



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Projets de consultation concernant la révision de la loi fédérale sur l'assurance-accidents

Berne, novembre 2006

Office fédéral de la santé publique

Table des matières

1	Généralités	7
1.1	Contexte.....	7
1.2	Objectif de la révision.....	7
1.3	Travaux préparatoires	8
1.3.1	Rapport sur l'avenir de la CNA	8
1.3.2	Analyse coûts-bénéfices de l'assurance-accidents obligatoire	9
1.3.3	Assurance-accidents des personnes au chômage	9
1.3.4	Rapport de la commission d'experts chargée de la révision de l'assurance-accidents obligatoire	10
1.3.5	Rapport sur la gestion immobilière de la CNA	11
1.3.6	Rapport de la commission « Santé et sécurité au travail »..	11
1.4	Projets mis en consultation	11
2	Adaptation de la LAA aux exigences d'une assurance sociale	12
	moderne.....	12
2.1	Cercle des personnes assurées	12
2.2	Risques assurés	13
2.3	Prestations d'assurance	14
2.3.1	Prestations pour soins et remboursements de frais.....	14
2.3.2	Prestations en espèces	15
2.3.3	Organisation.....	18
2.3.4	Droit des administrations publiques de choisir	
	leur assureur	19
2.3.5	Autres innovations	19
2.3.6	Surveillance	20
2.3.7	Prévention des accidents.....	20
2.3.8	Financement.....	21
2.4	Commentaire des diverses dispositions	22
	<i>Remplacement d'un terme</i>	22
	<i>Art. 1, al. 2, let. c, d et e</i>	22
	<i>Art. 3, al. 2 et 3</i>	23

<i>Art. 6, al. 2 et 3</i>	23
<i>Art. 8, al. 3</i>	23
<i>Art. 9a</i> Grands sinistres.....	24
<i>Art. 10, al. 1, let. a, et al. 3, 2^e phrase</i>	24
<i>Art. 14, al. 2</i>	25
<i>Art. 15, al. 2 et 3, 2^e phrase, et let. f</i>	25
<i>Art. 16, al. 2, 1^{ère} phrase, al. 3 et 4</i>	25
<i>Art. 18, al. 1</i>	26
<i>Art. 20, al. 2^{bis} et 2^{ter}</i>	26
<i>Art. 22</i> Révision de la rente.....	26
<i>Art. 24, al. 2, 2^e phrase</i>	27
<i>Art. 29</i> Droit du conjoint survivant	27
<i>Art. 29a</i> Naissance et extinction du droit.....	28
<i>Art. 37, al. 3</i>	28
<i>Art. 51</i> Autorisation de donner des renseignements.....	28
<i>Art. 52</i> Carte d'assuré	29
<i>Art. 56, al. 2 à 7</i>	29
<i>Art. 58</i>	30
<i>Art. 59a</i> Contrat-type	30
<i>Art. 60</i>	30
<i>Art. 66, titre et al. 1, let. e</i>	30
<i>Art. 73, al. 2^{bis}</i>	31
<i>Art. 75, al. 1</i>	31
<i>Art. 76</i>	31
<i>Art. 77, al. 2^{bis} et 3, let. e</i>	32
<i>Art. 78a</i> Litiges entre assureurs-accidents	32
<i>Art. 81, al. 1</i>	33

<i>Art. 82a</i>	Travaux présentant des dangers particuliers	33
<i>Art. 83, al. 3</i>		34
<i>Art. 85, al. 2, 2^{bis}, 3^{bis}, 3^{ter} et 4</i>		34
<i>Art. 87a</i>	Contributions des entreprises étrangères à la prévention des accidents	35
<i>Art. 88, al. 2, 3 et 4</i>		35
<i>Art. 90, al. 1</i>		36
<i>Art. 90a</i>	Provisions pour allocations de renchérissement	36
<i>Art. 91, al. 2^{bis}</i>		38
<i>Art. 92, al. 1^{bis}, 1^{ter}, 1^{quater} et 2^{bis}</i>		38
<i>Art. 94</i>	Classement des entreprises et des assurés dans les classes et degrés des tarifs de primes	39
<i>Art. 99</i>		39
<i>Art. 105</i>	Opposition à des décomptes de primes et au classement dans les classes et degrés des tarifs de primes	39
<i>Art. 108</i>	Frais de la procédure de recours	39
<i>Art. 112 à 113a</i>		41
<i>Dispositions transitoires</i>		41
<i>Modification du droit en vigueur</i>		43
3	Révision de l'organisation de la CNA et ancrage de l'assurance- accidents des personnes au chômage dans la LAA	46
3.1	Organisation et domaines d'activité de la CNA	46
3.1.1	La CNA aujourd'hui	46
3.1.2	Défis à relever pour la CNA	49
3.1.3	Grandes lignes du projet	50
3.2	Assurance-accidents des personnes au chômage	53
3.2.1	L'assurance-accidents des personnes au chômage aujourd'hui.....	53
3.2.2	Grandes lignes du projet	55
3.3	Commentaire des diverses dispositions	58
<i>Art. 1, al. 2, let. b</i>		58

<i>Art. 1a, al. 1, let. a et b</i>	58
<i>Art. 3, al. 5</i>	59
<i>Art. 15, al. 3, let e (nouvelle)</i>	59
<i>Art. 16, al. 5</i>	59
<i>Art. 17, al. 1</i>	59
<i>Art. 45, al. 2^{bis}</i>	59
<i>Solution 1 (haute surveillance de la Confédération ; art. 61 à 67b)</i>	59
<i>Art. 61, al. 1 et 3</i>	59
<i>Art. 62</i> Organes	60
<i>Art. 63</i> Conseil de surveillance	60
<i>Art. 63a</i> Conseil d'administration	61
<i>Art. 64</i> Direction	61
<i>Art. 64a</i> Devoirs de diligence et de fidélité.....	62
<i>Art. 64b</i> Responsabilité.....	62
<i>Art. 65</i> Etablissement de comptes annuels.....	62
<i>Art. 65a</i> Organe de révision	63
<i>Art. 65b</i> Personnel.....	63
<i>Art. 65c</i> Impôts	63
<i>Art. 67b</i> Activités accessoires	63
<i>Solution 2 (surveillance directe de la Confédération ; art. 61 à 65d)</i> ...	66
<i>Art 61, al. 3</i>	66
<i>Art. 61a</i> But	66
<i>Art. 62</i> Organes	67
<i>Art. 63</i> Conseil d'administration	67
<i>Art. 64</i> Direction	67
<i>Art. 64a et 64b</i>	67
<i>Art. 65</i> Organe de révision	67

<i>Art. 65a</i>	Personnel.....	67
<i>Art. 65b</i>	Etablissement des comptes et utilisation des bénéfices	68
<i>Art. 65c</i>	Impôts	68
<i>Art. 65d</i>	Défense des intérêts de la Confédération.....	68
<i>Art. 67a</i>	Assurance-accidents des personnes au chômage	68
<i>Art. 90b</i>	Fonds des allocations de renchérissement de l'assurance-accidents des personnes au chômage	69
<i>Art. 92, al. 7</i>	70
4	Conséquences.....	70
4.1	Conséquences financières.....	70
4.1.1	Pour la Confédération et les cantons.....	70
4.1.2	Pour l'assurance-accidents.....	70
4.1.3	Pour les autres assurances sociales et pour la prévoyance professionnelle.....	71
5	Conséquences économiques.....	72
6	Lien avec le programme de la législature.....	72
7	Compatibilité avec le droit international.....	72
7.1	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies	72
7.2	Instruments de l'Organisation internationale du Travail (OIT).....	73
7.3	Droit de la Communauté européenne	74
7.4	Instruments du Conseil de l'Europe.....	74
8	Aspects juridiques	75
8.1	Constitutionnalité et légalité.....	75
8.2	Forme de publication.....	75
8.3	Délégation de compétences législatives	75

1 Généralités

1.1 Contexte

Selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)¹, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1984, les travailleurs occupés en Suisse sont assurés contre les accidents et les maladies professionnels, de même que contre les accidents non professionnels. La loi offre de plus aux indépendants la possibilité de s'assurer à titre facultatif aux mêmes conditions. L'assurance prend en charge le traitement approprié des lésions résultant d'accidents (traitement médical), rembourse certains frais et verse des indemnités journalières et des rentes (d'invalidité et de survivants). La loi régit en outre la prévention des accidents et maladies professionnels (sécurité au travail) et la prévention des accidents non professionnels.

L'assurance-accidents obligatoire est gérée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), qui jouit d'un monopole partiel, ainsi que par des assureurs privés, des caisses-maladie et des caisses publiques d'assurance-accidents (pluralité des assureurs). Elle est financée par des primes. Les primes de l'assurance contre les accidents et maladies professionnels sont à la charge de l'employeur, qui peut en revanche déduire du salaire de ses employés, entièrement ou partiellement, les primes de l'assurance-accidents non professionnels.

1.2 Objectif de la révision

Depuis son entrée en vigueur, la LAA n'a pas connu de modification fondamentale, contrairement à la législation de la plupart des autres assurances sociales. Il convient dans ces circonstances d'examiner de manière générale si le régime actuel répond encore à ce que l'on attend d'une assurance sociale moderne ou s'il y a lieu de le réviser, et dans quelle mesure.

Dans plusieurs domaines, la LAA s'appuie sur un consensus entre les assureurs (tarif de primes commun, collaboration en matière de tarifs médicaux, interprétation commune des dispositions relatives aux prestations). Ce consensus a été remis en question dernièrement à diverses reprises, en même temps que la concurrence se durcissait. C'est pourquoi il s'avère nécessaire de fixer expressément dans la loi certains points qui auparavant avaient pu être réglés d'un commun accord par les assureurs. Il s'agit en particulier d'examiner si des prestations qui peuvent aboutir à des surindemnisations (p. ex. rentes d'invalidité et indemnités journalières servies après l'âge de la retraite selon l'AVS) doivent être réajustées.

L'assurance-accidents des personnes au chômage est gérée, depuis l'entrée en vigueur de la révision du 22 mars 2002 de la loi sur l'assurance-chômage (LACI)² et en vertu d'une modification de l'art. 22a, al. 4, LACI, par la CNA comme quatrième branche indépendante de l'assurance-accidents obligatoire au côté de l'assurance-accidents professionnels, l'assurance-accidents non professionnels et l'assurance facultative. Cette branche n'étant pas ancrée dans la LAA, il convient donc d'y remédier.

1 RS 832.20

2 RS 837.0

L'actuelle pluralité des assureurs, avec monopole partiel de la CNA, a fait ses preuves. La présente révision ne propose par conséquent pas de réorganiser la gestion de l'assurance-accidents obligatoire, dans le sens d'une libéralisation, en privatisant la CNA (cf. ch. 2.3.3). Il est cependant apparu, en lien avec l'affaire de l'automne 2005 touchant la gestion immobilière de la CNA (cf. ch. 1.3.5), que son organisation ne répond plus en tous points aux principes actuels en matière d'organisation d'entreprise et qu'elle doit donc être réformée. L'organisation de la CNA doit par ailleurs être adaptée dans la mesure du possible aux principes directeurs énoncés par le Conseil fédéral dans son rapport du 13 septembre 2006 sur l'externalisation et la gestion de tâches de la Confédération (rapport sur le gouvernement d'entreprise)³.

La santé et la sécurité au travail (protection des travailleurs) sont aujourd'hui régies par deux législations : la LAA pour la sécurité au travail (ordonnance sur la prévention des accidents et maladies professionnels) et la loi du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (LTr)⁴ en ce qui concerne la protection de la santé en général. On entend par là, entre autres, toutes les mesures de protection de la santé des travailleurs qui ne servent pas directement à la prévention des accidents et maladies professionnels. A cette dualité de la législation correspondent deux organismes d'exécution et deux départements compétents en matière de législation et de surveillance. L'application des dispositions relatives à la sécurité au travail est partagée entre les cantons, la CNA et le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO). Bien que cette dualité ait donné lieu à quelques interventions au niveau politique, le projet mis en consultation n'aborde pas ce problème, car n'y a pas d'urgence. Comme le relève la commission d'experts chargée de la révision de la LAA, on irait avec cette thématique bien au-delà de l'objectif que la révision est sensée atteindre et cela pourrait provoquer un ralentissement important de l'avancement des travaux de révision. Il convient toutefois de signaler que le regroupement de la sécurité et de la protection de la santé au sein d'un seul département est à l'étude dans le cadre de la réforme de l'administration fédérale 2005 - 2007.

1.3 Travaux préparatoires

Les travaux préparatoires menés depuis 1996 ont porté presque exclusivement sur la thématique de la CNA et de l'assurance-accidents des personnes au chômage. C'est seulement avec l'institution, début 2005, d'une commission d'experts en vue de la révision de la LAA qu'une plus large discussion s'est ouverte.

1.3.1 Rapport sur l'avenir de la CNA

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

³ FF 2006 8233

⁴ RS 822.11

(DFF) et le Département fédéral de justice et police (DFJP), et de remettre au Conseil fédéral, d'ici fin 2001, un rapport à ce sujet.

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

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

1.3.2 Analyse coûts-bénéfices de l'assurance-accidents obligatoire

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

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

1.3.3 Assurance-accidents des personnes au chômage

En décembre 2001, le Conseil fédéral a chargé le DFI de présenter un rapport ayant pour objet, d'une part, un meilleur ancrage de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA et, d'autre part, un réexamen fondamental du financement de cette assurance. Ce rapport, élaboré par l'OFAS en collaboration avec le SECO et les assureurs LAA, a été adopté le 13 septembre 2002.

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

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

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

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

En ce qui concerne l'ancrage de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA, la commission d'experts a pris connaissance du fait que le Conseil fédéral a chargé le DFI, le 9 décembre 2002, de procéder à cette modification de la LAA dans le cadre de la révision de la loi.

1.3.4 Rapport de la commission d'experts chargée de la révision de l'assurance-accidents obligatoire

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

Le DFI a confié la rédaction de ce rapport à une commission d'experts composée de représentants des partenaires sociaux, des assureurs et des offices fédéraux concernés au premier titre, à savoir l'OFAS, l'Office fédéral des assurances privées (OFAP) et le SECO. Placée sous la direction de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la commission a rendu son rapport le 27 février 2006. Celui-ci établit que l'assurance-accidents obligatoire répond, dans une large mesure, aux exigences d'une assurance moderne, raison pour laquelle une révision totale n'est pas

nécessaire. Les experts aboutissent cependant aussi à la conclusion que plusieurs adaptations sont nécessaires, notamment pour éviter des surindemnisations (rentes d'invalidité viagères), dans le domaine de la gestion de l'assurance (surveillance, suppression du tarif des primes commun), ainsi que pour clarifier des questions de financement (grands sinistres, financement des allocations de renchérissement).

1.3.5 Rapport sur la gestion immobilière de la CNA

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

1.3.6 Rapport de la commission « Santé et sécurité au travail »

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

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

La commission d'étude « Santé et sécurité au travail », instituée en octobre 1996 par le DFE pour traiter la motion, a publié fin 1999 son rapport intitulé « Santé et sécurité au travail: législation et exécution ». Elle a conclu de ses travaux que le problème devait être attaqué sous l'angle de l'exécution, car avec le régime d'exécution actuel il est pratiquement impossible de regrouper les deux législations. Elle a donc cherché avant tout à élaborer de nouveaux modèles d'exécution. Malgré des efforts intenses et répétés, elle n'est pas parvenue à se mettre d'accord sur un modèle déterminé. Au lieu d'une refonte complète, elle s'est contentée de proposer des améliorations ponctuelles du système existant.

1.4 Projets mis en consultation

Pour que la révision de la LAA puisse, selon les opportunités, être débattue au Parlement en deux « paquets » séparés, le présent projet de révision propose deux projets de lois distincts.

Le projet « Adaptation de la LAA aux exigences d'une assurance sociale moderne » traite des points suivants: prestations, questions de financement et d'organisation touchant aussi bien les assureurs désignés à l'art. 68 que la CNA, prévention des accidents, autres questions d'ordre technique.

Le projet « Révision de l'organisation de la CNA et ancrage de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA » concerne essentiellement les points

suivants: organisation, responsabilité, surveillance, contrôle et structure des comptes de la CNA, activités accessoires, assurance-accidents des personnes au chômage.

Les explications concernant les conséquences de la révision, la planification de la législation, la compatibilité avec le droit international et la constitutionnalité valent pour les deux projets proposés.

2 Adaptation de la LAA aux exigences d'une assurance sociale moderne

2.1 Cercle des personnes assurées

Comme actuellement, ne sont obligatoirement assujetties que les personnes exerçant une activité lucrative dépendante. Celles qui exercent une activité lucrative indépendante ne peuvent s'assurer qu'à titre facultatif. Le système de l'assurance-accidents étant conçu pour des personnes exerçant une activité lucrative – les indemnités journalières et les rentes remplacent les revenus de l'activité lucrative perdue –, les femmes et les hommes au foyer, les enfants et les personnes ayant cessé d'exercer une activité lucrative demeurent exclus de la LAA.

Selon le droit en vigueur, l'assurance-accidents déploie ses effets dès le jour où le travailleur commence ou aurait dû commencer le travail en vertu de l'engagement, mais en tout cas dès le moment où il se met en route pour se rendre au travail. L'assurance-accidents non professionnels cesse de produire ses effets dès le 30^e jour qui suit celui où a pris fin le droit à la moitié au moins du salaire. L'application de ces règles est à l'occasion source de difficultés et peut surtout conduire à des lacunes d'assurance, notamment lorsque le travailleur commence son rapport de travail par des vacances ou change d'employeur. Pour pallier ces inconvénients, une modification de la couverture d'assurance est proposée.

Suivant une proposition de la commission d'experts, il est prévu de maintenir la possibilité de prolonger l'assurance-accidents non professionnels par convention spéciale. Compte tenu des difficultés pratiques rencontrées dans l'application des règles actuelles, il est toutefois prévu de remplacer le délai exprimé en jours par un délai exprimé en mois.

Selon le droit actuel, il peut arriver qu'une personne assurée en Suisse, mais victime d'un accident à l'étranger, y soit aussi obligatoirement assurée. En pareil cas, c'est en principe l'assurance-accidents étrangère qui est tenue à prestations à la place de l'assurance suisse. La ratio legis est d'éviter la double assurance. L'application de cette règle peut parfois mener à des situations peu satisfaisantes. Avec l'Accord sur la libre circulation des personnes, le nombre de ces situations devrait toutefois sensiblement diminuer. Dans ces conditions, le maintien de la suspension de l'assurance en cas de soumission à une assurance-accidents obligatoire étrangère est justifié.

2.2 Risques assurés

Le projet de révision n'apporte pas d'innovation de grande portée dans ce domaine. Selon le droit actuel, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accidents professionnels, d'accidents non professionnels et de maladies professionnelles. Le Conseil fédéral a été autorisé à étendre l'assurance aux lésions corporelles semblables aux conséquences d'un accident, comme les ruptures de tendon et les déchirures musculaires. L'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA)⁵ en dresse une liste exhaustive. Selon la réglementation en vigueur depuis 1998, les lésions dues manifestement à une maladie ou à une dégénérescence (processus de vieillissement biologique p. ex.) ne devraient pas, en principe, être couvertes par l'assurance-accidents. Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a toutefois remis en cause la réglementation en vigueur, estimant que lorsqu'il y a action d'un facteur extérieur sur le corps humain, il ne saurait être question, par définition, d'une lésion corporelle due manifestement à une maladie ou à une dégénérescence. Cette jurisprudence est à l'occasion source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est la raison pour laquelle, une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'un facteur extérieur est proposée. En cas de lésions corporelles désignées dans la liste, il y a présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Celui-ci pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion corporelle est manifestement due à une maladie ou à une usure.

Aux termes de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)⁶, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Pour les lésions dentaires qui se produisent lors de la mastication, il est toutefois très difficile d'apporter la preuve de l'existence du facteur extérieur extraordinaire. Si les coûts de traitement ne sont en règle générale pas très élevés, il n'en va pas de même des coûts administratifs. Les différends entre assureurs et assurés sont par ailleurs relativement fréquents et le risque d'abus très important. Aussi le projet de révision propose-t-il de ne plus accorder de prestations d'assurance en cas de lésions dentaires qui se produisent lors de la mastication.

