cantonale: santé et sécurité au travail

Assurance accidents et maladies professionnelles (LAA)

Généralités

La législation en matière d'accidents et de maladies professionnelles est du ressort du droit fédéral. Les principales dispositions sont détaillées dans la fiche fédérale correspondante.

La législation cantonale se limite à poser des règles en matière d'exécution, notamment la désignation des autorités cantonales compétentes, et dans le domaine de la promotion de la sécurité au travail.

Rappelons que **l'Assurance scolaire contre les accidents a été abrogée en 2006.** Il n'y a par conséquent plus de prise en charge des frais de traitement pour les accidents qui se sont produits après cette date. Toutefois :

- pour les accidents qui ont eu lieu avant le 1er septembre 2006 et qui ont été déclarés à l'Assurance scolaire contre les accidents, la prise en charge des frais de traitement est maintenue sous certaines conditions. Pour plus d'informations, consultez le site du Service de la santé publique (SSP).
- pour les accidents survenus après le 1er septembre 2006, une possibilité de participation financière aux frais spécifiques engendrés par les familles reste possible pour les accidents graves. Les demandes doivent être adressées au SSP au moyen du formulaire disponible sur leur site.

Descriptif

Accidents et maladies professionnelles

La **Direction de la santé et des affaires sociales** (DSAS) informe les employeurs de leur obligation d'assurer les employé-e-s et attire l'attention des intéressés sur les sanctions qui peuvent être prises si cette obligation n'est pas respectée. (LAA art.1)

La **Caisse cantonale de compensation AVS** est chargée de surveiller l'exécution de l'obligation d'assurance et d'annoncer le cas échéant à la **Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA)** ou à la caisse supplétive les employeurs dont le personnel n'est pas encore assuré. (LAA art.2)

Promotion de la sécurité au travail

Le Service public de l'emploi (SPE) est l'autorité cantonale en charge de l'application des lois fédérales et cantonales ayant trait à la protection des travailleurs.

Les inspecteurs du travail du SPE interviennent lors d'actions ciblées ou sur demande afin de garantir une politique de santé et de sécurité adéquate au sein de l'entreprise. Leurs interventions portent sur:

- la protection de la santé et de la sécurité au travail, ainsi que de groupes de travailleurs particuliers (jeunes travailleurs, femmes enceintes);
- la durée du travail : contrôle des durées et autorisations pour le travail de nuit et du dimanche, le travail en continu et le travail à trois équipes ou plus;
- la prévention des risques : aide à l'établissement d'une politique de prévention des risques au sein de l'entreprise, notamment sur la base de la directive MSST, qui préconise l'appel aux spécialistes de la sécurité du travail;
- les locaux de travail : contrôle des constructions et transformations de locaux professionnels, préavis d'autorisation de construire pour les entreprises.

Pour plus d'informations, consultez le site du SPE.

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.

La Police cantonale doit aviser sans délai le Service public de l'emploi des accidents de travail dont elle a connaissance.

Recours

En matière d'accidents et de maladies professionnelles

Les voies de recours sont réglées par le droit fédéral : voir la fiche fédérale correspondante

En matière de sécurité au travail

Les décisions du Service public de l'emploi (SPE) en matière de sécurité au travail peuvent être contestées dans les trente jours, à son adresse, par la voie de l'opposition.

Sources

Service de la santé publique (SSP)

Service public de l'emploi (SPE)

Loi d'application de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)

Adresses

Etablissement cantonal des assurances sociales ECAS (Givisiez)
Service de la santé publique (Fribourg)
Service public de l'emploi - SPE (Fribourg)
Inspection cantonale du travail - Service public de l'emploi (Fribourg)

Lois et Règlements

Loi du 22 septembre 1983 d'application de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents
Loi du 12 mai 2006 abrogeant la loi créant une assurance scolaire contre les accidents
Règlement du 9 janvier 2007 sur l'utilisation du fonds résultant de la dissolution de l'assurance scolaire contre les accidents

Sites utiles

Assurance scolaire contre les accidents - Service de la santé publique (SSP)
Rôle de l'inspection du travail - Service public de l'emploi (SPE)

Assurance accidents et maladies professionnelles (LAA)

Généralités

La législation en matière d'accidents et de maladies professionnelles relève du droit fédéral. Les principales dispositions sont détaillées dans la fiche fédérale.

Descriptif

Il existe plusieurs caisses d'assurance LAA active dans le Canton de Vaud. Ces dernières peuvent proposer une assurance-accidents obligatoire, mais uniquement dans les secteurs où le risque d'accident est considéré comme faible. Pour les secteurs à risque plus élevé, c'est la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) qui est compétente.

Il est de la responsabilité de l'employeur.euse d'assurer ses employé.es auprès d'une caisse proposant une couverture assurance-accident obligatoire.

Pour les personnes sans activités lucrative souhaitant bénéficier d'un couverture accident, elles doivent s'assurer auprès de leur assureur-maladie.

Recours

Toute décision prise par l'assurance-accidents et maladies professionnelles peut faire l'objet d'une opposition motivée adressée par écrit à l'assureur, ou formulée lors d'un entretien personnel, dans un délai de 30 jours dès réception de la décision.

La décision sur opposition rendue par l'assureur LAA peut faire l'objet d'un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans un délai de 30 jours, dès la notification.

En dernière instance, le jugement rendu par le Tribunal cantonal peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal fédéral dans un délai de 30 jours dès réception de la décision cantonale.

Sources

Etat de Vaud - Département de la santé et de l'action sociale, Direction générale de la cohésion sociale

Base législative vaudoise

Adresses

Tribunal cantonal - Cour des assurances sociales (Lausanne)
Tribunal fédéral (Lucerne)

Lois et Règlements

Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981

Sites utiles

Aucun site trouvé pour cette fiche

Assurance accidents et maladies professionnelles (LAA)

Généralités

La législation sur l'assurance-accidents est du ressort exhaustif du droit fédéral. En conséquence, il faut se référer à la fiche fédérale.

Descriptif

L'Office cantonal de l'inspection et des relations du travail (OCIRT) est chargé des tâches concernant la prévention des accidents découlant de l'assurance-accidents et prend les mesures de contraintes administratives prévues par l'art. 86, al. 2 LAA. La loi cantonale sur l'inspection et les relations du travail (LIRT - J 1 05) définit notamment le rôle et les compétences de l'OCIRT.

Procédure

Tout accident de travail qui provoque un décès ou nécessite l'intervention d'un médecin ou l'évacuation d'un blessé dans un établissement hospitalier, doit être immédiatement annoncé à l'Office cantonal de l'inspection et des relations du travail.

Recours

Les décisions prises par l'OCIRT, qui sont en principe dirigées contre les entreprises, peuvent faire l'objet d'un recours à la Chambre administrative de la Cour de Justice dans les trente jours dès leur notification.

Les décisions prises sur opposition par l'assurance-accidents peuvent faire l'objet d'un recours dans les 30 jours auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (E 2 05, art. 134 LOJ).

Sources

Législation citée

Adresses

SUVA - Accidents (Lucerne)
Office cantonal de l'inspection et des relations du travail (OCIRT) (Genève 8)
Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (Genève 1)

Lois et Règlements

Loi sur l'inspection et les relations du travail J 1 05

Sites utiles

OFFICE CANTONAL DE L'INSPECTION ET DES RELATIONS DU TRAVAIL