La question des accidents qui surviennent durant l'exercice d'une activité lucrative indépendante non assurée à titre facultatif a prêté à nombre de controverses. Selon la pratique, ces accidents sont pris en charge par l'assurance-accidents non professionnels. Le fait de faire supporter à cette branche d'assurance les risques liés à l'activité lucrative indépendante est jugé par certains contraire au système. Ils estiment en effet que les personnes exerçant, en plus de leur activité lucrative dépendante, une activité lucrative indépendante, ont la possibilité de s'assurer à titre facultatif pour cette dernière et devraient en principe supporter les conséquences s'ils renoncent à le faire. Force est toutefois de constater que les risques courus durant l'exercice d'une activité lucrative – qu'elle soit dépendante ou indépendante importe peu – sont

⁵ RS 832.202

⁶ RS 830.1

souvent moins élevés que ceux courus durant les loisirs. De ce fait, il est raisonnable d'inscrire dans la loi la solution adoptée en pratique.

Les prestations d'assurance sont allouées non seulement pour l'accident initial, mais également en cas de rechute et de séquelles tardives. Il appartient à l'assureur compétent pour l'accident initial d'allouer les prestations en pareil cas. Certains milieux souhaiteraient introduire dans ce domaine une limite de dix ans, période durant laquelle les assurés pourraient faire valoir leur droit aux prestations en cas de rechute et de séquelles tardives. Ils soutiennent que ces éventualités constituent de très gros risques financiers et qu'il est très difficile de les évaluer correctement. Le projet de révision propose de maintenir le statu quo et ne pas introduire de limite temporelle. Pareille modification se ferait en effet nécessairement au détriment de l'assurance-maladie sociale. Se poserait par ailleurs la question de la responsabilité de l'employeur en cas d'accidents professionnels.

La LAA couvre aujourd'hui de manière illimitée les grands sinistres (p. ex. risques imputables à la guerre et à des catastrophes). Les assureurs privés qui participent à la gestion de la LAA ont toutefois de la peine à trouver des réassureurs pour de tels risques. En raison de la dotation en capital nécessaire (dispositions visant la solvabilité des assureurs privés), une couverture illimitée n'est pratiquement plus finançable. La question de l'inscription d'un plafond dans la loi se pose avec moins d'acuité pour la CNA que pour les assureurs désignés à l'art. 68 LAA, puisqu'elle n'est pas soumise aux mêmes règles que ces derniers. L'idée est néanmoins que si un plafond est introduit, il doit aussi valoir pour la CNA. Ceci posé, le Conseil fédéral propose de limiter la responsabilité des assureurs en cas de grands sinistres et de fixer le plafond à un milliard de francs par événement touchant la CNA et à un milliard de francs touchant l'ensemble des autres assureurs.

2.3 Prestations d'assurance

2.3.1 Prestations pour soins et remboursements de frais

L'assuré a droit aujourd'hui au traitement médical approprié des lésions résultant d'un accident. Le traitement doit être en adéquation avec son but, c'est-à-dire de nature à apporter une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Seuls les traitements scientifiquement reconnus peuvent être pris en charge par l'assurance. Il y a par ailleurs aucun droit à la prise en charge d'un traitement non économique.

La réglementation actuelle ne fait pas mention du traitement ambulatoire dispensé en milieu hospitalier. La liste doit par conséquent être complétée pour permettre la conclusion de conventions tarifaires avec les hôpitaux au sujet de ce type de traitement.

Actuellement, le Conseil fédéral est autorisé à fixer les conditions auxquelles l'assuré a droit aux soins à domicile et dans quelle mesure ceux-ci sont couverts. Cette réglementation est toutefois en contradiction avec les conventions internationales auxquelles la Suisse a adhéré. En effet, selon le Code Européen de Sécurité Sociale (CESS) et la convention n° 102 de l'Organisation Internationale du Travail concernant la norme minimum de la sécurité sociale (Convention OIT n° 102), les soins médicaux comprennent les soins infirmiers, soit à domicile, soit dans un

hôpital ou dans une autre institution médicale. Aux termes de ces conventions, les soins à domicile doivent être pris en charge sans que l'on puisse exiger une participation de l'assuré aux coûts de ces soins.

2.3.2 Prestations en espèces

Gain assuré

Le gain pris en considération pour fixer l'indemnité journalière et les rentes a toujours été limité dans l'assurance-accidents obligatoire, mais de manière que seuls les gros salaires ne soient pas entièrement assurés. Pour décharger le Parlement de cette tâche, le Conseil fédéral a été autorisé à fixer ces montants maximaux de façon que, en règle générale, 92 % au moins, mais pas plus de 96 % des travailleurs soient couverts pour le gain intégral. Ce maximum vaut également pour le calcul des cotisations et des prestations de l'assurance-chômage, ainsi que pour le système d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité (AI). Les avis divergent sur la nécessité de maintenir la fourchette actuellement en vigueur. On s'accorde toutefois pour dire qu'il faut éviter des augmentations trop rapprochées dans le temps, car chaque relèvement entraîne des coûts importants (aussi bien pour les payeurs de primes que pour les assureurs). Dans ces conditions, le projet de révision propose de modifier la fourchette actuelle en ce sens que, en règle générale, 90 % au moins, mais pas plus de 95 % des travailleurs assurés soient couverts pour le gain intégral. Cette solution de compromis laisse une marge de manœuvre plus large pour la fixation du montant maximum du gain assuré et permet de réaliser des économies. Compte tenu des difficultés rencontrées par l'AI principalement lors du relèvement du gain assuré jusqu'au quantile maximum autorisé, il conviendra également de découpler complètement le calcul du gain maximal assuré dans l'AI de celui de l'assurance-accidents.

Indemnités journalières

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou lorsque l'assuré décède. Le délai d'attente actuel en principe être maintenu dans l'assurance obligatoire. Augmenter le nombre de jours de carence ne ferait en effet que reporter la charge financière sur les entreprises par le biais de l'art. 324b du code des obligations (CO)⁷. Employeurs et assureurs doivent néanmoins avoir la possibilité, en échange d'une réduction équitable des primes, de prolonger ce délai d'attente. Il ne doit cependant en découler aucun préjudice pour les assurés.

L'indemnité journalière est en principe calculée de manière abstraite et elle est allouée indépendamment de la perte de gain réellement subie durant les jours de la période d'incapacité de travail. Selon la jurisprudence récente du TFA, un assuré à la retraite anticipée qui subit un accident durant la période d'assurance prolongée de l'art. 3, al. 2, n'a toutefois pas droit à l'indemnité journalière de l'assurance-

⁷ RS 220

accidents, faute de perte de gain. L'application de cette jurisprudence à d'autres situations analogues – la Haute Cour a laissé ce point indécis – pourrait être source de lacunes d'assurance et de complications administratives. C'est pourquoi le Conseil fédéral propose d'inscrire dans la loi le principe du calcul abstrait de l'indemnité journalière. Une réglementation spéciale est prévue pour les personnes ayant pris une retraite anticipée.

Rentes d'invalidité

L'assuré dont la capacité de gain subit une atteinte vraisemblablement permanente ou de longue durée par suite d'un accident peut prétendre une rente d'invalidité. La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré en cas d'invalidité totale ; elle est diminuée en conséquence si l'invalidité n'est que partielle. La limite inférieure ouvrant le droit à une rente est actuellement de 10 %. Le projet de révision propose de relever la limite à 20 %, suivant en cela la proposition d'une partie de la commission d'experts.

Quant à reprendre dans la LAA la réglementation de l'AI, outre que les deux systèmes diffèrent considérablement en ce qui concerne le mode de calcul des rentes, on y a renoncé pour plusieurs raisons: il faudrait à nouveau faire valoir les prétentions en responsabilité par la voie civile jusqu'à un taux d'invalidité de 40 %, ce qui provoquerait davantage de litiges entre employeurs et salariés, avec les frais que cela implique. En outre, les personnes occupées à temps partiel et les salariés à faible revenu en seraient fortement désavantagés, de même que les personnes élevant seules leurs enfants. Puisque dans le système actuel les pertes de gain jusqu'à un taux d'invalidité de 40 % sont essentiellement couvertes par la LAA et que la perte d'une rente de l'assurance-accidents serait durement ressentie, la tendance à la fixation de taux d'invalidité plus élevés afin de combler des lacunes d'assurance pourrait se développer.

Aujourd'hui, le versement d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents obligatoire est en principe garanti jusqu'au décès de la personne assurée. En cas de concours de droit avec une rente de l'AI ou de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), la rente de l'assurance-accidents est réduite si, additionnées, les deux rentes sont supérieures à 90 % du salaire assuré. La rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire n'est par contre pas prise en compte. La loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP)⁸ autorise pour sa part l'institution de prévoyance à réduire la rente d'invalidité si, additionnées, les rentes de l'assurance-accidents, de l'AI ou de l'AVS et celles de la prévoyance professionnelle sont supérieures à 90 % du gain réalisé avant l'accident. Vu la complexité des interactions entre les trois assurances et en dépit des règles de réduction des rentes en vigueur, on ne peut pas exclure des surindemnités non justifiées, en particulier si l'accident survient juste avant l'âge légal de la retraite et qu'il se traduit par une invalidité. Le Conseil fédéral a d'ailleurs eu l'occasion de se prononcer sur la question dans sa réponse à la motion Jenny (03.3601) du 11 décembre 2003. Ceci posé, le projet de révision prévoit de réduire les rentes d'invalidité de l'assurance-accidents à l'âge légal de la retraite de manière

⁸ RS 831.40

échelonnée en fonction de l'âge de l'assuré au moment de la survenance de l'accident. Il suit en cela la proposition de la commission d'experts.

Selon la législation actuelle, le calcul des rentes, en cas d'invalidité partielle, ne tient pas compte du gain résiduel que l'assuré pourrait encore réaliser. Le projet de révision prévoit le maintien du statu quo sur ce point. Le système actuel a des effets positifs puisqu'il incite les travailleurs qui le peuvent à reprendre le travail, même si cette activité est de minime importance.

Indemnité pour atteinte à l'intégrité

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

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

Rentes de survivants

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

Selon le droit en vigueur, la rente ou l'indemnité en capital du conjoint survivant peut être réduite ou refusée s'il a gravement manqué à ses devoirs envers ses enfants. Non conforme au droit international, cette réglementation doit également être abrogée.

Innovations diverses

Aucune innovation radicale n'est prévue dans le domaine du droit médical et des tarifs médicaux. La réglementation actuelle doit toutefois être adaptée à l'évolution

du droit et notamment aux nouvelles conventions entre les assureurs-accidents et les fournisseurs de prestations (convention TARMED p. ex.).

2.3.3 Organisation

Généralités

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

Afin de disposer de bases suffisantes pour de futures discussions sur l'organisation de l'assurance, le Conseil fédéral a par ailleurs chargé le DFI de faire réaliser une étude ayant pour objectif d'analyser, en comparaison avec le système actuel, les coûts et les bénéfices d'un système libéralisé où la CNA serait privatisée. Ce mandat a été confié à l'Université de St-Gall (cf. ch. 1.3.2).

Il ressort de l'analyse coûts-bénéfices que le système actuel fonctionne de manière efficace et que dans l'hypothèse d'une libéralisation/privatisation, des moyens supplémentaires ou une redistribution des moyens à hauteur de plusieurs milliards de francs seraient nécessaires. Les pouvoirs publics (Confédération) et les payeurs de primes (employeurs et travailleurs) seraient particulièrement concernés. En cas de libéralisation/privatisation, l'assurance-accidents obligatoire perdrait – comme d'ailleurs les autres assurances sociales – l'un de ses concepteurs de standards les plus importants et les plus innovateurs. En outre, si la CNA venait à être privatisée, la Confédération n'aurait plus, du fait que les conditions de propriété des assurances privées peuvent changer très rapidement, d'institution à qui attribuer des mandats (prise en charge de l'assurance de risques spéciaux, prise en charge de tâches dans le domaine de la politique de la santé, tâches internationales, gestion de l'assurance militaire, etc.) comme elle le fait actuellement.

Les payeurs de primes, pas plus que les pouvoirs publics, ne retireraient aucun avantage d'une libéralisation/privatisation, parce que l'ensemble du système nécessiterait plus de moyens. Dans ces conditions, le principe général, admis en économie concurrentielle, selon lequel une concurrence efficace sur un marché capable de fonctionner génère à long terme des gains d'efficacité, n'apparaît guère plausible. C'est pourquoi le Conseil fédéral propose de s'en tenir au système actuel (pluralité des assureurs avec monopole partiel de la CNA) et de ne pas privatiser la CNA.

Domaine de compétence de la CNA

Selon le message de 1976 à l'appui de la LAA, le domaine de compétence de la CNA ne devait pas être profondément modifié par l'entrée en vigueur du nouveau régime d'assurance-accidents. Il convenait au contraire de maintenir si possible les rapports d'assurance existants en les adaptant aux nouvelles dispositions afin d'éviter que cette entrée en vigueur ne soit inutilement source de perturbations.

La formulation actuelle de la loi, de même que la jurisprudence qui en découle, font que le but fixé ne peut pas être entièrement atteint. Aussi, pour en revenir à la volonté du législateur, et répondre ainsi à quelques interventions parlementaires, le Conseil fédéral propose-t-il de modifier la loi et d'exempter certaines entreprises de l'obligation d'assurance auprès de la CNA.

2.3.4 Droit des administrations publiques de choisir leur assureur

Pour tenir compte aussi largement que possible de l'autonomie des corporations de droit public, la législation actuelle dispose que les cantons, districts, cercles, communes et autres corporations de droit public peuvent, pendant un délai que fixe le Conseil fédéral, choisir pour leur personnel qui n'est pas déjà assuré auprès de la CNA entre celle-ci et l'un des autres assureurs qui participent à la gestion de l'assurance-accidents obligatoire. Cette disposition a été mise en vigueur le 1^{er} octobre 1982 et les administrations et entreprises publiques avaient jusqu'au 31 octobre 1983 pour exercer leur droit d'option.

Les choses ayant évolué depuis l'entrée en vigueur de la LAA, notamment en ce qui concerne les primes de l'assurance-accidents non professionnels, le projet de révision prévoit d'offrir dorénavant aux administrations publiques la possibilité de choisir librement, pour leur personnel qui n'est pas visé par l'art. 66, al. 1, let. q, LAA, entre la CNA et l'un des autres assureurs. Lorsque le personnel qu'elles occupent est assuré auprès de différents assureurs, les administrations publiques auront également la possibilité de déduire du salaire de leur personnel une prime pour l'assurance-accidents non professionnels correspondant à la moyenne des primes prélevées par les différents assureurs. Le Conseil fédéral doit être autorisé à régler les détails.

2.3.5 Autres innovations

Comme mentionné en introduction, la législation sur l'assurance-accidents n'a pour l'essentiel pas été modifiée depuis bientôt 25 ans. Certaines règles doivent dès lors être adaptées aux constatations résultant de l'expérience, à l'évolution du droit et aux réglementations introduites entre-temps dans d'autres assurances sociales, voire être modernisées.

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

Selon une jurisprudence constante, un assureur-accidents qui s'estime incompétent n'a pas qualité d'autorité revêtue du pouvoir de décision à l'égard d'un autre assureur ou de la caisse supplétive LAA. En cas de litige entre assureurs-accidents sur le point de savoir lequel d'entre eux a l'obligation d'allouer des prestations dans un cas particulier, l'assureur qui a accordé une avance à l'assuré et qui veut en exiger la restitution intégrale ou partielle de l'autre assureur doit saisir l'OFSP. Celui-ci doit, par une décision, trancher le point de savoir lequel des assureurs est tenu d'allouer

ses prestations selon le droit matériel. Or, les contestations entre assureurs portent fréquemment sur le point de savoir quel rôle causal joue ou a joué tel ou tel accident dans l'atteinte à la santé d'un assuré. Ces relations sont habituellement complexes et difficiles à déterminer sans enquêtes préalables, qui demandent des moyens d'investigation dont l'OFSP ne dispose pas. Le projet de révision prévoit, par analogie avec l'art. 87 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)⁹, que le tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré est désormais compétent en cas de litiges entre assureurs-accidents sur le point de savoir lequel a l'obligation d'allouer des prestations dans un cas particulier. Il est en revanche évident que l'OFSP devra statuer, en sa qualité d'autorité de surveillance, sur les autres contestations entre assureurs, notamment sur celles ayant trait à l'application des accords de collaboration entre assureurs-accidents au sens de l'art. 70, al. 2, LAA.

2.3.6 Surveillance

La surveillance est réglée de manière très succincte dans le droit actuel. C'est ainsi que la tâche générale de surveillance incombant au Conseil fédéral a été déléguée à l'OFSP et à l'OFAP. Il est prévu par ailleurs que les deux offices coordonnent leurs activités dans ce domaine.

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

Au niveau des sanctions, la réglementation actuelle n'est pas satisfaisante. La LAA ne connaît en effet que la privation du droit de pratiquer l'assurance-accidents obligatoire s'il y a manquement grave aux prescriptions légales. Par analogie à la réglementation en vigueur dans l'assurance privée (art. 87 de la loi sur la surveillance des assurances¹⁰), le Conseil fédéral propose d'introduire des sanctions pénales pour les cas présentant un certain degré de gravité, mais ne justifiant pas la privation du droit de pratiquer.

2.3.7 Prévention des accidents

Suivant la commission d'experts, le Conseil fédéral propose de ne pas apporter de modification de principe en ce qui concerne l'organisation de la surveillance de l'application des prescriptions sur la prévention des accidents et maladies professionnels dans les entreprises et d'autoriser la CNA, comme jusqu'ici, à conseiller les entreprises et à avoir en même temps des fonctions relevant de la puissance publique.

Il est cependant prévu de mettre à contribution pour la prévention des accidents les entreprises étrangères dont le personnel n'est pas soumis à l'assurance-accidents obligatoire. Le Conseil fédéral doit en outre être autorisé à soumettre l'exécution de travaux présentant des dangers particuliers à certaines conditions et à contraindre les maîtres d'ouvrage, en cas de construction potentiellement à risque, à faire appel à un coordinateur en matière de sécurité et de protection de la santé.

⁹ RS 832.10

¹⁰ RS 961.01

Dans le domaine de la prévention des accidents non professionnels, le projet de révision propose des mesures organisationnelles qui contribuent à concrétiser diverses interventions parlementaires et d'autres suggestions visant à promouvoir une prévention durable et efficace.

2.3.8 Financement

Financement des allocations de renchérissement

Selon le droit en vigueur, les allocations de renchérissement sont financées par les excédents d'intérêts sur les capitaux de couverture et, dans la mesure où ceux-ci ne suffisent pas, selon le système de répartition des dépenses, les assureurs prélevant au besoin un supplément de prime destiné aux allocations qui ne sont pas financées par des excédents d'intérêts. La commission d'experts s'est exprimée en faveur du maintien de cette réglementation.

Pareil système implique une certaine pérennité de l'effectif des assurés. C'est en principe le cas pour la CNA (à l'exception toutefois de l'assurance-accidents des personnes au chômage), mais pas nécessairement pour les assureurs désignés à l'art. 68 LAA. Pour éviter que chaque société d'assurances doive financer, selon les nouvelles dispositions en matière de solvabilité, la totalité du risque lié au renchérissement et que le jeu de la concurrence soit faussé par l'arrivée sur le marché de nouveaux assureurs, les assureurs privés qui participent à la gestion de la LAA proposent de reprendre le système qu'ils ont institué dès l'entrée en vigueur de la LAA et d'ancrer dans la loi un fonds destiné à garantir les rentes futures. Cette solution correspond d'ailleurs à la motion déposée par le conseiller national Hochreutener (Mo 05.3392) et que le Conseil fédéral et le Parlement ont acceptée.

Il s'agit avant tout d'obliger les assureurs à tenir un compte séparé pour le financement des allocations de renchérissement et de désigner une institution qui serait chargée d'établir un compte global de toutes les provisions pour les allocations de renchérissement, de régler le versement de montants compensatoires entre assureurs lorsque les provisions de l'un ou l'autre d'entre eux présentent un solde négatif et de fixer le supplément de prime pour tous les assureurs privés lorsque les soldes de provisions (selon le compte global) ne suffisent plus à constituer le capital nécessaire. L'institution désignée devrait en outre avoir la compétence de rendre des décisions. Le Conseil fédéral propose de confier à la caisse supplétive LAA les tâches déjà citées plus haut. Ce système présente des avantages. En effet, la caisse supplétive existe déjà et les assureurs désignés à l'art. 68 doivent participer à son financement. Elle est en outre constituée sous la forme d'une fondation et peut donc rendre des décisions.

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

Depuis l'entrée en vigueur de la LAA en 1984, la plupart des assureurs privés et des caisses-maladie actifs dans le secteur de l'assurance-accidents obligatoire appliquent un tarif de primes établi en commun. Celui-ci a été édicté par l'Association suisse d'assurances (ASA) à titre de recommandation. Suite à la révision de la loi fédérale

du 6 octobre 1995 sur les cartels (LCart)¹¹, les autorités de la concurrence et l'ASA ont convenu que, à compter du 1^{er} janvier 2007, l'ASA cesserait d'édicter des recommandations quant au tarif commun LAA. Par conséquent, les différents assureurs-LAA devront élaborer leur propre tarif de primes.

Contrairement à l'avis de la majorité de la commission d'experts, il est prévu de ne pas revenir au tarif commun de primes et de renoncer à ancrer dans la loi la pratique tarifaire des assureurs privés en vigueur jusqu'ici. Dans un marché fonctionnant bien, la concurrence génère toujours des gains d'efficacité à long terme, ce qui est de toute évidence dans l'intérêt d'une assurance sociale moderne.

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

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

2.4 Commentaire des diverses dispositions

Remplacement d'un terme

Les abréviations SUVA en allemand, CNA en français et INSAI en italien, introduites aujourd'hui à l'art. 58, doivent être remplacées dans les trois langues officielles par la raison sociale « Suva », qui est utilisée depuis plusieurs années dans ces trois langues pour désigner l'entreprise. Elle s'est désormais imposée et doit donc devenir dans la loi aussi la raison sociale officielle de l'entreprise.

Art. 1, al. 2, let. c, d et e

Les let. b et c actuelles deviennent c et d, compte tenu de l'introduction d'une nouvelle let. b selon le projet de consultation concernant la CNA. A la let. d, conformément à la nouvelle réglementation de l'art. 78a, on ne parle plus de contestations « pécuniaires ».

Let. e: Les procédures de reconnaissance des cours de formation et d'octroi des attestations de formation visées à l'art. 82a ne sont pas soumises aux dispositions de la LPGa, car ces sujets ne relèvent pas du droit des assurances. Dans ces deux cas, c'est la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA)¹² qui est déterminante.

¹¹ RS 251

¹² RS 172.021

Art. 3, al. 2 et 3

Comme mentionné au ch. 2.1, il arrive régulièrement que des lacunes de couverture gênantes se produisent si un mois s'écoule entre la fin de l'ancien rapport de travail et le début du nouveau. Selon la teneur actuelle de l'art. 3, al. 2, la couverture des accidents non professionnels cesse à l'expiration du 30^e jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins. Ce délai ne suffit pas dans tous les cas à garantir une couverture sans lacune jusqu'à la reprise du nouveau travail. Celui qui par exemple quitte un emploi le 30 juin et en reprend un autre le 1^{er} août a une lacune de couverture de deux jours : le 31 juillet, parce que ce jour n'est pas compris dans le délai de 30 jours, et le 1^{er} août, parce que c'est un jour férié et que le travail ne reprend que le 2 août.

En raison de la situation décrite ci-dessus, le délai de 30 jours prévu à l'al. 2 est remplacé par un délai de 31 jours. Le soin est laissé au Conseil fédéral de déterminer quand l'assurance doit cesser de produire ses effets lorsque le lendemain du 31^e jour tombe sur un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé.

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

Art. 6, al. 2 et 3

Al. 2 : En pratique, il peut être extrêmement difficile d'apporter la preuve de lésions corporelles semblables aux conséquences d'un accident (voir explications au ch. 2.2). C'est pourquoi l'existence d'une lésion corporelle semblable aux conséquences d'un accident et devant à ce titre être prise en charge par l'assureur-accidents ne doit pas dépendre de l'existence d'un événement extérieur. Le fait qu'une lésion corporelle figure sur la liste de l'art. 6, al. 2, autorise à supposer qu'il s'agit bien d'une lésion corporelle semblable aux conséquences d'un accident devant à ce titre être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier peut se libérer de son obligation d'allouer des prestations s'il parvient à prouver que la lésion corporelle est manifestement due à l'usure ou à une maladie.

Al. 3 : Les coûts consécutifs à des lésions dentaires qui se produisent lors de la mastication ne doivent plus être pris en charge par l'assurance-accidents. Les litiges sont excessivement fréquents. La pratique actuelle est difficile à comprendre et à appliquer et conduit en outre à des abus. Il en résulte des inégalités de traitement et l'obligation d'allouer des prestations est souvent aléatoire.

Art. 8, al. 3

La question de la prise en charge des accidents survenant durant l'exercice d'une activité indépendante non assurée à titre facultatif donne lieu à des controverses. Selon la pratique, ces accidents sont pris en charge par l'assurance-accidents non professionnels. Le fait de faire supporter à cette branche les risques liés à l'activité indépendante est parfois jugé comme contraire au système. On estime que les personnes exerçant, en plus de leur activité lucrative dépendante, une activité

lucrative indépendante, ont la possibilité de s'assurer à titre facultatif pour cette dernière activité et qu'ils doivent en principe supporter les conséquences s'ils y renoncent.

Il faut bien voir cependant que les risques courus durant l'exercice d'une activité lucrative – qu'elle soit dépendante ou indépendante – sont en règle générale moins élevés que ceux courus durant les loisirs. Les coûts sont par ailleurs relativement limités du fait que les prestations ne sont versées qu'à hauteur du revenu assuré, le gain relatif à l'activité lucrative indépendante n'étant pas pris en considération. Il paraît dès lors raisonnable d'ancrer dans la loi la solution retenue par la pratique.

Art. 9a Grands sinistres

Al. 1 : Aujourd'hui, les grands sinistres sont couverts selon la LAA, mais ne sont pas pris en compte dans le calcul des primes (cf. ch. 2.2). Par grands sinistres, il faut entendre des guerres, des catastrophes naturelles telles que des tremblements de terre ou des attaques terroristes de grande envergure. Ils sont définis en fonction de l'importance des dommages et non pas abstraitement. A l'heure actuelle, une limite de responsabilité par événement de l'ordre d'un milliard de francs pour la CNA, de même que pour les assureurs désignés à l'art. 68 LAA, semble raisonnable. Les prestations de courte durée au sens de l'art. 90, al. 1 (frais de traitement, indemnité journalière, remboursement de frais) doivent cependant être intégralement pris en charge. Il y a tout lieu de penser que ces coûts n'atteindront pas la limite de responsabilité fixée par la loi même en cas de très grands sinistres. (voir également disposition transitoire).

En ce qui concerne les rentes de survivants et d'invalidité, il appartiendra, le cas échéant, au Conseil fédéral ou au Parlement d'édicter une réglementation afin de coordonner ces rentes avec celles des autres assurances sociales (AVS, AI). En cas de grands sinistres, ces assurances peuvent être touchées de la même manière que l'assurance-accidents obligatoire.

Al. 2 : On y définit ce qui constitue un événement dommageable lorsque divers événements ont la même cause.

Al. 3 : Il est très important, que déjà peu après la survenance d'un événement qui, selon toute probabilité, doit être qualifié de grand sinistre, les données nécessaires soient communiquées à un service de centralisation des données. La caisse supplétive est l'organe compétent pour les assureurs désignés à l'art. 68, alors que la CNA s'organise elle-même.

Art. 10, al. 1, let. a, et al. 3, 2^e phrase

Al. 1, let. a : Le traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital ne figure pas dans la version actuelle de la disposition, bien qu'il s'agisse en pratique d'une importante catégorie de prestations. Il doit par conséquent être mentionné expressément dans la loi, ne serait-ce que pour créer une base légale suffisante pour les conventions tarifaires concernant les prestations ambulatoires dans les hôpitaux, qui sont nécessaires en pratique et qui existent déjà.

Al. 3, 2^e phrase : Comme exposé au ch. 2.3.1, le Conseil fédéral ne peut pas, en vertu d'engagements internationaux, limiter l'octroi des soins à domicile si les conditions sont remplies pour l'octroi de ces soins. En conséquence, le passage « et la mesure dans laquelle ceux-ci sont couverts » est abrogé.

Art. 14, al. 2

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

Art. 15, al. 2 et 3, 2^e phrase, et let. f

Al. 2 : La règle selon laquelle, lorsque l'assuré est au service de plus d'un employeur, le total des salaires est déterminant pour le calcul des indemnités journalières et des rentes est fixée aujourd'hui aux art. 22, al. 4 et 23, al. 5, OLAA. Pour éviter qu'elle ne soit périodiquement remise en discussion, il faut l'inscrire dorénavant au niveau de la loi. Cette règle s'applique également si le travailleur n'est assuré contre les accidents non professionnels que chez un seul employeur ou s'il exerce en plus de son activité lucrative dépendante une activité lucrative indépendante et s'est assuré à titre facultatif pour celle-ci conformément à l'art. 4.

Al. 3, 2^e phrase : Selon le droit en vigueur, les primes et les prestations en espèces de l'assurance-accidents obligatoire sont calculées sur la base d'un salaire plafonné. Celui-ci est fixé de telle sorte qu'en règle générale, 92 % au moins, mais pas plus de 96 % des travailleurs assurés soient couverts pour le gain intégral.

Dorénavant, le plafond du gain assuré dans l'assurance-accidents obligatoire doit être fixé à un quantile compris entre 90 % et 95 % (voir les explications au ch. 2.3.2).

Al. 3, 2^e phrase, let. f¹³ : En cas d'accident au cours d'une activité lucrative indépendante non assurée à titre facultatif exercée en plus de l'activité lucrative dépendante, le gain assuré pris en considération déroge, comme indiqué plus haut (art. 8, al. 3), à la règle générale. Il convient par conséquent de compléter la liste des cas spéciaux dans lesquels le gain pris en considération doit être déterminé de manière différente.

Art. 16, al. 2, 1^{ère} phrase, al. 3 et 4

Al. 2, 1^{ère} phrase : Le principe selon lequel dans l'assurance-accidents obligatoire l'indemnité journalière est calculée indépendamment d'une perte de gain effective doit figurer expressément dans la loi (voir les explications au ch. 2.3.2).

Al. 3 : Une règle spéciale doit néanmoins être créée, suivant un arrêt du TFA, pour les personnes qui avaient pris leur retraite avant la survenance de l'accident. Les personnes au bénéfice d'une rente de vieillesse selon la loi fédérale du 20 décembre

¹³ L'art. 15, al. 3, let. e est modifié dans la partie concernant la CNA, raison pour laquelle est introduite dans la première partie une let. f.

1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (AVS)¹⁴ n'auront à l'avenir plus droit à des indemnités journalières. Cette règle devrait notamment éviter des surindemnisations une fois atteint l'âge de la retraite selon l'AVS. Pour des raisons pratiques, l'al. 3 actuel est par ailleurs reformulé.

Al. 4 : Le délai de carence de trois jours jusqu'au début du droit à l'indemnité journalière est en principe maintenu et reste identique dans l'assurance-accidents professionnels et non professionnels. Une réglementation différente pour les deux branches aurait en effet abouti à des difficultés de délimitation supplémentaires. Mais employeurs et assureurs doivent avoir la possibilité, si l'employeur est tenu de continuer à verser le salaire, de prolonger le délai de carence jusqu'à 30 jours, afin de faire baisser le montant de la prime. Cependant cet accord ne doit entraîner aucun préjudice pour l'assuré.

Art. 18, al. 1

Le taux d'invalidité minimal ouvrant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents obligatoire doit être relevé de 10 à 20 %. Les rentes ne doivent ainsi être accordées qu'à des personnes dont l'invalidité est relativement importante (voir les explications au ch. 2.3.2).

Art. 20, al. 2^{bis} et 2^{ter}

Al. 2^{bis} : Selon le droit actuel, les rentes d'invalidité, de vieillesse et de survivants dues ou versées par un régime de sécurité sociale étranger ne sont pas prises en compte dans le calcul des rentes complémentaires. Ainsi, une personne ayant cotisé plusieurs années à l'étranger avant de venir travailler en Suisse recevra en cas d'accident, en sus de la rente complémentaire calculée selon l'art. 20, al. 2, une rente du régime dans lequel elle a cotisé avant de venir en Suisse. Cette situation pouvant, selon les cas, conduire à une surindemnisation considérable, il convient dorénavant de prendre également en compte les rentes d'invalidité, de vieillesse et de survivants dues ou versées par les régimes de sécurité sociale étrangers dans le calcul des rentes complémentaires.

Al. 2^{ter} : La réglementation actuelle, selon laquelle les rentes d'invalidité (rentes de base ou rentes complémentaires) de l'assurance-accidents obligatoire sont versées sans réduction au-delà de l'âge de la retraite, conduit selon les circonstances à des surindemnisations qui doivent être corrigées (voir les explications au ch. 2.3.2). Il est proposé que si l'assuré atteint l'âge de la retraite au sens de la législation sur l'AVS, les rentes d'invalidité et les rentes complémentaires, allocations de renchérissement comprises, soient réduites en fonction de l'âge de l'assuré au moment de la survenance de l'accident.

Art. 22 Révision de la rente

Les rentes d'invalidité de l'assurance-accidents obligatoire ne sont plus révisées si l'on peut supposer que l'ayant droit a définitivement quitté la vie active. C'est tou-

¹⁴ RS 831.10

jours le cas lorsqu'il a atteint l'âge ordinaire de la retraite ou qu'il est au bénéfice d'une rente de vieillesse entière de l'AVS. Pour éviter de devoir modifier la loi à chaque révision de l'AVS et y gagner en cohérence, il n'est plus fait mention de l'année à partir de laquelle la retraite peut être prise.

Art. 24, al. 2, 2^e phrase

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est versée en principe au moment où est fixée la rente d'invalidité ou, si la capacité de gain est totale, lorsque le traitement médical est terminé. Le projet de révision prévoit que le Conseil fédéral peut, dans des cas spéciaux, établir une règle différente. Cela vaut en particulier pour les victimes de l'amiante. Dans ce cas, la maladie ne peut être constatée que très tard. La plupart du temps, aucune rente d'invalidité n'est octroyée. De plus, le traitement médical se poursuit jusqu'au décès. Aussi l'assuré n'a-t-il droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité que si une règle spéciale est créée.

Art. 29 **Droit du conjoint survivant**

L'al. 1 correspond au droit actuel.

L'al. 2 actuel doit être abrogé car il n'est plus en adéquation avec le droit du mariage et n'est pas conforme au droit international. Selon le nouveau droit du mariage, la publication des bans a en effet été supprimée au profit d'une demande en vue du mariage formulée par écrit par les futurs époux devant l'officier d'état civil du domicile de l'un d'eux. Par ailleurs, le droit international (Convention OIT n° 102¹⁵ et CESS¹⁶) ne prévoit pas de telles conditions pour l'ouverture du droit du conjoint survivant aux prestations de survivants. La seule possibilité admise par ces conventions pour réduire ou refuser des prestations au conjoint survivant est le cas où celui-ci vit en concubinage.

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

L'al. 3 correspond à l'al. 4 actuel.

A l'al. 4 (nouveau), il est prévu d'ancrer dans la loi, afin de clarifier la situation, la pratique selon laquelle le conjoint survivant d'un assuré victime d'un accident ne donnant pas droit à une rente d'invalidité en vertu de la présente loi ne peut prétendre une rente de survivant si l'assuré est décédé des suites de l'accident après avoir atteint l'âge de la retraite selon le droit de l'AVS.

Non conforme au droit international, l'al. 5 actuel doit être abrogé. Il n'est en effet pas possible, en vertu du droit international, de réduire ou de refuser des prestations

¹⁵ RS 0.831.102

¹⁶ RS 0.831.104

au conjoint survivant si celui-ci a gravement manqué à ses devoirs envers les enfants.

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

Art. 29a Naissance et extinction du droit

Comme l'indique son titre, cette disposition traite de la naissance et de l'extinction du droit du conjoint survivant. Elle reprend pour l'essentiel la réglementation actuelle. L'al. 2, let. d, apporte quelques précisions, notamment que le conjoint survivant, atteint d'une incapacité de gain permanente, ne conserve son droit à une rente (art. 29, al. 2) qu'aussi longtemps que le taux d'invalidité s'élève à 70 % au moins.

Art. 37, al. 3

Contrairement à l'art. 21, al. 1, LPGA, qui sanctionne pourtant un comportement plus grave, la présente disposition prévoit, dans sa teneur actuelle, la possibilité de réduire les prestations en espèces de manière définitive, et non pas seulement temporaire, si l'assuré a provoqué l'accident en commettant, non intentionnellement, un crime ou un délit. En théorie, la sanction pourrait donc être plus lourde en cas d'incendie par négligence qu'en cas d'incendie intentionnel. Pour supprimer cet illogisme, qui va d'ailleurs à l'encontre de la volonté du législateur qui souhaitait le maintien de la norme qui existait avant l'entrée en vigueur de la LPGA, il convient de modifier l'al. 3 de façon que les prestations en espèces puissent être réduites de manière définitive, que l'assuré ait provoqué l'accident en commettant, intentionnellement ou non, le crime ou le délit.

En ce qui concerne les survivants de la victime d'un accident mortel, on aboutit, selon la réglementation actuelle, à ce paradoxe que les prestations en espèces ne peuvent pas être réduites si les survivants ont provoqué la réalisation du risque en commettant non intentionnellement un crime ou un délit (art. 21, al. 2, LPGA, a contrario), mais peuvent l'être si l'assuré a provoqué l'accident en commettant non intentionnellement ce crime ou ce délit (art. 37, al. 3, dernière phrase, LAA). Il convient de remédier à cette inconséquence et de renoncer, en faveur des survivants, à des réductions de prestations dans tous les cas où l'assuré a provoqué l'accident en commettant non intentionnellement un crime ou un délit.

Art. 51 Autorisation de donner des renseignements

Cette disposition correspond au nouvel art. 6a LAI qui a été adopté par le Parlement dans le cadre de la 5^e révision de l'AI. Elle tient compte des remarques du Proposé à la protection des données.

Al. 1 : Pour établir le droit aux prestations et le bien-fondé des prétentions récursoires, les assureurs-accidents ont besoin de nombreux rapports, expertises, documents et renseignements. Aussi, pour que l'on puisse, à l'avenir, obtenir le plus rapidement et le facilement possible ces renseignements, la personne assurée mentionnera-t-elle dans sa demande de prestations les personnes et les instances

autorisées à fournir à l'assurance-accidents tous les renseignements et les documents nécessaires. Ces personnes et ces instances seront tenues de fournir les renseignements requis.

Al. 2 : Les personnes et les instances qui ne sont pas mentionnées expressément dans la demande seront également autorisées, sur demande de l'assureur-accidents, à lui fournir tous les renseignements et les documents nécessaires pour établir le droit aux prestations et le bien-fondé des prétentions récursoires. Lorsqu'il établit des contacts avec ces personnes et ces instances, l'assureur-accidents doit toutefois en informer l'assuré.

Art. 52 Carte d'assuré

Il apparaît utile de pouvoir utiliser la carte d'assuré prévue par la LAMal également dans l'assurance-accidents obligatoire. Pour cela, une base légale est nécessaire.

Art. 56, al. 2 à 7

Al. 2 : Il est dit que les conventions réglant la collaboration et les tarifs qui ont été conclues entre les assureurs et les médecins, dentistes, chiropraticiens et membres du personnel paramédical doivent avoir une portée nationale. Cette réglementation est la copie conforme de l'actuel art. 70, al. 1, OLAA. Ce principe a fait ses preuves et une base doit être créée au niveau de la loi pour clarifier la situation.

Al. 3 : Le Conseil fédéral part du principe que les organes responsables des diverses assurances sociales devraient collaborer entre eux – comme cela a été le cas lors de l'élaboration du TARMED – lors de l'établissement de structures tarifaires. Il faut, dans toute la mesure du possible, éviter notamment dans le domaine hospitalier que les forfaits par cas aient une structure différente pour chaque assurance sociale. Ce n'est que de cette façon que l'on pourra éviter de remettre en cause la transparence dans le domaine hospitalier et l'émergence de doublons et de coûts inutiles. Pour cette raison, les assureurs-LAA sont tenus de reprendre les structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse fixées pour l'assurance obligatoire des soins. En ce qui concerne le montant des tarifs, il est possible de tenir compte des différents intérêts des assurances sociales.

Abs. 4: Les assureurs ont institué la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) pour préparer les conventions à passer avec les fournisseurs de prestations et de conclure ces conventions et pour régler toutes les questions de principe en lien avec la fixation des tarifs médicaux qui se posent aux assureurs de l'assurance-accidents obligatoire. Cette commission est dorénavant mentionnée dans la loi. Pour assurer la coordination avec d'autres assurances sociales, des représentants de l'assurance militaire (AM) et de l'assurance-invalidité (AI) prennent part aux séances de la commission. Les assureurs-LAA représentés par la CTM, l'AM et l'AI concluent en règle générale ensemble des conventions avec les établissements hospitaliers et avec les associations professionnelles médicales et paramédicales.

Al. 5 : Cet alinéa correspond à l'actuel al. 2.

Les nouveaux al. 6 et 7 correspondent aux al. 3 et 4 actuels.

Art. 58

Le nom et le nouveau sigle de la CNA étant désormais introduits à l'art. 9a, il convient de modifier l'art. 58 en conséquence.

Art. 59a Contrat-type

Al. 1 : Le contrat-type prévu par l'art. 93 OLAA et utilisé aujourd'hui n'a pas de base légale explicite. Cette lacune est comblée par la disposition proposée ici.

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

La réglementation en vigueur n'a plus de raison d'être, puisque les assureurs LAA privés se sont désormais engagés vis-à-vis de la Comco à calculer et à appliquer des tarifs de primes propres à chaque compagnie à partir du 1^{er} janvier 2007. Etant donné la concurrence qui s'annonce, et notamment dans l'intérêt des preneurs d'assurance, il faut à l'avenir prévoir un droit de résiliation qui vaudrait également en cas de modification tarifaire (avec ou sans modification du classement dans les classes et degrés), sauf en ce qui concerne les suppléments de primes destinés au financement des allocations de renchérissement et à la prévention des accidents.

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

Art. 60

L'organisation de consultations dans un système axé sur la compétitivité, avec des tarifs de primes libéralisés (cf. ch. 2.3.8), n'est plus imaginable, ne serait-ce qu'en raison de l'information prématurée de la concurrence. De plus, les associations concernées risquent de se trouver bientôt submergées par les consultations. L'introduction d'un droit de résiliation en cas de modification des tarifs sert bien mieux les intérêts des entreprises assurées que des consultations. Cela n'a par ailleurs aucun sens de ne maintenir cette disposition que pour la CNA. Pour elle, la consultation intervient dans le cadre des négociations du conseil d'administration ou du conseil de surveillance, à composition paritaire. Ces considérations amènent à l'abrogation de cette disposition.

Art. 66, titre et al. 1, let. e

Le Conseil national a donné suite, le 11 mai 2006, à l'initiative parlementaire Baumann J. Alexander (Iv.pa. 04.474), contre la recommandation de la Commission

de la sécurité sociale et de la santé publique. Cette initiative demande de compléter l'art. 66 par l'al. 2 suivant:

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

La majorité du Conseil national a jugé que le législateur n'avait pas suffisamment tenu compte du changement de fonction dans la formulation de l'art. 66, raison pour laquelle des entreprises qui ne remplissent les critères que très partiellement entrent aujourd'hui dans le domaine de compétence de la CNA.

La LAA ne fixe pas dans une clause générale quels travailleurs sont assurés auprès de la CNA. L'art. 66 dresse au contraire la liste des entreprises et administrations dont les travailleurs relèvent de la compétence de la CNA. Les dispositions d'application contenues dans l'ordonnance apportent des précisions quant aux entreprises énumérées dans la loi. Les exceptions à une soumission à l'assurance auprès de la CNA ne doivent donc pas être réglées dans l'ordonnance. En outre, l'utilisation de l'expression « que dans une faible mesure », notion nouvelle, diffuse et qui demande à être interprétée, n'est pas de nature à renforcer la sécurité juridique. Avec la solution proposée par l'auteur de l'initiative, il n'est pas clairement établi non plus qui devrait introduire la demande d'exemption de la soumission à la CNA, car ne l'oublions pas, il ne peut s'agir que de l'exemption de types ou de catégories d'entreprises, mais en aucun cas de l'exemption d'entreprises individuelles.

C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral propose de désigner directement dans la loi les catégories d'entreprises dont les travailleurs sont exemptées de la soumission à la CNA.

Art. 73, al. 2^{bis}

Les tâches supplémentaires confiées à la caisse supplétive en vertu de l'art. 90a (nouveau) doivent être mentionnées expressément.

Art. 75, al. 1

La disposition actuelle accorde aux administrations publiques des cantons, districts, cercles, communes et autres corporations de droit public le droit de choisir une seule fois, pendant un délai que fixe le Conseil fédéral, pour leur personnel qui n'est pas déjà assuré auprès de la CNA en vertu de l'art. 66, al. 1, let. q, entre la CNA et l'un des assureurs désignés à l'art. 68. Cette réglementation s'est avérée problématique (voir les explications au ch. 2.3.4). Ce droit d'option pourra désormais être exercé tous les trois ans. Les questions de détail, telles que la procédure et les délais, seront réglées par le Conseil fédéral.

Art. 76

A ce jour, quelques demandes ont été déposées, mais pas un seul changement d'attribution n'a été effectué. Cela tient au fait qu'il n'est pas possible de formuler

des critères de portée générale qui fondent de manière incontestable un changement d'assureur. C'est pourquoi cet article peut être purement et simplement abrogé.

Art. 77, al. 2^{bis} et 3, let. e

Al. 2^{bis} : L'art. 66, al. 1, dresse la liste exhaustive des entreprises et administrations qui relèvent du domaine de compétence de la CNA et dont le personnel est assuré de par la loi auprès d'elle (art. 59, al. 1). Les personnes que la CNA n'a pas la compétence d'assurer sont, en vertu de l'art. 68, al. 1, assurées par des institutions privées d'assurance, des assureurs-maladie ou des caisses publiques d'assurance-accidents. Un contrat est ici nécessaire pour fonder le rapport d'assurance.

Le cas dans lequel on ne s'aperçoit qu'après coup (par exemple au moment de la déclaration d'accident) qu'une entreprise est assurée auprès du « faux » assureur n'est cependant pas réglé. Une entreprise est assurée auprès du « faux » assureur lorsqu'elle a conclu un contrat avec un assureur désigné à l'art. 68 alors qu'elle relèverait en fait du domaine de compétence de la CNA, ou lorsque la CNA assure une entreprise qui ne relève pas de sa compétence. En pareil cas, les prestations d'assurance doivent être allouées par l'assureur qui était celui de l'entreprise au moment de l'accident, c'est-à-dire celui qui a perçu des primes jusqu'à ce moment-là.

Ce problème se présente surtout avec les entreprises qui se trouvent dans une sorte de « zone grise », autrement dit pour lesquelles on ne peut pas toujours dire clairement si elles relèvent de la CNA ou d'un assureur désigné à l'art. 68. La même réglementation doit aussi s'appliquer lorsqu'une entreprise, au fil du temps, a tellement modifié son domaine d'activité que sa situation ne correspond plus à l'attribution première, mais que l'on ne s'en rend compte qu'au cours de l'enquête relative à un accident déjà survenu.

Al. 3, let. e : En cas de rechute ou de séquelles tardives consécutives à plusieurs accidents assurés par des assureurs différents, il arrive, faute de réglementation en la matière, que les assureurs ne parviennent à s'entendre ni sur la question de la répartition des coûts ni sur celle de savoir qui va gérer le dossier. On peut prévoir une répartition en fonction du nombre d'assureurs impliqués et songer à confier la gestion du dossier à l'assureur compétent pour le dernier accident. Quoiqu'il en soit, la liste des circonstances dans lesquelles le Conseil fédéral édicte des dispositions complémentaires réglant l'obligation de verser des prestations et la coopération entre les assureurs doit être complétée en conséquence.

Art. 78a Litiges entre assureurs-accidents

Selon une jurisprudence constante, un assureur-accidents qui s'estime incompétent n'a pas qualité d'autorité revêtue du pouvoir de décision à l'égard d'un autre assureur LAA ou de la caisse supplétive. De ce fait, il ne peut par exemple pas rendre une décision afin de contraindre un autre assureur à lui rembourser des prestations qu'il a avancées à un assuré. Lorsqu'il existe un litige entre assureurs-accidents sur le point de savoir lequel d'entre eux a l'obligation d'allouer des prestations dans un cas particulier, l'assureur qui a accordé une avance à l'assuré et qui veut en exiger la restitution intégrale ou partielle de l'autre assureur doit saisir l'OFSP. Celui-ci doit,

par une décision, trancher le point de savoir lequel des assureurs est tenu – le cas échéant, dans quelle mesure – d’allouer ses prestations selon le droit matériel. Le fait que l’OFSP soit compétent pour statuer par voie de décision n’interdit pas à l’assureur de rendre une décision, ainsi qu’une décision sur opposition, par laquelle il notifie à l’assuré son refus d’allouer des prestations, et le motif invoqué s’il s’estime incompétent.

Cette réglementation, qui s’inspire de l’ancien art. 127 du règlement sur l’assurance-vieillesse et survivants (RAVS)¹⁷, ne donne toutefois pas satisfaction. Les contestations entre assureurs portent fréquemment en effet sur le point de savoir quel rôle causal joue ou a joué tel ou tel accident dans l’atteinte à la santé d’un assuré. Or, ces relations sont habituellement complexes – puisqu’il s’agit de trancher des questions d’ordre médical ou purement technique – et difficiles à déterminer sans enquêtes préalables, qui demandent des moyens d’investigation dont ne dispose pas l’OFSP.

Aussi, par analogie avec l’art. 87 LAMal, est-il prévu que le tribunal des assurances du canton du domicile de l’assuré soit à l’avenir compétent en cas de litiges entre assureurs-accidents sur le point de savoir lequel d’entre eux a l’obligation d’allouer des prestations dans un cas particulier. Pareille solution tient compte du fait que ledit tribunal dispose de beaucoup plus de moyens pour établir les faits que l’OFSP. Si l’assuré est domicilié à l’étranger, on appliquera par analogie l’art. 58, al. 2, LPGA.

Il est en revanche évident que l’OFSP devra continuer à statuer, en sa qualité d’autorité de surveillance, sur les autres contestations entre assureurs, notamment sur celles qui ont trait à l’application des accords de collaboration entre assureurs-accidents au sens de l’art. 70, al. 2, LAA, en cas de fusions ou de transferts de portefeuilles.

Art. 81, al. 1

D’après la formulation actuelle, les prescriptions sur la sécurité au travail s’appliquent à toutes les entreprises « qui emploient des travailleurs en Suisse ». Cette expression n’est pas très claire. Faut-il comprendre par là uniquement les travailleurs d’entreprises étrangères qui sont engagés en Suisse, ou également des travailleurs étrangers détachés en Suisse ? La ratio legis veut que cette disposition vise les deux catégories de travailleurs. La nouvelle formulation proposée l’exprime mieux.

Art. 82a Travaux présentant des dangers particuliers

La longue pratique des organes d’exécution de la sécurité au travail en matière de surveillance des conditions de sécurité dans l’utilisation des instruments de travail les plus divers sur le lieu de travail a montré en particulier que les travaux avec des engins tels que des chariots élévateurs ou des machines de chantier ne devraient être exécutés que par des personnes justifiant d’une formation suffisante dans le maniement d’appareils dangereux. On enregistre chaque année en moyenne 14 cas de décès et 70 cas de rente d’invalidité en rapport avec les principaux engins de travail mobiles. Des capacités particulières peuvent également être nécessaires pour le maniement de substances particulières (dans les travaux d’élimination de l’amianté p. ex.).

¹⁷ RS 831.101

Etant donné qu'il n'existe à l'heure actuelle aucune base au niveau de la loi pour la prescription de formations en vue de l'exécution de travaux présentant des dangers particuliers, les organes d'exécution ont été amenés à les ordonner dans chaque cas séparément. Il est donc sensé de créer au niveau de la loi une base pour l'introduction d'une attestation de formation acceptée par tous. La compétence de réglementer la formation et la reconnaissance des cours de formation doit également être attribuée au Conseil fédéral.

Art. 83, al. 3

La planification et la coordination des mesures de protection collective propres aux chantiers (telles que les protections anti-chute en cas d'ouvertures dans les sols ou de terrassement, la sécurité des échafaudages, des ascenseurs de chantier, des grues, des élinguages) sont d'une importance capitale pour les ouvriers travaillant sur des chantiers. Faute de base légale, le maître d'ouvrage ou son représentant ne pouvait pas jusqu'ici être obligé de remplir les tâches de planification et de coordination indispensables. La disposition proposée comble cette lacune.

Art. 85, al. 2, 2^{bis}, 3^{bis}, 3^{ter} et 4

Al. 2 : La Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST) est composée aujourd'hui de neuf à onze membres. Les partenaires sociaux participent aujourd'hui déjà à ses séances, mais sans droit de vote. Comme il est particulièrement important, dans le domaine de la prévention des accidents et maladies professionnels, que les mesures exigées soient soutenues par les partenaires sociaux, il paraît indiqué que les représentants de ces derniers soient membres à part entière de la commission. La commission comptera dorénavant douze membres.

Al. 2^{bis} : Dans le droit actuel, la présidence de la commission est réservée à un représentant de la CNA. Il paraît judicieux de laisser la commission élire sa présidence et donc de prévoir que la commission se constitue elle-même.

Al. 3^{bis} et 3^{ter} : Selon la réglementation actuelle, le supplément de prime destiné à financer l'activité des organes d'exécution de la sécurité au travail est prélevé par les assureurs et transféré à la CNA, qui le gère. La CNA tient pour ce faire un compte séparé (art. 87, al. 2). Ce compte séparé est adopté par le conseil d'administration de la CNA et soumis à l'approbation du Conseil fédéral. Il n'est remis à la CFST qu'à titre informatif. Cette règle est en contradiction avec la prescription qui veut que la CFST délimite les domaines d'activité des différents organes d'exécution de la sécurité au travail et qu'elle décide dans ce contexte le budget sur l'utilisation du supplément de prime. L'instance responsable pour le budget n'est donc pas la même que celle pour les comptes qui en résultent. Cela ne paraît pas conséquent. Aussi convient-il d'inscrire dans la loi que la CFST adopte le compte séparé de la CNA en vue de son approbation par le Conseil fédéral.

Al. 4 : Il s'agit ici d'une modification purement formelle.

Art. 87a Contributions des entreprises étrangères à la prévention des accidents

Bien que toutes les entreprises qui exécutent des travaux en Suisse soient soumises aux prescriptions sur la prévention des accidents (cf. art. 81, al. 1), une lacune juridique subsiste pour celles qui n'emploient pas de travailleurs assurés en vertu de la loi (p. ex. des firmes étrangères n'occupant que des travailleurs détachés) quant à leur participation aux coûts de la surveillance de l'application des règles de prévention des accidents. Elles ne versent en effet pas de primes d'assurance sur laquelle des suppléments de primes pourraient être prélevés pour la prévention des accidents. Il est donc nécessaire de fixer expressément comment ces entreprises doivent participer aux coûts de la surveillance de l'application des règles de prévention des accidents et maladies professionnels. Le montant des contributions versées par les entreprises n'employant pas de travailleurs assurés LAA doit être comparable à celui que doivent verser les entreprises analogues employant des travailleurs assurés. Cette modification permet aussi d'éviter une distorsion de la concurrence. Il appartiendra au Conseil fédéral de régler le mode de calcul des contributions et la procédure de perception de celles-ci.

Art. 88, al. 2, 3 et 4

Aux termes de l'al. 1, les assureurs LAA encouragent la prévention des accidents non professionnels. A cette fin, ils gèrent en commun le Bureau suisse de prévention des accidents (bpa), à Berne. Ce dernier a pour tâche de contribuer, par l'information et par des mesures générales de sécurité, à la prévention des accidents non professionnels et de coordonner les efforts de même nature. Son financement est assuré par diverses sources, à commencer par les suppléments de primes prélevés sur les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents non professionnels. Conformément à une décision du conseil de fondation du bpa, les assureurs transfèrent au bpa 80 % du produit de ces suppléments de primes (env. 15 millions de francs). Il ne reste ainsi pour la prévention des accidents dans les activités de loisirs, surtout aux petits assureurs, que des montants relativement modestes, avec lesquels il n'est guère possible de financer des programmes efficaces.

De nombreuses interventions parlementaires déposées depuis 2004 exigent une optimisation et une organisation plus transparente des efforts de prévention. En outre, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats a présenté un postulat (05.3230) demandant de vérifier l'efficacité des actions de prévention, de cibler l'utilisation des fonds, de simplifier la gestion des actions de prévention et d'instaurer plus de transparence au niveau des responsabilités. On a également comparé les ressources respectives à disposition de la prévention des accidents non professionnels et des accidents professionnels et demandé de renforcer la prévention dans le domaine des loisirs.

Or, il serait peu judicieux que chaque assureur entreprenne ses propres actions, parfois très modestes, de prévention des accidents dans les activités de loisirs. De telles campagnes, pour être efficaces, doivent au contraire être coordonnées et être réalisées avec un budget approprié. Le bpa doit donc être mis en mesure d'imposer une coordination dans la prévention de ces accidents. A cette fin, le Conseil fédéral propose que, par analogie avec l'organisation dans le domaine de la sécurité au

travail, le bpa gère dorénavant l'intégralité du produit des suppléments de prime prélevés pour la prévention des accidents non professionnels, c.-à-d. établit le budget, attribue les mandats, tient les comptes sur l'utilisation des suppléments de prime et en fait rapport au Conseil fédéral.

Art. 90, al. 1

Le système de financement actuellement en vigueur pour les prestations d'assurance dites de courte durée (frais de soins, indemnités journalières) constitue à vrai dire une forme mixte (système modifié de répartition des dépenses), car il prescrit la constitution de réserves « suffisantes » pour couvrir les dépenses générées au-delà de l'année civile en cours. En pratique, la CNA, les assureurs privés et les caisses-maladie fixent chacun à leur manière ce qui est « suffisant ».

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAA, la CNA jugeait suffisante une réserve comprise entre 25 et 33 ⅓ % des dépenses annuelles pour les prestations de courte durée. Mais depuis 1984, le contexte a changé pour la CNA (déplacement des secteurs économiques). Les risques d'un financement selon le système de répartition des dépenses se sont manifestés clairement au début des années 90. Depuis lors, la CNA s'efforce de financer l'intégralité des besoins de prestations de courte durée, tant dans l'assurance-accidents professionnels que dans celle des accidents non professionnels. Fin 2005, cet objectif était atteint à 77 % (181 % des dépenses d'une année). Dans l'assurance facultative et dans l'assurance-accidents des personnes au chômage, les réserves ont toujours été constituées à hauteur des besoins.

Pour leur part, les assureurs privés ont considéré dès le début de leur pratique de l'assurance-accidents obligatoire que, dans un système de concurrence, la notion de réserves « suffisantes » devait être interprétée comme couvrant l'intégralité des besoins en prestations de courte durée.

Quant aux caisses-maladie, elles imputent aujourd'hui aux réserves pour prestations d'assurance de courte durée, en règle générale, environ 60 % des dépenses d'une année.

Dans sa conception actuelle, le système modifié de répartition des dépenses part de l'hypothèse d'un effectif d'assurés sûr et constant (pérennité). Mais avec la tendance actuelle à une concurrence accrue, il y a longtemps que cette pérennité n'est plus garantie. Elle ne l'est même plus pour la CNA. C'est pourquoi la commission d'experts chargée de la révision de la LAA recommande de passer, pour les prestations d'assurance de courte durée, au système de la couverture des besoins. Le Conseil fédéral se rallie à ses vues et propose de modifier en ce sens le texte de la loi.

Art. 90a Provisions pour allocations de renchérissement

Les allocations de renchérissement de l'assurance-accidents sont financées par des excédents d'intérêts et, si ces derniers ne suffisent pas, selon le système de répartition des dépenses (art. 90, al. 3). Ce mode de financement suppose la pérennité de l'effectif des assurés, qui n'existe pas pour les assureurs désignés à l'art. 68, al. 1, let. a (cf. ch. 2.3.8). C'est pourquoi les assureurs privés et la caisse supplétive ont

créé de leur propre chef, dès l'entrée en vigueur de la LAA, deux « fonds »¹⁸ pour les allocations de renchérissement: l'un pour l'assurance-accidents professionnels et un autre pour l'assurance-accidents non professionnels. Les excédents d'intérêts sur les provisions à long terme sont crédités au fonds correspondant, de même que les intérêts du fonds lui-même. Les allocations de renchérissement versées sont prélevées sur ce fonds, auquel la CNA ne participe pas.

Les autorités de surveillance ont autorisé l'établissement d'un fonds destiné à financer les allocations de renchérissement. Sans cela, les excédents d'intérêts provenant du compte LAA, dont les assureurs privés n'avaient pas besoin ou seulement partiellement au début de leur activité, auraient été versés dans les ressources générales des sociétés d'assurance et la LAA aurait été privée de cet argent.

En traitant la motion Hochreutener « Assurance-accidents. Financement des allocations de renchérissement » (05.3392), le Parlement s'est prononcé en faveur du maintien de ce fonds. En conséquence, il a transmis la motion au Conseil fédéral le 15 juin 2006. Il convient de relever que dans sa réponse du 31 août 2005, le Conseil fédéral avait jugé sensé de donner au fonds une base légale, mais il s'était réservé la possibilité de présenter son propre projet lors de la mise en œuvre de la motion.

L'affiliation au fonds signifie aujourd'hui l'engagement des assureurs privés à gérer des comptes séparés pour le financement des allocations de renchérissement, ces comptes étant rassemblés par le fonds dans un compte global. De fait, les choses ne se passent donc pas comme l'exige le texte de la motion, à savoir que l'affiliation au fonds aujourd'hui facultative soit déclarée obligatoire pour tous les assureurs ; les assureurs doivent au contraire être tenus de gérer un compte séparé pour le financement des allocations de renchérissement dans l'assurance-accidents professionnels et dans celle des accidents non professionnels et cela doit être inscrit dans la loi.

Il convient en outre d'établir un compte global de ces comptes destinés aux allocations de renchérissement qui est déterminant pour décider des paiements compensatoires entre assureurs lorsque le compte séparé de l'un d'entre eux affiche un solde négatif et pour fixer les suppléments de prime destinés aux allocations de renchérissement lorsque les excédents d'intérêts ne suffisent plus à couvrir leur financement. A quel organe faut-il toutefois confier ces tâches? Le texte de la motion propose le maintien de la forme juridique actuelle de la société simple. Le Conseil fédéral aboutit cependant à la conclusion que la forme juridique de la société simple n'est pas compatible avec les tâches qui doivent être confiées à cet organe. C'est pourquoi, il propose de confier les tâches en question à la caisse supplétive désignée à l'art. 72. Rappelons que cette dernière doit déjà aujourd'hui garantir les prestations de courte et de longue durée pour les assureurs désignés à l'art. 68 si un employeur n'a pas assuré son personnel ou si un assureur devient insolvable (art. 73, al. 1). Pour financer toutes ses dépenses, la caisse supplétive perçoit des cotisations de ses membres proportionnellement aux primes encaissées (art. 72, al. 2).

¹⁸ Il ne s'agit pas à proprement parler de fonds car il n'y a pas de transfert de fortune. Au contraire, les assureurs constituent des provisions et il est établi un compte global de l'ensemble de ces provisions.

Al. 1 : Cet alinéa institue l'obligation pour les assureurs de gérer un compte séparé pour le financement des allocations de renchérissement et décrit les recettes du fonds.

Al. 2 : La caisse supplétive désignée à l'art. 72 tient un compte global du fonds destiné au financement des allocations de renchérissement.

Al. 3 : On détermine ici le mécanisme pour la fixation des paiements compensatoires aux assureurs dont le fonds destiné au financement des allocations de renchérissement indique un solde négatif.

Al. 4 : La caisse supplétive est chargée de fixer les suppléments de prime destinés aux allocations de renchérissement qui ne sont pas couvertes par des excédents d'intérêts au sens de l'art. 92, al. 1, pour tous les assureurs privés LAA. Le prélèvement de ce supplément est obligatoire pour les assureurs, même si sur la seule base de leurs comptes d'exploitation ils n'auraient pas eu à en prélever un.

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

Art. 91, al. 2^{bis}

Si une corporation de droit public fait usage à temps pour son personnel du droit d'option prévu à l'art. 75 LAA et choisit l'un des assureurs désignés à l'art. 68, les parties concernées de son personnel doivent payer d'autres primes pour l'assurance-accidents non professionnels que le personnel obligatoirement assuré par la CNA en vertu de l'art. 66, al. 1, let. q. A l'avenir, les administrations publiques doivent pouvoir déduire du salaire de l'ensemble de leurs employés une prime pour l'assurance-accidents non professionnels correspondant à la moyenne des primes prélevées par les différents assureurs. Le pourcentage à appliquer s'obtiendra en divisant la somme totale des primes pour l'assurance-accidents non professionnels due par l'administration publique par la masse salariale de tous les collaborateurs.

Art. 92, al. 1^{bis}, 1^{ter}, 1^{quater} et 2^{bis}

Suite à l'introduction de tarifs de primes propres à chaque compagnie (cf. ch. 2.3.8), il importe de fixer les conditions-cadre qui permettront la concurrence visée et pourront garantir la transparence, indispensable pour une assurance sociale obligatoire.

Al. 1^{bis} : Conformément à l'art. 79 LAA en corrélation avec l'art. 105, al. 3, OLAA, les assureurs sont tenus d'établir une statistique commune des risques. Les recommandations tarifaires de l'ASA se fondaient sur cette statistique pour la classification des risques. Cette règle doit être maintenue et devenir obligatoire. C'est la seule manière pour les autorités de surveillance d'assurer la transparence.

Al. 1^{ter} : Pour garantir que les assureurs ne pratiquent pas la sélection des risques, et aussi pour permettre le classement par la caisse supplétive des entreprises qui n'ont pas conclu de contrat LAA, l'ensemble des assureurs privés et des caisses-maladie doivent concevoir les tarifs de primes de telle manière que toutes les entreprises pour lesquelles ils sont compétents puissent y être classées dans les classes et degrés.

Al. 1^{quater} : Les autorités de surveillance doivent garantir que les tarifs de primes de chaque assureur respectent les prescriptions légales, raison pour laquelle chaque assureur LAA doit leur remettre ses bases de calcul et les tarifs de primes qui en résultent.

Al. 2^{bis} : Attendu que l'octroi de rabais et d'autres avantages directs ou indirects a toujours fait l'objet de discussions par le passé, la clarification proposée est indispensable. Si l'octroi de tels avantages était autorisé, on court le risque que les rabais et autres avantages ne soient pas versés aux personnes ayant payé les primes. La transparence dans la fixation des primes s'en trouverait par ailleurs minée. La fixation des primes en fonction de l'expérience individuelle du risque de l'entreprise doit par contre être autorisée.

Art. 94 Classement des entreprises et des assurés dans les classes et degrés des tarifs de primes

Compte tenu de l'abandon du tarif commun de primes par les assureurs désignés à l'art. 68, al. 1, let. a et c, le système actuel selon lequel les assureurs doivent rendre des décisions lors du classement initial des entreprises et des assurés dans les classes et degrés des tarifs de primes et lors de la modification de ce classement est devenue obsolète et doit être abrogée (cf. ch. 2.3.8).

Art. 99

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

Le présent article ne garantissant pas, dans sa teneur actuelle, le caractère exécutoire des décomptes de primes, il convient de le modifier.

Art. 105 Opposition à des décomptes de primes et au classement dans les classes et degrés des tarifs de primes

Le fait qu'une opposition puisse être formée contre une décision découle aujourd'hui de l'art. 58 LPGA. Bien que les décisions de classement des entreprises et des assurés dans les classes et degrés des tarifs de primes puissent aujourd'hui déjà faire l'objet d'une opposition (cf. art. 109, al. 1, let. b, LAA), il faut le préciser explicitement.

Art. 108 Frais de la procédure de recours

Les procédures en matière d'assurances sociales sont aujourd'hui entièrement gratuites au niveau cantonal, et gratuites aussi au niveau fédéral – jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision totale de l'organisation judiciaire fédérale – lorsqu'elles portent sur les prestations de ces assurances. Des frais de procédure peuvent

néanmoins, tant au niveau cantonal que fédéral, être mis à la charge de tout recourant qui agit de manière téméraire ou à la légère.

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

Aucune raison ne permet plus aujourd'hui de justifier que l'on puisse porter des litiges en matière de prestations des assurances sociales devant le Tribunal fédéral de Lucerne sans en assumer les frais. Le passage à l'obligation de supporter les frais de justice dans les litiges portant sur des prestations de l'assurance accidents doit cependant rester financièrement supportable pour les recourant. Des émoluments relativement modestes y suffiront. La révision totale de l'organisation judiciaire fédérale prévoit ainsi, pour les litiges en matière de prestations des assurances sociales, une limite de frais tenant compte des considérations de politique sociale inhérentes aux litiges de ce type: la fourchette prévue – de 200 à 1000 francs (cf. art. 65, al. 4, let. a, de la loi sur le Tribunal fédéral¹⁹) – est plus modérée que celle valable pour les autres domaines du droit administratif (200 à 5000 francs pour les conflits sans intérêt pécuniaire, 200 à 100 000 francs pour les autres conflits). En effet, si l'on appliquait aussi au domaine de l'assurance-accidents le critère de la valeur litigieuse – qui prévaut généralement –, on aboutirait rapidement (en particulier pour les rentes) à des émoluments de justice disproportionnés.

Les mêmes considérations valent pour la procédure de recours devant les tribunaux cantonaux des assurances (cf. art. 61, let. a, LPGA) et devant le Tribunal fédéral des assurances. En d'autres termes, lorsque la gratuité de la procédure ne doit pas être accordée en raison de circonstances particulières, les cantons doivent définir pour les litiges en relation avec des prestations de l'assurance-accidents des limites de frais plus basses que pour les autres domaines du droit administratif; pour tenir compte de la composante de politique sociale, ils fixeront ces limites en fonction non de la valeur litigieuse, mais de la charge liée à la procédure. Les limites seront les mêmes que celles prévues par la révision totale de l'organisation judiciaire fédérale et pourront aller de 200 à 1000 francs.

Cette nouvelle réglementation correspond matériellement à celle proposée dans le cadre de la 5^e révision de l'AI (art. 69, al. 1^{bis}, LAI).

¹⁹ RS 173.110

Art. 112 à 113a

Les dispositions pénales actuelles des art. 112 et 113 visent surtout les employeurs et les travailleurs. Les assureurs désignés à l'art. 68 peuvent, en cas de graves manquements aux prescriptions légales, être déchus du droit de pratiquer l'assurance-accidents obligatoire (art. 79, al. 2) ; il n'est pas prévu de sanctions moins lourdes. En particulier, il n'existe pas de liste d'amendes semblable à celle de la loi sur la surveillance des assurances du 17 décembre 2004²⁰. Compte tenu notamment de la suppression du tarif de primes commun et du durcissement de la concurrence entre les assureurs, l'introduction de sanctions différenciées en cas de violation des prescriptions légales lors de la gestion de la LAA est nécessaire. C'est pourquoi de nouvelles infractions sont introduites pour lesquelles les assureurs peuvent être punis. Ces sanctions supplémentaires en cas de violation des prescriptions légales par les assureurs contribuent à un renforcement de la surveillance (voir à ce propos le ch. 2.3.6).

L'art. 112 vise aujourd'hui les employeurs, les travailleurs assurés ainsi que les organes d'exécution de la LAA. Vu l'introduction de nouvelles infractions en cas de violation des prescriptions légales par les assureurs, il se justifie, pour des raisons de systématique, de créer deux articles : l'un visant les délits commis par les employeurs et les travailleurs assurés et l'autre ceux commis par les organes d'exécution de la LAA.

Pour le surplus, les sanctions ont été adaptées pour tenir compte de la modification du 13 décembre 2002²¹ du code pénal suisse qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2007.

L'art. 113a règle la poursuite pénale et le jugement des infractions énumérées aux art. 112 à 113.

II

Dispositions transitoires

Al. 1 : Cette disposition rappelle le principe reconnu dans l'assurance-accidents selon lequel les accidents sont indemnisés conformément au droit en vigueur lorsqu'ils surviennent.

Al. 2 : L'effet rétroactif est justifié car seules les personnes dont l'invalidité est relativement importante doivent bénéficier d'une rente d'invalidité. Les rentes en cours inférieures à 20 % restent toutefois inchangées.

Al. 3 : Cette disposition est nécessaire si l'on veut pouvoir éviter le plus rapidement possible certaines surindemnisations choquantes. On ne peut en effet pas admettre plus longtemps que des personnes ayant travaillé durant toute leur vie active et payé des cotisations au titre de l'AVS et du deuxième pilier touchent des prestations inférieures à celles que perçoivent certains rentiers de l'assurance-accidents. Les capi-

²⁰ RS 961.01

²¹ RS 311.0

taux ainsi libérés ne doivent pas être attribués à la réserve générale des sociétés d'assurance.

Al. 4 : Le taux d'invalidité requis pour que le conjoint survivant invalide puisse conserver son droit à une rente de veuve ou de veuf passant de 66 $\frac{2}{3}$ à 70 % (cf. art. 29, al. 2), il est nécessaire de régler le cas du conjoint survivant invalide aux deux tiers au moins au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification et dont la prétention est née avant l'entrée en vigueur de la présente modification.

Al. 5 : Cette disposition est nécessaire, car le cas dans lequel le droit d'option n'est pas exercé doit être réglé (cf. art. 75).

Al. 6 : Un financement intégral des prestations d'assurance de courte durée selon le système de la couverture des besoins n'a pas de conséquences financières pour les assureurs désignés à l'art. 68, al. 1, let. a, car ils inscrivent déjà au bilan le montant intégral des réserves requises. En revanche, les caisses-maladie et la CNA doivent augmenter leurs réserves en conséquence (cf. art. 90, al. 1).

La réglementation proposée n'a pour l'heure aucune conséquence directe sur les primes de la CNA, car les taux de primes sont déjà calculés depuis quelque temps suivant cette méthode. En alimentant les réserves pour les prestations d'assurance de courte durée (art. 90, al. 1) à hauteur des besoins dans les limites des possibilités financières, suivant l'objectif visé depuis les années 90 par le conseil d'administration de la CNA, celle-ci s'efforce de facto aujourd'hui déjà d'assurer un financement suivant le système de couverture des besoins. Mais le financement des réserves qui manquent encore au bilan jusqu'à hauteur des besoins n'est pas achevé. Il convient donc d'accorder à la CNA et aux caisses-maladie un délai transitoire suffisant, de dix ans.

Al. 7 : Cette disposition concerne les frais exigés pour les procédures de recours visées à l'art. 108.

Al. 8 : Lors de son introduction, la limite de responsabilité des assureurs en cas de grands sinistres (art. 9a, al. 1) a été fixée à 1 milliard de francs, soit à un niveau relativement bas, pour donner aux assureurs la possibilité de s'organiser. Pour amener cette limite à un niveau raisonnable, elle doit être relevée chaque année de 100 millions de francs jusqu'à ce qu'elle atteigne 1,5 milliard de francs.

III

Modification du droit en vigueur

1. Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales²²

Art. 28, al. 2 et 3, 1ère phrase, in fine, et art. 43, al. 2

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

Art. 44a Surveillance

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

Si les assureurs LAA doivent pouvoir établir des moyens de preuves tels que rapports de surveillance et vidéocassettes, il convient, pour clarifier les choses, de créer une base légale. Celle-ci ne devrait toutefois pas être créée uniquement pour les assureurs LAA, mais pour tous les assureurs sociaux et doit en conséquence être inscrite dans la LPGA.

Art. 52, al. 1^{bis}

Selon une jurisprudence constante, si l'éventualité se présente que l'opposition ait pour effet d'aggraver la décision prise, au détriment de la partie qui a fait opposition, cette dernière doit être invitée à s'exprimer sur ce point et être expressément rendue attentive à la possibilité de retirer son opposition. Ceci est la conséquence logique du principe de disposition qui constitue, dans ce contexte, le pendant du principe de la légalité et permet d'en atténuer la rigueur pour l'administré. Cette condition générale doit être ancrée dans la LPGA.

²² RS 830.1

Art. 75, al. 3

On introduit ici une disposition selon laquelle il n'y a plus de limitation du droit de recours de l'assureur si la personne contre laquelle le recours est formé est couverte par une assurance responsabilité civile obligatoire. L'assurance sociale ne doit pas s'effacer derrière l'assurance responsabilité civile.

2. Loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire²³

Art. 2, al. 5

Le projet LAA donne la possibilité à l'assurance-accidents d'utiliser la carte d'assuré LAMal (art. 52 LAA). Les assurés à titre professionnel de l'assurance militaire (art. 2 LAM) n'en disposent pas, puisqu'ils ne sont assurés ni selon la LAMal, ni selon la LAA. Il est donc nécessaire de prévoir une base légale dans la LAM qui permette d'introduire une carte d'assuré pour cette catégorie. Pour le surplus, il est renvoyé à l'art. 42a LAMal.

Art. 14 Carte d'assuré

Selon l'art. 52 du projet LAA, la carte d'assuré LAMal deviendra accessible à l'assurance-accidents. Une base légale semblable doit être introduite également dans la LAM pour les assurés non professionnels de l'assurance militaire afin que cette carte puisse être utilisée dans l'assurance militaire aux mêmes conditions que dans l'assurance-accidents.

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

En matière d'information de la part du fournisseur de prestations, l'assurance militaire ne dispose pas dans sa législation de disposition aussi détaillée que l'actuel art. 54a LAA. Comme l'assurance militaire se trouve dans la même situation que l'assurance-accidents vis-à-vis des fournisseurs de prestations, il est proposé de reprendre dans la LAM le contenu de l'art. 54a LAA.

Art. 26, al. 2^{bis}

De manière analogue à ce qui a été prévu à l'art. 56, al. 2, LAA, on doit aussi préciser dans la LAM que les conventions réglant la collaboration entre l'assurance, les médecins, dentistes, chiropraticiens et le personnel paramédical ont une portée nationale. Cette obligation est réglée actuellement de la même manière dans l'ordonnance de l'assurance-accidents et dans celle de l'assurance militaire.

²³ RS 833.1

Art. 104 Frais de la procédure de recours

(L'art. 104 dans sa formulation actuelle sera abrogé le 1^{er} janvier 2007 avec l'entrée en vigueur de la loi sur le tribunal administratif fédéral).

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

3. Loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité²⁴

Art. 98 Obligation de communiquer des données

Depuis 1996, les chômeurs enregistrés et les personnes en recherche d'emploi sont assurés contre les accidents exclusivement auprès de la CNA (assurance-accidents des personnes au chômage). Le SECO lui fournit aujourd'hui la somme des indemnités de chômage assurées pour le calcul des primes LAA. Par contre, la CNA ne dispose pas d'indications précises sur l'ensemble des assurés de l'assurance-accidents des personnes au chômage. C'est ainsi qu'elle ignore pour l'heure combien de jours de protection elle offre dans cette branche et sur les jours assurés, combien le sont sans qu'elle encaisse de primes. Elle ne dispose pas non plus des données nécessaires pour l'analyse du déroulement d'un accident.

Les personnes au chômage présentent cependant un risque d'invalidité très élevé et doivent être suivies personnellement. Le SECO et la CNA sont donc tous deux intéressés à une gestion appropriée des données de l'assurance-chômage et de l'assurance-accidents des personnes au chômage, eu égard également à une mise en oeuvre réussie de la nouvelle gestion des cas (New Case Management).

Les coûts de l'assurance-accidents des personnes au chômage étant relativement élevés, des mesures de prévention adéquates jouent un rôle important. Pour que la CNA puisse fixer les priorités dans ce domaine, des données statistiques sont indispensables.

Les données seront traitées par le Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents LAA.

Pour acquérir les données permettant d'atteindre le but susmentionné, il s'avère nécessaire de pouvoir se fonder sur une base légale. La disposition proposée devrait permettre de réaliser cet objectif.

²⁴ RS 837.0

3 Révision de l'organisation de la CNA et ancrage de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA

Comme indiqué dans les explications générales sur les projets mis en consultation, le présent projet contient les modifications de loi qui concernent essentiellement la CNA. Il s'agit de l'organisation et des domaines d'activité de la CNA, ainsi que de l'ancrage de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA.

3.1 Organisation et domaines d'activité de la CNA

3.1.1 La CNA aujourd'hui

Forme d'organisation

La CNA a été instituée par la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA) en tant qu'établissement de droit public de la Confédération chargé de mettre en oeuvre l'assurance-accidents obligatoire et de veiller au respect des prescriptions concernant la sécurité au travail. Elle est soumise à la haute surveillance de la Confédération, qui est exercée par le Conseil fédéral (art. 61). Un conseil d'administration de 40 membres (dont 16 représentent les travailleurs, 16 les employeurs et 8 la Confédération), nommés par le Conseil fédéral en est l'organe suprême. Ainsi, la CNA est dirigée, selon le principe de l'autogestion et du partenariat social, par des représentants des travailleurs assurés auprès d'elle et de leurs employeurs, ainsi que par des représentants de la Confédération. Le conseil d'administration nomme en son sein des commissions, notamment une commission administrative de huit membres, revêtue au fond des mêmes compétences que le conseil d'administration d'une société anonyme, et une commission de contrôle des finances, chargée de vérifier la tenue de la comptabilité et de contrôler les comptes annuels avec le concours d'un organe de révision externe. Le plénum du conseil d'administration a ainsi, de fait, plus ou moins les mêmes compétences que l'assemblée générale des actionnaires d'une société anonyme. La direction de la CNA compte quatre membres. Elle est nommée par le Conseil fédéral sur proposition du conseil d'administration. C'est aussi au Conseil fédéral que le rapport annuel, les comptes annuels et les règlements d'organisation de la CNA sont soumis pour approbation.

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

Domaines d'activité

Sous le régime de la LAMA, qui a constitué jusqu'en 1983 la base juridique de l'assurance-accidents obligatoire, seules les entreprises présentant un risque d'accident élevé étaient soumises à l'assurance obligatoire. La CNA était alors l'unique assureur. En 1984, la LAA a étendu l'obligation de s'assurer à tous les travailleurs occupés en Suisse, tout en introduisant la pluralité des assureurs. Ont ainsi été autorisés à pratiquer l'assurance-accidents obligatoire, aux côtés de la CNA, des

assureurs privés, des caisses-maladie et des caisses publiques d'assurance-accidents (art. 68). La CNA a conservé un domaine d'activité qui lui est légalement réservé (art. 66) et qui est sur le fond identique à celui décrit par l'ancien droit. Elle détient ainsi un monopole partiel, qui se limite toutefois à ce domaine d'activité. Dans le même temps, l'art. 85 lui assigne dans le domaine de la prévention des accidents des tâches qui ne concernent pas seulement les entreprises qu'elle assure.

Sur la base de cette réglementation légale, la CNA peut exercer toutes les activités liées à l'assurance-accidents et à la prévention des accidents. En pratique, il n'est pas toujours possible de fixer clairement quelles activités font partie du domaine décrit par la loi. C'est ainsi que la CNA gère depuis 1974 déjà une clinique de réadaptation à Bellikon et, depuis 1999, une autre à Sion. Aucune offre de réadaptation comparable n'existait en Suisse au moment de la fondation de la clinique de Bellikon. A cette époque, la CNA s'est chargée de cette tâche en se fondant sur le principe des prestations en nature. Ce principe prévoit que les assureurs-accidents doivent mettre les prestations médicales nécessaires directement à la disposition des assurés et non simplement rembourser ces prestations. Au moment où la LAA a été édictée (1981), on a jugé que c'était là une base légale suffisante et la gestion de cliniques de réadaptation n'a pas été mentionnée expressément dans la loi. Des problèmes d'interprétation surgissent également dans le domaine de la prévention des accidents, où la CNA est souvent elle-même active dans le développement de produits de sécurité. Principal assureur-accidents, la CNA a aussi une position de force dans l'élaboration de tarifs pour les traitements médicaux, tarifs également appliqués dans l'assurance-maladie.

La CNA assume aujourd'hui la présidence et le secrétariat de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST) et de la Commission des statistiques de l'assurance-accidents selon la LAA. Elle préside en outre le conseil de fondation du bpa. Pour remplir ses tâches de manière optimale, la CNA collabore par ailleurs étroitement depuis des décennies avec des organisations internationales et des institutions d'assurance-accidents des pays environnants, que ce soit au sein de la Conférence internationale du travail à Genève, de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) ou du Forum européen de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles. Avec son savoir, la CNA constitue aujourd'hui un élément important du système suisse de sécurité sociale.

En vertu d'une modification de la loi sur l'assurance-chômage, la CNA est chargée depuis 1996 de mettre en oeuvre l'assurance-accidents des personnes au chômage. Elle gère cette assurance selon les prescriptions de la LAA, avec toutefois des règles spéciales fondées sur une ordonnance du Conseil fédéral (cf. ch. 3.2.1).

Depuis le 1^{er} juillet 2005, la CNA gère en outre, sur mandat de la Confédération, l'assurance militaire. Celle-ci reste toutefois régie par la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM)²⁵. L'assurance militaire fournit ses prestations non seulement en cas d'accident, mais aussi en cas de maladie. La CNA tient pour elle une comptabilité séparée, qui sert de base pour les remboursements incombant à la Confédération. Ainsi, la Confédération ne verse pas de primes d'assurance à la CNA, mais lui rembourse directement les prestations fournies en vertu de la LAM.

²⁵ RS 833.1

L'assurance militaire ne grève donc aucunement l'assurance-accidents obligatoire. Des synergies se produisent même, dans le domaine de la gestion, entre assurance militaire et assurance-accidents, ce qui se répercute favorablement sur les frais administratifs des deux assurances.

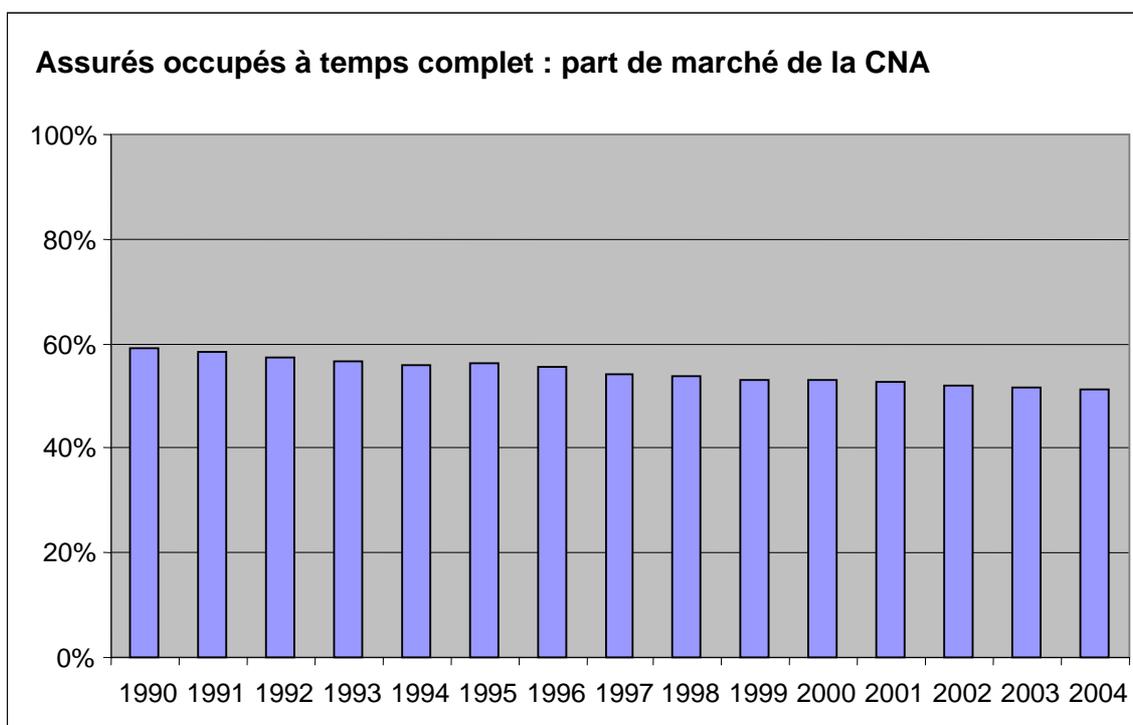
Données du domaine d'activité actuel

La mise en oeuvre de l'assurance-accidents obligatoire par la CNA est illustrée par les chiffres-clés suivants (état fin 2005) : (AAP = assurance-accidents professionnels, AANP = assurance-accidents non professionnels, AF = assurance facultative, AAC = assurance-accidents des personnes au chômage)

Effectifs	
Entreprises assurées	110'778
Assurés AAP/AANP* (emplois à temps complet)	1'830'000
Assurés AAC	217'154
Assurés AF	10'071
Nombre d'accidents et de maladies professionnelles AAP/AANP*	417'538
Nombre d'accidents et de maladies professionnelles AAC	1'591
Finances (en millions de francs)	
Somme des salaires soumis à une prime AAP/AANP*	110'502
Somme des indemnités de chômage soumises à une prime	4'527
Recettes de primes AAP/AANP/AF	3'926
Recettes de primes AAC	214
Recettes provenant des recours contre des tiers	282
Valeurs immobilisées (capital géré)	27'419
Produits des capitaux	1'040
Dépenses pour l'assurance	5'196
Charges d'exploitation de l'assurance	341
Charges d'exploitation de la prévention des accidents et des maladies professionnelles	105
Effectif moyen du personnel	2'682

* Assurés AF non compris.

La CNA est active principalement dans le secteur secondaire (industrie). Ce secteur est en recul dans l'ensemble de l'économie nationale, sans compter les modifications dans l'organisation des entreprises assurées (p. ex. par l'externalisation de services dans des filiales qui ne sont plus assurées par la CNA). Ce changement de la structure économique suisse a pour effet de réduire la part de marché de la CNA dans l'effectif des assurés. Par rapport aux autres assureurs, celle-ci a baissé constamment de 59,0 % en 1990 (2,02 millions de travailleurs assurés) à 51,1 % en 2004 (1,83 million de travailleurs assurés). Cela correspond à un recul de 13,4 % ou de près de 1 % en moyenne annuelle. Dans le même temps, le nombre des personnes assurées auprès des assureurs désignés à l'art. 68 LAA passait de 1,403 million à 1,745 million. Ces chiffres ne tiennent pas compte de l'assurance-accidents obligatoire des personnes au chômage gérée exclusivement par la CNA. Les effectifs peuvent en effet changer rapidement, car ils dépendent de l'évolution générale de l'économie et, concrètement, du nombre de personnes au chômage au sens de la loi sur l'assurance-chômage.



3.1.2 Défis à relever pour la CNA

Si l'on observe l'évolution des parts de marché de la CNA, on constate que son monopole partiel, limité au secteur industriel, n'offre aucune garantie d'un accroissement ou même de la stabilité du nombre de ses assurés. Pour la CNA non plus, la pérennité n'est pas absolument garantie. Certes, un fort recul de l'effectif des assurés ne remet pas vraiment en question la garantie des prestations assurées, si les réserves nécessaires ont été constituées. Mais comme les allocations de renchérissement pour les rentes doivent aussi être financées, si les excédents d'intérêts sur les réserves ne suffisent pas, selon le principe de répartition, autrement dit par les personnes aujourd'hui assurées, un fort recul de l'effectif des assurés quand dans le même temps

celui des rentiers est élevé peut se traduire par une lourde charge pour les payeurs de primes actuels. Cette situation représente pour la CNA un défi particulier, car elle compte encore un grand nombre de rentiers d'avant l'entrée en vigueur de la LAA, auxquels elle doit cependant servir des allocations de renchérissement selon les règles de la LAA. Ce désavantage par rapport aux autres assureurs s'égalisera toutefois avec le temps, quand ces derniers auront pratiqué l'assurance-accidents obligatoire depuis assez longtemps pour avoir eux aussi d'importants effectifs de rentiers. D'autres défis sur le plan du financement peuvent aussi résulter de changements dans les bases de calcul (hausse de l'espérance de vie, baisse du taux d'intérêt technique).

En dépit du partage du marché par le monopole partiel de la CNA, il existe une situation de concurrence avec les autres assureurs, surtout dans le domaine des primes de l'assurance-accidents non professionnels. La CNA est ici désavantagée du fait que les travaux physiques typiques du secteur secondaire ont pour effet une durée d'incapacité de travail plus longue et présente un risque d'invalidité plus élevé que dans le secteur tertiaire, même pour les accidents survenant durant les loisirs. C'est une des raisons pour lesquelles la CNA ne perçoit plus aujourd'hui de prime unique pour les femmes et les hommes, comme sous l'ancien droit, dans l'assurance-accidents non professionnels.

Grâce à sa taille, la CNA a pu élaborer de nouveaux processus efficaces de règlement des sinistres, notamment dans des cas complexes nécessitant un coaching actif des accidentés. C'est là un domaine que la CNA a fortement développé ces dernières années sous le terme de nouvelle gestion des cas. Cela implique toutefois des investissements conséquents, en particulier pour engager du personnel qualifié et interdisciplinaire et pour acquérir un système informatique intégré, conçu pour les processus de règlement des sinistres. Seule une entreprise d'une certaine taille peut réaliser les économies d'échelle nécessaires.

3.1.3 Grandes lignes du projet

Changements dans l'organisation de la CNA

En ce qui concerne les changements dans l'organisation de la CNA, on propose deux solutions qui sont fondamentalement différentes dans leur conception, même si certaines modifications, telles que la responsabilité personnelle des membres du conseil d'administration et de la direction, les principes régissant les normes comptables, la révision des comptes sous la seule responsabilité d'un organe de révision indépendant ainsi que l'assujettissement à l'impôt pour les prestations commerciales fournies, se retrouvent dans les deux variantes. La CNA doit par ailleurs rester organisée sous forme d'établissement autonome dans les deux solutions.

Solution 1 (haute surveillance de la Confédération)

Dans cette solution, l'organisation actuelle de la CNA, à savoir l'autogestion de l'institution par les travailleurs assurés auprès d'elle et leurs employeurs est maintenue et sur certains points même renforcée. La création de la CNA selon le principe d'autonomie s'est faite, sous l'influence de la législation sociale en Allemagne, lors de l'in-

troduction de l'assurance-accidents obligatoire par la LAMal de 1911. Aujourd'hui, l'autonomie est en quelque sorte le pendant de l'obligation qui est faite à certaines entreprises de s'assurer à titre obligatoire auprès de la CNA. Les entreprises non assujetties auprès de la CNA peuvent en effet choisir leur assureur parmi les assureurs inscrits et peuvent même en changer. Les entreprises assujetties auprès de la CNA ne peuvent pas choisir. Aussi, ces entreprises doivent-elles pouvoir influencer sur la gestion de la CNA.

Les tâches de l'actuel conseil d'administration de la CNA, renommé conseil de surveillance, et celles de la commission administrative, appelé à l'avenir conseil d'administration, sont nouvellement énumérées dans la loi et ce séparément. Les compétences du conseil de surveillance sont plus étendues que celle de l'assemblée générale d'une société anonyme. Il approuve notamment les tarifs de primes. C'est d'ailleurs le point central pour les travailleurs et les entreprises assurés. Les compétences du conseil d'administration sont renforcées. Il désigne dorénavant les membres de la direction, qui sont aussi sous sa surveillance. L'approbation du plan financier et des principes de la comptabilité relèvent également de sa responsabilité.

Le principe de la responsabilité et l'indépendance des organes de la CNA sont renforcés. C'est ainsi que les comptes annuels ne doivent plus être approuvés par le Conseil fédéral, mais par le Conseil de surveillance. De même, la direction de la CNA ne doit plus être nommée par le Conseil fédéral.

Solution 2 (surveillance directe de la Confédération)

Dans cette solution, la CNA doit à l'avenir être organisée et gérée selon les principes directeurs décrits dans le rapport du Conseil fédéral sur le gouvernement d'entreprise du 13 septembre 2006.

Selon ce rapport, la responsabilité financière pour un établissement de droit public tel que que la CNA incombe avant tout à la Confédération et ce malgré la position dominante des partenaires sociaux. Dans ces circonstances, la CNA peut difficilement être qualifiée d'institution appartenant conjointement à la Confédération, aux employeurs affiliés et aux travailleurs assurés. Bien au contraire, c'est une entreprise de la Confédération. C'est la raison pour laquelle, les principes directeurs énoncés dans le rapport sur le gouvernement d'entreprise doivent être respectés pour l'organisation de la CNA.

Cela signifie en particulier que la CNA n'a pas de conseil de surveillance, mais seulement un conseil d'administration. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral doit être compétent pour nommer le conseil d'administration, approuver le rapport et les comptes annuels, désigner l'organe de révision, approuver les tarifs de primes et le règlement du personnel ainsi que pour approuver la nomination du président de la direction. Par ailleurs, le Conseil fédéral fixe les objectifs stratégiques de la CNA, après consultation des partenaires sociaux. Dans ce contexte, on peut mentionner par exemple l'exercice d'activités accessoires dans le cadre du but de la CNA décrit dans la loi (art. 61a). C'est la raison pour laquelle, dans cette variante, les activités accessoires que la CNA (cf. art. 67b de la variante 1) peut exercer ne sont pas expressément mentionnées dans la loi.

Les membres du conseil d'administration de la CNA disposent de connaissances de la branche et en matière d'économie d'entreprise. Les partenaires sociaux doivent y être représentés de manière équitable.

Description des activités accessoires de la CNA

Le domaine d'activité d'un établissement de droit public doit être décrit dans la loi elle-même. Aujourd'hui déjà, la CNA est active dans des domaines qui ne font pas nécessairement partie de son mandat légal (gestion de l'assurance-accidents et de la prévention des accidents), mais qui le servent aussi. Il importe donc d'abord de fixer clairement quelles activités accessoires la CNA est autorisée à exercer en lien avec ce mandat. Mais il faut aussi permettre à la CNA de mettre à profit, dans des domaines extérieurs à ce mandat légal, le savoir acquis en lien avec la gestion de l'assurance-accidents. On lui accordera ainsi la liberté entrepreneuriale de tirer parti, dans d'autres domaines, des ressources dont elle dispose et de réduire de la sorte ses frais administratifs, dans l'intérêt de ses assurés. Les activités permises à la CNA sont énumérées exhaustivement dans une liste. En particulier, la CNA ne pourra toujours pas proposer d'assurances complémentaires.

Cette énumération expresse et exhaustive des activités accessoires ne vaut que pour la solution 1 concernant l'organisation de la CNA (haute surveillance de la Confédération). Dans la solution 2 (surveillance directe de la Confédération), la base légale pour les activités accessoires figure dans la description générale des actes juridiques que la CNA peut accomplir (cf. art. 61a, al. 3). La concrétisation se fera dans le cadre des objectifs stratégiques du Conseil fédéral (art. 65d, al. 1). C'est la raison pour laquelle les considérations qui suivent ne se rapportent qu'à la solution 1.

Ainsi, la loi dira expressément quels domaines d'activité dérivent du mandat légal de mise en oeuvre de l'assurance-accidents et de la prévention des accidents. Il sera également permis à la CNA d'utiliser dans d'autres domaines, à certaines conditions, tout le savoir-faire acquis dans l'exercice de son mandat légal. Ces domaines sont énumérés dans la loi de manière exhaustive.

La CNA gère elle-même aujourd'hui déjà, on l'a dit, deux cliniques de réadaptation. Le principe de la prestation en nature (l'assureur fournit les prestations), déterminant dans la LAA, peut être pris comme base légale. La CNA est également déjà active, forte de son mandat de mise en oeuvre de la LAA, dans le domaine de la santé publique, notamment dans l'élaboration de tarifs médicaux. L'association des assureurs-accidents, de l'assurance-invalidité et de l'assurance militaire en une Commission des tarifs médicaux (CTM) remonte à une initiative de la CNA. Son mandat légal de prévention des accidents a amené la CNA à développer et à vendre elle-même des équipements de sécurité pour le travail et les loisirs. Mais elle vend encore d'autres produits de sécurité. De l'avis de la commission d'experts pour la révision de la LAA, seule doit être admissible l'élaboration de produits de sécurité, non leur vente. Le Conseil fédéral est d'avis que la CNA doit néanmoins être autorisée à vendre les produits qu'elle a développés elle-même, mais non à élargir son assortiment par des produits « étrangers ». Les mesures de prévention des accidents et des maladies professionnelles (voir art. 85 LAA et art. 49 ss. de l'ordonnance du 19 décembre 1983

sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles [OPA]²⁶) peuvent aussi, en pratique, résulter d'une activité de conseil de la CNA. De plus, dans les cas d'espèce, les mesures de prévention des accidents et des maladies professionnelles et celles de promotion de la santé dans les entreprises ne sont pas tout à fait clairement délimitées. Un très grand nombre d'entreprises souhaitent une approche globale à cet égard. La loi doit donc indiquer expressément que la CNA est autorisée à exercer les activités décrites, proches de son mandat légal.

Même avec une interprétation large de la loi en vigueur, la CNA n'est pas autorisée aujourd'hui à mettre ses ressources et ses capacités à la disposition de tiers dans des domaines qui ne sont pas directement liés à la fourniture globale des prestations dans les activités décrites par la loi, alors que la CNA a incontestablement acquis un savoir-faire particulier dans ces domaines. Il en est deux dans lesquels la CNA doit aussi pouvoir être active pour des tiers : le règlement des sinistres et la gestion de fortune. Dans le règlement des sinistres, grâce à sa longue expérience, la CNA a mis au point des méthodes et développé des ressources dont d'autres assureurs-accidents souhaiteraient profiter également. De son côté, la CNA est intéressée à étendre son activité dans ce domaine afin de mieux tirer parti de ses ressources et de son savoir. Il en va de même dans celui de la gestion de fortune. Là aussi la CNA a développé des compétences ; il doit donc lui être permis de les utiliser pour des tiers aussi, mais seulement pour des institutions ayant un mandat analogue, à savoir d'autres institutions publiques et des institutions de prévoyance privées.

3.2 Assurance-accidents des personnes au chômage

3.2.1 L'assurance-accidents des personnes au chômage aujourd'hui

Base légale

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

²⁶ RS 832.30

Le 1^{er} janvier 1996, la LACI a été complétée par un art. 22a qui règle les cotisations sociales à percevoir sur les indemnités de chômage. Pour les primes de l'assurance-accidents obligatoire, l'al. 4 prévoit ceci :

« De même, la caisse déduit du montant de l'indemnité les primes de l'assurance-accidents non professionnels obligatoire et les verse à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Aucune prime n'est prélevée pour les jours d'attente et de suspension. Le Conseil fédéral règle les détails et la procédure. »

Sur cette base, le Conseil fédéral a édicté l'ordonnance du 24 janvier 1996 sur l'assurance-accidents des personnes au chômage²⁷. Celle-ci renvoie, pour ce qui est du droit applicable, à la LPGA, à la LAA et à l'OLAA pour autant que l'ordonnance ne prévoit pas de réglementation particulière. S'agissant des primes, l'ordonnance dispose que le taux des primes de l'assurance-accidents non professionnels est identique pour toutes les personnes au chômage.

Actuellement, l'assurance-accidents des personnes au chômage n'a pas d'ancrage légal dans la LAA. Mais l'expérience pratique a montré qu'un tel ancrage est indispensable. La LAA doit en particulier dire expressément que l'assurance-accidents des personnes au chômage est gérée comme une branche d'assurance indépendante, autofinancée, ce qui correspond à la pratique actuelle de la CNA. Les règles en vigueur aujourd'hui resteront en principe inchangées.

Financement

Lorsque l'assurance-accidents des personnes au chômage a été introduite, il n'existait aucune donnée empirique sur le risque d'accident spécifique des personnes au chômage. Les primes ont donc dû être fixées sur la base des données empiriques générales. Les primes fixées par la CNA ont évolué comme suit :

- Au 1^{er} janvier 1996, la CNA a fixé le taux de la prime à 3,1 % de l'indemnité de chômage.
- Après une modification de l'art. 22a, al. 4, LACI entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2003, en vertu de laquelle les deux tiers de la prime au maximum pouvaient être déduits de l'indemnité de chômage, l'assurance-chômage devant prendre en charge le dernier tiers via son organe de compensation, la CNA a relevé de taux de la prime des personnes au chômage à 4,39 % (2006 : 4,37 %). L'organe de compensation a fixé la part de prime à assumer par les personnes au chômage à 2,93 % de l'indemnité de chômage.

Les taux de prime bruts de l'assurance-accidents non professionnels à la CNA varient, suivant le groupe de risques, entre 1,66 % et 2,71 % du gain assuré, soit nettement moins que le taux de la prime assurance-accidents des personnes au chômage. Cette différence tient surtout au fait que les coûts par cas (moyenne des accidents des années 1997 à 2000, état fin 2004) y sont nettement plus élevés :

- Coûts par cas dans l'assurance-accidents non professionnels : 4'785 francs
- Coûts par cas dans l'assurance-accidents des personnes au chômage : 8'852 francs.

²⁷ RS 837.171

Cette différence peut s'expliquer par les constats suivants : les personnes au chômage sont souvent victimes d'accidents graves ; ainsi, les accidents graves avec des véhicules privés se produisent 1,4 fois plus souvent dans l'assurance-accidents des personnes au chômage que dans l'assurance-accidents non professionnels. Les cas où l'on verse des indemnités journalières y sont aussi nettement plus nombreux (env. 55 % de plus que dans l'assurance-accidents non professionnels), et la durée de l'incapacité de travail y est en moyenne la moitié plus longue. Il est aussi trois à quatre fois plus fréquent qu'une rente d'invalidité soit servie à une personne au chômage qu'à un assuré de l'assurance-accidents non professionnels. Ces constats confirment l'expérience générale de la CNA, selon laquelle la perte d'un emploi, même chez les actifs, augmente le risque d'invalidité. Les personnes au chômage victimes d'accidents ayant laissé de graves séquelles ne peuvent en général plus être placées sur le marché de l'emploi.

Les rentes de l'assurance-accidents des personnes au chômage ne sont pas calculées sur la base de l'indemnité de chômage, mais du gain assuré avant la survenance du chômage.

3.2.2 Grandes lignes du projet

Inscription de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA

Il n'y a pas aujourd'hui dans la LAA de disposition explicite selon laquelle l'assurance-accidents des personnes au chômage est gérée exclusivement par la CNA. Cette règle ne résulte qu'indirectement de l'art. 22a, al. 4, LACI, qui dit que les primes sont versées à la CNA. En outre, par la règle de l'art. 10, al. 2, de l'ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage suivant laquelle le taux de prime de l'assurance-accidents non professionnels est identique pour toutes les personnes au chômage, le Conseil fédéral a indirectement défini ces dernières comme un groupe de risque distinct. Sur cette base, la CNA gère l'assurance-accidents des personnes au chômage, depuis son introduction en 1996, comme une branche d'assurance indépendante, autofinancée. Cette solution est matériellement la bonne. Les expériences faites jusqu'ici avec l'assurance-accidents des personnes au chômage montrent en effet que celles-ci, en raison de leur situation particulière, constituent indépendamment de leur activité précédente un groupe de risque particulier générant des coûts plus élevés que les assurés dans l'assurance-accidents non professionnels. De plus l'assurance-accidents des personnes au chômage présente, tant au regard des primes que des prestations, quelques particularités qui aboutissent à un taux de prime plus élevé. Intégrer l'assurance-accidents des personnes au chômage dans l'assurance-accidents non professionnels de la CNA aurait donc pour effet un subventionnement croisé, indésirable, à la charge exclusive des assurés de la CNA. La séparation de l'assurance-accidents des personnes au chômage et de l'assurance-accidents non professionnels pratiquée jusqu'ici par la CNA doit donc être expressément ancrée dans la LAA aussi, par la mention de l'assurance-accidents des personnes au chômage en tant que branche d'assurance indépendante. Le régime matériel actuel de l'assurance-accidents des personnes au chômage, tel qu'il est défini dans l'ordonnance en vigueur sur l'assurance-accidents des personnes au chômage, doit en principe rester inchangé même après la révision de la LAA. Mais

une base légale explicite doit être créée dans la LAA pour ces dispositions d'ordonnance.

Fonds pour les allocations de renchérissement de l'assurance-accidents des personnes au chômage

S'appuyant sur les travaux préparatoires de la commission d'experts et du « groupe de travail Financement » institué par elle, le Conseil fédéral propose d'étendre le financement de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans le domaine des allocations de renchérissement. La règle générale de l'art. 90, al. 3, LAA reste applicable pour le financement de ces allocations : elles sont financées par les excédents d'intérêts et, dans la mesure où ceux-ci ne suffisent pas, selon le système de répartition des dépenses. Ce système implique que le financement des allocations de renchérissement ait une assise supplémentaire, si pour une branche d'assurance la pérennité de l'effectif n'est pas sûre (cf. ch. 2.3.8). Dans l'assurance-accidents des personnes au chômage, il n'y a pas pérennité, car le nombre des personnes au chômage est soumis à de fortes variations. En cas de réduction massive de l'effectif des assurés assurance-accidents des personnes au chômage, autrement dit en cas de net recul du chômage, le système de financement prévu par l'art. 90, al. 3, LAA pourrait soumettre l'effectif restant des chômeurs à une charge qu'on ne saurait raisonnablement exiger d'eux. Ils devraient cofinancer, par des suppléments de prime peut-être considérables, les allocations de renchérissement pour les rentes servies à d'autres chômeurs précédemment victimes d'accidents ou à leurs survivants. Comme cette solution serait difficile à justifier et à mettre en pratique, la CNA a aujourd'hui déjà opté pour un système de financement qui réduit, mais n'élimine pas complètement, le rapport de dépendance avec la pérennité de l'effectif. Un fonds pour le financement des allocations de renchérissement assurance-accidents des personnes au chômage a été créé fin 1996 ; il est alimenté par les excédents d'intérêts des capitaux de couverture des rentes assurance-accidents des personnes au chômage. Dès qu'une allocation de renchérissement a été décidée pour une rente, la CNA prélève sur ce fonds les moyens nécessaires pour augmenter le capital de couverture à hauteur de l'allocation de renchérissement capitalisée (système de répartition des capitaux de couverture). Pour l'heure, ce fonds a suffi à fournir le capital de couverture nécessaire pour financer les allocations de renchérissement pour les rentes fixées jusqu'ici. Mais avec le temps, les allocations de renchérissement vont se cumuler et croître de manière plus ou moins exponentielle pour toute la durée de vie des rentiers. Simultanément, en raison de l'âge croissant de ces derniers, les excédents d'intérêts ne vont cesser de fondre par suite de la diminution des capitaux de couverture, ce qui, faute de pérennité, aboutira à une forte baisse des recettes du fonds actuel. Il est donc plus que vraisemblable qu'à l'avenir, les allocations de renchérissement devront aussi être financées par des primes de répartition (suppléments de primes).

Ces primes de répartition ne pourront pas être perçues exclusivement auprès des personnes au chômage, car une prime nettement plus élevée que la moyenne doit déjà être prélevée sur les cotisations de l'assurance-chômage (voir ch. 3.2.1). Mais elles ne peuvent pas non plus l'être uniquement auprès des assurés de la CNA, car l'assurance-accidents des personnes au chômage inclut aussi des personnes qui,

avant d'être au chômage, étaient assurées contre les accidents auprès d'un des assureurs désignés à l'art. 68 LAA. Il existe en principe trois manières possibles de percevoir ces primes de répartition :

- solution 1 : supplément de prime sur les primes nettes de l'assurance-accidents professionnels et de l'assurance-accidents non professionnels de tous les payeurs de primes ;
- solution 2 : pourcentage sur les salaires soumis à une prime de l'assurance-accidents ;
- solution 3 : financement par l'assurance-chômage.

Solution 1

Cette variante correspond au système actuel de perception de primes de répartition pour le financement des allocations de renchérissement dans l'assurance-accidents professionnels et dans celle contre les accidents non professionnels. Un pourcentage unique de la prime nette valable pour l'assurance-accidents professionnels et pour celle contre les accidents non professionnels est perçu auprès de tous les assurés. Ceux qui paient une prime nette plus élevée doivent donc aussi payer une cotisation de répartition plus élevée que les autres. Cette solution est conforme au système de l'assurance-accidents professionnels et de l'assurance-accidents non professionnels, car ainsi le financement des allocations de renchérissement par des primes de répartition à l'intérieur de la branche d'assurance tient aussi compte de la différence de risque d'accident en fonction des groupes de risque. Suivant cette proposition, le supplément de prime en faveur de l'assurance-accidents des personnes au chômage doit être perçu sur les primes nettes de l'assurance contre les accidents professionnels comme de celle contre les accidents non professionnels, car l'assurance-accidents des personnes au chômage couvre aussi bien les accidents non professionnels que ceux qui surviennent au cours de mesures relatives au marché du travail. On obtient ainsi, en outre, que tant les employeurs que les salariés participent au financement des allocations de renchérissement de l'assurance-accidents des personnes au chômage.

Cependant, comme la prime perçue auprès des personnes obligatoirement assurées selon la LAA ne le serait pas en faveur de leur propre communauté de risque mais constituerait une cotisation de solidarité en faveur des rentiers de l'assurance-accidents des personnes au chômage, la question se pose de savoir s'il est correct que des assurés présentant un risque d'accidents plus élevé doivent payer une cotisation de solidarité plus élevée que des assurés présentant un moindre risque d'accidents. Cette considération a inspiré la variante 2.

Solution 2

Dans cette solution, le supplément est défini en pourcentage du salaire soumis à cotisation. Le même taux est donc appliqué à tous, indépendamment du risque d'accidents propre à une branche ou à une entreprise donnée. Cela se justifie dans la mesure où le risque d'accidents en question n'est pas lié à la cotisation de solidarité de l'assurance-accidents des personnes au chômage à payer. Du même coup, la cotisa-

tion de l'employeur (assurance-accidents professionnels) et celle du travailleur (assurance-accidents non professionnels) sont en principe égales, car le gain assuré est en règle générale identique.

Solution 3

Dans la solution 3, les primes de répartition servant à financer les allocations de renchérissement pour les rentiers de l'assurance-accidents des personnes au chômage sont financées par l'assurance-chômage. Normalement, la charge qui en résulte pour les personnes actives soumises à cotisation et pour leurs entreprises est la même que dans la solution 2, car le gain assuré est défini de la même manière dans les deux assurances sociales, à de petites exceptions près (les personnes occupées moins de huit heures par semaine ne sont pas assurées contre les accidents non professionnels, les travailleurs à l'âge de la retraite restent assurés contre les accidents). Le montant maximal du gain assuré fixé par la législation sur l'assurance-accidents obligatoire (actuellement CHF 106 800.--) vaut présentement aussi pour la perception des cotisations à l'assurance-chômage. Cependant, dans cette solution, le travail administratif est beaucoup plus simple, car le supplément de prime ne doit pas être perçu par tous les assureurs LAA et transféré à la CNA ; le transfert a lieu simplement entre l'organe de compensation de l'assurance-chômage et la CNA. Celle-ci évalue le montant de ce supplément à environ huit millions de francs. Attendu que les solutions 1 et 2 entraînent des frais administratifs élevés et que la solution 3 est plus simple, le Conseil fédéral propose, compte tenu des montants relativement modestes en jeu, la solution 3.

3.3 Commentaire des diverses dispositions

Changement de terme

Les abréviations SUVA en allemand, CNA en français et INSAI en italien, introduites aujourd'hui à l'art. 58 LAA, doivent être remplacées dans les trois langues par la raison sociale « Suva », qui est utilisée depuis plusieurs années dans les trois langues officielles comme désignation unique de l'entreprise. Elle s'est désormais imposée et doit donc devenir dans la loi aussi la raison sociale officielle de l'entreprise.

Art. 1, al. 2, let. b

La LPGA n'est pas applicable aux activités accessoires de la CNA, car celles-ci ne relèvent pas du droit des assurances sociales. En particulier, la CNA ne rend pas, en lien avec ces activités, de décisions au sens de la PA.

Art. 1a, al. 1, let. a et b

Pour l'ancrage légal de l'assurance-accidents des personnes au chômage, la LAA dit expressément que toutes les personnes au chômage au sens de la LACI sont obligatoirement assurées contre les accidents.

Art. 3, al. 5

Selon la disposition actuelle, le Conseil fédéral règle « le maintien de l'assurance en cas de chômage ». Ce n'est plus exact même aujourd'hui : depuis l'introduction de l'art. 22a, al. 4, LACI en 1996, le rapport d'assurance né d'un rapport de travail n'est plus prolongé pour les personnes au chômage, mais il est fondé un nouveau rapport d'assurance où les dispositions qui s'appliquent ne sont plus exactement les mêmes que dans le rapport d'assurance précédent. De plus, il y a aussi des personnes au chômage qui n'avaient pas de rapport de travail auparavant et qui n'étaient donc pas encore assurées en vertu de la LAA.

Art. 15, al. 3, let e (nouvelle)

Le complément apporté à l'art. 15, al. 3, crée dans la LAA une base légale pour les règles spéciales déjà appliquées aujourd'hui dans l'assurance-accidents des personnes au chômage concernant la fixation des primes sur la base de l'indemnité de chômage et le calcul des indemnités journalières et des rentes.

Art. 16, al. 5

Cette norme, qui reprend la règle actuelle de l'art. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage, doit figurer dans la LAA en raison de son importance particulière.

Art. 17, al. 1

Une 3^e phrase, nouvelle, est introduite dans le cadre de l'ancrage de l'assurance-accidents des personnes au chômage dans la LAA. Les indemnités journalières octroyées aux personnes au chômage correspondent aujourd'hui déjà au montant net de l'indemnité de chômage et non pas aux 80 % du gain assuré.

Art. 45, al. 2^{bis}

L'obligation faite aux personnes au chômage de déclarer l'accident nécessite une règle particulière. En particulier, elles doivent aviser aussi bien l'assurance-chômage que la CNA.

Solution 1 (haute surveillance de la Confédération ; art. 61 à 67b)

Art. 61, al. 1 et 3

Le statut juridique de la CNA n'est pas modifié quant au fond. La CNA reste un établissement autonome de droit public doté de la personnalité juridique et ayant son siège à Lucerne. Mais désormais son appellation est la raison sociale « Suva », utilisée dans les trois langues officielles (voir changement de terme). L'al. 3 prévoit que le rapport annuel et les comptes annuels ne sont plus soumis à l'approbation du Conseil fédéral, mais que celui-ci en prend simplement acte. La responsabilité des organes de la CNA quant à l'exactitude des comptes annuels est ainsi renforcée. Jusqu'ici, en approuvant les comptes, le Conseil fédéral en assumait aussi une part.

Art. 62 Organes

Cette disposition énumère les organes de la CNA. Dans le droit actuel, les agences de la CNA ont aussi le statut d'organe. Mais cela ne correspond déjà plus à la pratique. Elles restent bien des unités administratives importantes ayant une certaine indépendance, mais elles n'ont plus aujourd'hui dans le processus décisionnel de la CNA un rôle particulier par rapport aux autres unités administratives. Les commissions du conseil d'administration ne conserveront pas non plus le statut d'organe. En revanche, l'organe de révision est maintenant mentionné au nombre des organes de la CNA, alors qu'il n'a pas ce statut aujourd'hui, étant seulement mandaté par la commission de contrôle des finances qui, elle, a la compétence du contrôle des comptes. Enfin la direction, conformément à l'usage courant dans l'espace germanophone, s'appelle désormais en allemand « Geschäftsleitung » et non plus « Direktion ». Le terme reste bien entendu inchangé en français et en italien.

Art. 63 Conseil de surveillance

Le conseil de surveillance correspond sur le fond à l'actuel conseil d'administration de la CNA, qui compte 40 membres. Il constitue comme lui l'organe suprême de la CNA et il est composé paritairement de représentants, d'un côté, des travailleurs assurés et, de l'autre, des employeurs qui occupent des travailleurs assurés à la CNA. S'y ajoutent, comme jusqu'ici, des représentants de la Confédération, ce qui permet en particulier de nommer au sein du conseil de surveillance des spécialistes neutres, notamment du domaine médical, des sciences actuarielles, de l'économie et du droit des assurances sociales. Mais la taille du conseil de surveillance doit être réduite de 40 à 25 membres (dix représentants de chacun des partenaires sociaux et cinq représentants de la Confédération).

Comme jusqu'ici, les membres du conseil de surveillance sont nommés par le Conseil fédéral pour une période de quatre ans. Il n'est pas prévu de limiter la durée du mandat de manière analogue à ce qui vaut pour les commissions extraparlimentaires de la Confédération (douze ans). Cette limitation est régulièrement apparue comme une entrave par le passé, surtout pour les représentants des associations des employeurs et des salariés, qui souvent occupent pour les questions des assurances sociales des personnes engagées à temps complet. Par contre, les membres du conseil de surveillance ne devraient pas y rester après 70 ans. Pour eux, seul le renvoi à l'art. 6a, al. 1, let. b, de la loi fédérale du 24 mars 2000 sur le personnel de la Confédération (LPers)²⁸ (principes relatifs à la rémunération des membres de organes dirigeants des établissements de la Confédération) est pertinent.

Le conseil de surveillance élit en son sein les membres du conseil d'administration. Cela répond au principe de l'autogestion. Les compétences respectives des deux conseils doivent être délimitées dans la loi elle-même. Aujourd'hui, la répartition des compétences entre le conseil d'administration et la commission administrative est définie dans le règlement d'organisation. Les compétences du conseil de surveillance décrites à l'al. 4 correspondent en gros à celles de l'assemblée des actionnaires d'une société anonyme. Comme aujourd'hui, mais contrairement à l'assemblée des

²⁸ RS 172.220.1

actionnaires dans le droit de la société anonyme, le conseil de surveillance a la compétence d'approuver l'organisation et le règlement d'organisation de la CNA, ainsi que sa stratégie globale. Il approuve en outre les tarifs de primes et aussi – pour autant que la CNA soit compétente en la matière (voir art. 89, al. 1, LAA et art. 108 OLAA) – les normes comptables. A la différence du droit en vigueur, le conseil de surveillance n'a toutefois plus à contrôler les comptes annuels, mais seulement à les approuver. La responsabilité de la vérification des comptes incombe à l'organe de révision.

Le conseil de surveillance peut instituer des commissions. Mais il ne peut plus leur déléguer la responsabilité de prendre des décisions définitives sur les tâches qu'il leur confie, comme c'est aujourd'hui le cas avec les commissions du conseil d'administration. Ces commissions servent seulement à préparer les décisions qui seront prises par le conseil de surveillance.

Art. 63a Conseil d'administration

Le conseil de surveillance élit en son sein les membres du conseil d'administration. Leur nombre, à savoir au maximum neuf, est fixé dans la loi. Le conseil d'administration comprend une représentation paritaire des partenaires sociaux conformément au principe de l'autogestion. Il est vraisemblable que le président soit, comme c'est le cas aujourd'hui, l'un des représentants de la Confédération. Ce point n'est pas réglé dans la loi et la décision laissée à l'appréciation du conseil de surveillance.

En tant qu'organe suprême de direction, le conseil d'administration a en principe les mêmes attributions que le conseil d'administration selon le droit de la société anonyme (cf. art. 716a CO). Ses compétences ont cependant été restreintes au profit du conseil de surveillance, en ce sens qu'il doit soumettre certaines affaires à l'approbation du conseil de surveillance (stratégie globale de la CNA, règlement d'organisation et tarifs de primes). Comme cela est aussi habituellement le cas dans le droit de la société anonyme, le conseil d'administration peut, en se fondant sur le règlement d'organisation, instituer des commissions chargées d'exécuter ses décisions et de surveiller certaines affaires. Il ne doit pas y avoir de limitation de la durée du mandat des membres du conseil d'administration. La raison invoquée à propos du conseil de surveillance est d'autant plus pertinente dans ce contexte. Quant à l'âge maximal pour siéger au sein du conseil d'administration, il en est déjà fait mention pour les membres du conseil de surveillance. Les membres du conseil d'administration n'exercent que cette fonction à la CNA. Ils ne sont pas occupés dans l'entreprise. C'est la raison pour laquelle il suffit de renvoyer à l'art. 6a, al. 1, let. b, LPers.

Art. 64 Direction

Dans l'esprit d'un renforcement de l'autonomie et de la responsabilité des organes de la CNA, la direction ne doit plus être nommée par le Conseil fédéral, mais par le conseil d'administration (art. 63a, al. 1, let. c). Pour le reste, cette disposition correspond au droit en vigueur.

Art. 64a Devoirs de diligence et de fidélité

Autonomie et autogestion, cela implique aussi plus de responsabilité pour les personnes travaillant dans les organes. C'est la raison pour laquelle, il est prévu à l'art. 64a par analogie au droit de la société anonyme (art. 717 CO), que les membres du conseil de surveillance, du conseil d'administration et de la direction ont des devoirs de diligence et de fidélité.

Art. 64b Responsabilité

Les dispositions du droit de la société anonyme relatives à la responsabilité des organes doivent désormais s'appliquer par analogie aux membres du conseil de surveillance, du conseil d'administration et de la direction. Cette solution correspond aux principes figurant dans le rapport sur le gouvernement d'entreprise, qui doivent s'appliquer d'autant plus à des entités autonomes et autogérées qu'à des entités dont la gestion stratégique appartient au Conseil fédéral. La même disposition se trouve à l'art. 10a, al. 1, de la loi du 30 avril 1997 sur l'organisation de la Poste (LOP)²⁹ (la Poste est aussi organisée en tant qu'établissement autonome de la Confédération). Il y est encore précisé que la loi du 14 mars 1958 sur la responsabilité³⁰ n'est pas applicable. Pareille réserve n'est pas mentionnée ici, et ce pour deux raisons : d'une part, elle résulte déjà du principe selon lequel la disposition spéciale d'une loi prime sur le principe général d'une autre loi ; d'autre part, une telle réserve pourrait prêter à confusion. La loi sur la responsabilité n'est pas applicable aux membres d'un organe qui portent préjudice à la CNA elle-même, mais elle reste bel et bien applicable si la CNA, par une décision de ses organes, lèse des tiers. En vertu de la loi sur la responsabilité, le tiers lésé peut poursuivre la CNA, mais non directement l'un ou l'autre des membres de ses organes.

L'al. 2 correspond également aux règles de la LOP (art. 10a, al. 2).

Art. 65 Etablissement de comptes annuels

Aujourd'hui, la LAA prescrit simplement que les assureurs doivent tenir un compte distinct pour chacune des branches de l'assurance (art. 89 LAA). Elle ne contient par contre aucune prescription sur les principes à observer lors de l'établissement des comptes. Pour les institutions privées d'assurance organisées sous la forme de la société anonyme, les prescriptions du droit de la société anonyme s'appliquent. Avec la modification proposée, les principes du droit de la société anonyme (cf. art. 662 à 670 CO) doivent également être repris pour la CNA. Il convient toutefois de renoncer à énoncer expressément dans la LAA les dispositions du CO. Ce faisant, il convient de faire ressortir que les prescriptions sur l'établissement des comptes du droit de la société anonyme, principalement celles sur l'établissement des comptes élaborés sur la base des principes généraux du droit de la société anonyme, ne doivent pas être reprises telles quelles pour la CNA, mais seulement dans la mesure où cela a un sens. Sous l'influence de ce qui se passe aux Etats-Unis, des normes ont été élaborées ces dernières années, avec pour objectif de protéger les droits des action-

²⁹ RS 783.1

³⁰ RS 170.32

naires et des créanciers de la société, de tenir compte des intérêts des marchés financiers et d'arriver à présenter de façon aussi transparente que possible les résultats trimestriels et annuels. Mais comme la CNA n'a pas d'actionnaires et qu'elle intervient sur les marchés financier comme créancière et non comme débitrice, cela n'aurait aucun sens d'exiger de la CNA qu'elle oriente l'établissement de ses comptes sur les objectifs et les intérêts mentionnés. La question clé pour l'établissement de ses comptes est plutôt de savoir si les réserves prescrites par la loi ont été constituées, pour que la CNA puisse remplir ses engagements envers les assurés, et si les primes sont fixées de telle sorte que la CNA puisse couvrir les risques assurés. Les destinataires des comptes de la CNA ne sont donc pas les marchés financiers, mais les assurés et leurs employeurs. Il faut en tenir compte dans la structure concrète de l'établissement des comptes.

Art. 65a Organe de révision

En ce qui concerne le mandat de l'organe de révision, sa désignation, ses qualifications, son indépendance et le rapport à présenter, les dispositions du droit de la société anonyme s'appliquent par analogie. Il est en outre spécialement fait mention de la vérification des prescriptions relatives au système de financement (art. 90), en particulier aux provisions que la loi exige.

Aujourd'hui, cette vérification n'est pas effectuée par la commission de contrôle des finances ni par la société de révision qu'elle mandate, mais par l'expert actuaire nommé spécialement à cet effet au sein du conseil d'administration en tant que représentant de la Confédération. N'entrent donc en ligne de compte comme organe de révision que des sociétés de vérification des comptes qui disposent de l'expérience indispensable en sciences actuarielles.

La durée de fonction de l'organe de révision est de quatre ans au plus. Le mandat peut être renouvelé plusieurs fois.

Art. 65b Personnel

Pour être complet, il convient de fixer expressément dans la loi également les principes de base concernant le droit du personnel. Cela ne change matériellement rien pour le personnel de la CNA. Il est en effet aujourd'hui déjà engagé selon les prescriptions du CO en vertu d'un règlement sur les relations de travail édicté par le conseil d'administration. La CNA gère par ailleurs déjà sa propre caisse de pension.

Art. 65c Impôts

En sa qualité d'établissement de droit public, la CNA est aujourd'hui exonérée des impôts directs. Si la CNA est autorisée à exercer des activités accessoires commerciales (cf. art. 67b), elle doit aussi être assujettie à l'impôt comme les autres entreprises pour ces activités. Elle reste néanmoins exonérée des impôts, sur la base de l'art. 80 LPGA, en ce qui concerne la mise ne oeuvre de l'assurance-accidents.

Art. 67b Activités accessoires

Al. 1 : Les activités accessoires que la CNA est autorisée à exercer sont énumérées de manière exhaustive dans la loi. Il s'agit en partie d'activités qu'elle exerce

aujourd'hui déjà parce qu'elles sont en lien étroit avec son mandat légal. Mais, pour la sécurité du droit, il importe de mentionner aussi expressément les activités qui sont proches du mandat légal sans y être directement liées.

Gestion de cliniques de réadaptation : La CNA gère aujourd'hui déjà deux cliniques de réadaptation (voir ch. 3.1.1), où sont traités principalement des assurés de la CNA. Mais ces cliniques sont également ouvertes aux patients d'autres assureurs. Elles sont aujourd'hui des maillons importants dans le paysage suisse de la santé. Leur tâche est d'améliorer globalement, autant que possible, l'état de santé des assurés victimes d'accidents très graves, afin de développer leur indépendance et leur capacité de gain, de manière à leur permettre de mener à nouveau une vie autonome.

Traitement de sinistres pour des tiers : La CNA a dans le domaine du traitement des sinistres accidents une longue expérience dont elle a fait une compétence clé. Elle dispose dans les domaines juridique, médical, technique et social des spécialistes nécessaires pour régler les sinistres avec professionnalisme. Ces dernières années, elle a amélioré ses méthodes de traitement des sinistres, surtout pour réduire la durée des incapacités de travail et le nombre de rentes d'invalidité. L'inscription de ce domaine d'activité dans la LAA doit permettre à la CNA de traiter des sinistres sur mandat d'autres assureurs-accidents. Ce faisant, la CNA n'assumera en aucun cas le risque actuariel de l'assureur mandant. C'est aussi ce dernier qui rendra toutes les décisions et qui signera tous les documents juridiquement pertinents. Il devra aussi veiller à ce que les entreprises assurées auprès de lui et leur personnel soient informés de la collaboration avec la CNA.

La prestation de la CNA réside dans la mise en oeuvre opérationnelle du traitement des sinistres, en d'autres termes dans la préparation des décisions d'octroi ou de refus des prestations d'assurance, ainsi que dans l'octroi de prestations de courte durée (en nature et en espèces), à la charge de l'assureur compétent. Sont également possibles le traitement de cas de recours contre le tiers responsable et l'instruction dans des procès portant sur le droit aux prestations. En vue d'un traitement global des sinistres, celui-ci peut aussi porter sur des prestations des assurances complémentaires à la LAA et des assurances d'indemnités journalières selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance(LCA)³¹. Il est à prévoir que ce sont surtout les assureurs ayant un petit effectif d'assurés LAA qui seront intéressés par cette prestation de la CNA.

Prestations dans le domaine de la santé : Déjà sous le régime de la LAMA, la CNA a mis au point, en partenariat avec les organisations de fournisseurs de prestations et avec les cantons et en coordination avec l'assurance-invalidité et l'assurance militaire, des tarifs médicaux applicables dans toute la Suisse. En prévision de l'entrée en vigueur de la LAA, la CNA a pris en 1983 l'initiative de créer avec les autres assureurs LAA, par convention, la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM). Le tarif CNA a pendant des années été le seul tarif valable dans toute la Suisse et il a donc eu une influence sur d'autres tarifs. La CNA a pris une part déterminante dans la mise au point du Tarmed et elle participe à nouveau aujourd'hui à l'élaboration de forfaits par cas en fonction du diagnostic, dans les traitements hospitaliers, ainsi qu'à

³¹ RS 221.229.1

la mise au point de mesures de garantie de la qualité. Toutes ces prestations doivent avoir une base légale explicite.

Développement de produits pour la sécurité : La CNA avait déjà commencé, sous le régime de la LAMA, à développer elle-même des produits pour la sécurité en relation avec la prévention des accidents. Elle gère aujourd'hui une plateforme proposant un assortiment de produits pour la sécurité et la santé. Elle vend, par le biais d'une boutique Internet qu'elle gère ainsi que dans des magasins, essentiellement des équipements personnels de sécurité et des produits de sécurité techniques. Ce faisant, elle écoule aussi des produits d'autres fournisseurs, s'ils répondent aux exigences de qualité définies en fonction de l'objectif de sécurité visé. Il est juste que la CNA puisse vendre les produits de sécurité qu'elle a élaborés elle-même et donc aussi financer de cette manière ses frais de développement. Cela crée une incitation à la mise au point et à la mise sur le marché de tels produits, utiles à la prévention des accidents. Il convient donc de créer pour cela une base légale explicite. Par contre, la vente d'autres produits, non mis au point par la CNA, est problématique pour une institution de droit public. Cette activité ne doit pas être autorisée à la CNA.

Conseil et formation dans le domaine de la promotion de la santé dans l'entreprise : La promotion de la santé dans l'entreprise fait aujourd'hui partie d'une stratégie d'entreprise moderne. Elle vise à prévenir les absences pour cause de maladie, à renforcer les potentiels de santé et à améliorer le bien-être au poste de travail. Elle comprend des mesures, axées tant sur la relation de travail (prévention des accidents, hygiène du travail, ergonomie, organisation du travail, coopération) que sur le comportement, en vue de promouvoir l'autodétermination en matière de santé et la responsabilité propre des collaborateurs. Elle va donc plus loin que la prévention des accidents et des maladies professionnels régie par la LAA, et plus loin aussi que la protection générale de la santé réglée par la LTr. Mais dans une conception globale de la santé au travail, la promotion de la santé dans l'entreprise ne peut pas être dissociée de la sécurité et de la protection de la santé au travail. Les moyennes et grandes entreprises en particulier ont reconnu l'importance de la promotion de la santé dans l'entreprise et souhaitent un soutien supplémentaire. La CNA doit donc être habilitée à proposer des conseils et des formations auxquels les entreprises, les associations et les institutions pourront recourir sur une base volontaire et contre paiement.

Gestion de fortune et management des actifs et des passifs pour des institutions publiques et des institutions de prévoyance privées : La garantie à long terme des rentes financées selon le système de capitalisation implique la gestion d'une fortune considérable sur une longue durée, ce dont la CNA s'occupe depuis toujours. Cette activité l'a amenée à mettre sur pied un service spécialisé dans la gestion de fortune. La similitude est grande ici avec la gestion de la fortune de prévoyance des caisses de pensions. Des institutions ayant à gérer une fortune de prévoyance, à savoir des institutions de droit public et des caisses de pensions, doivent donc pouvoir profiter de l'expérience de la CNA en matière de pilotage des processus de placement de fortunes importantes.

Cette activité doit être menée par les personnes responsables des processus de placement à la CNA, dont ils suivent les principes éprouvés. Il convient de veiller ici aux

limites posées par la loi, qui interdit de prendre, par l'activité de placement, des risques qui ne correspondent pas à la destination de la fortune de prévoyance (tel que le risque économique de l'entreprise entièrement assuré par une banque). Cette activité doit être séparée financièrement des affaires LAA et passer par une société anonyme fondée à cet effet et soumise aux prescriptions légales en matière de placements (lois sur les marchés financiers, lois fiscales, etc.). Quant à savoir si dans ce cas la CNA confiera aussi à cette société anonyme la gestion de sa propre fortune, c'est une question de politique d'entreprise à laquelle la CNA doit répondre elle-même.

Al. 2 à 6

Dans le domaine de la prévention des accidents et des maladies professionnels, la CNA a des tâches relevant de la puissance publique (voir art. 85, al. 1). Il est donc expressément exigé que les activités accessoires exercées par la CNA soient compatibles avec lesdites tâches. Cela concerne avant tout le conseil et la formation dans le domaine de la prévention de la santé dans l'entreprise.

Toutes les activités accessoires doivent être autofinancées. La CNA doit donc les exercer soit par des centres de prestations ayant chacun un compte distinct, soit par des sociétés anonymes au sens du code des obligations dans lesquelles elle détient la majorité des actions et des voix. Les excédents ou les pertes seront portés à l'actif ou au passif d'une réserve distincte de la CNA. Les cliniques de réadaptation et la gestion de fortune pour le compte de tiers doivent en tous les cas être gérées sous forme de sociétés anonymes.

Aujourd'hui déjà, la CNA collabore avec d'autres institutions du domaine de la santé dans des organisations juridiquement indépendantes qui n'ont pas nécessairement la forme d'une société anonyme et dans lesquelles elle ne peut pas revendiquer la majorité du capital et des voix. On peut citer l'exemple d'une société anonyme ayant pour but l'échange de données dans le domaine de la santé, dans laquelle la CNA détient aujourd'hui 15 % des voix. Des participations de ce type doivent rester possibles. D'autres participations à des entreprises, sans lien avec les activités accessoires énumérées à l'al. 1, ne peuvent être détenues qu'à des fins de placement.

Solution 2 (surveillance directe de la Confédération ; art. 61 à 65d)

Art 61, al. 3

On biffe toute référence à la haute surveillance de la Confédération exercée par le Conseil fédéral selon l'art. 76 LPGA et à l'approbation par celui-ci du rapport et des comptes annuels. Il n'y a plus de haute surveillance de la Confédération dans cette solution. Elle est remplacée par une surveillance directe. L'approbation du rapport et des comptes annuels figure désormais à l'art. 65d, al. 2, du présent projet. En contrepartie, il est expressément précisé à l'al. 3 que la CNA est autonome dans son organisation et sa gestion et qu'elle tient sa propre comptabilité.

Art. 61a **But**

Pour gérer un établissement de droit public selon les principes du gouvernement d'entreprise, il est important de définir dans la loi le but de l'établissement. L'éta-

blissement peut ainsi évoluer dans le cadre de cette disposition et, dans le même temps, le Conseil fédéral fait aussi référence à l'article définissant le but pour fixer les objectifs stratégiques.

Il est dit à l'al. 3 que la CNA peut accomplir non seulement les actes juridiques qui sont directement liés au but de l'entreprise, mais aussi ceux qui sont indirectement liés à ce but ou qui sont propres à le promouvoir. Cette formulation ouverte offre au Conseil fédéral la base légale nécessaire pour déterminer plus précisément les activités de la CNA dans le cadre de ses objectifs stratégiques. Sur cette base, il peut aussi autoriser la CNA à exercer des activités accessoires, dans la mesure où elles sont propres à promouvoir le but de l'établissement. Les activités accessoires de la CNA ne doivent être énumérées de manière exhaustive dans la loi, mais elles doivent être formulées par le Conseil fédéral dans le cadre des objectifs stratégiques.

Art. 62 Organes

Il n'y a pas de conseil de surveillance dans cette solution et les fonctions dudit conseil sont assumées pour l'essentiel par le Conseil fédéral. C'est ainsi qu'il lui incombe en particulier de nommer le conseil d'administration et l'organe de révision et, le cas échéant, de les révoquer.

Art. 63 Conseil d'administration

Les attributions du conseil d'administration sont pour l'essentiel les mêmes que dans la solution 1. Les différences entre les deux solutions tiennent au fait que l'on a à faire à deux conceptions différents. Dans ce cas, le conseil d'administration n'a pas la compétence d'élaborer la stratégie globale de la CNA. Celle-ci est fixée par le Conseil fédéral (voir art. 65*d*, al. 1), en collaboration étroite avec le conseil d'administration.

Art. 64 Direction

Les tâches de la direction sont pareilles à celles de la solution 1.

Art. 64a et 64b

En ce qui concerne les devoirs de diligence et de loyauté des membres du conseil d'administration et de la direction et la responsabilité des membres des organes de la CNA, on procède également dans la solution 2 par simple renvoi aux dispositions du droit de la société anonyme.

Art. 65 Organe de révision

De même que dans la solution 1, les dispositions du droit de la société anonyme s'appliquent, par analogie, au mandat de l'organe de révision et à ses qualifications. Le rapport sur le résultat de sa vérification doit être présenté dans ce cas au Conseil fédéral.

Art. 65a Personnel

La disposition sur le personnel est pareille à celle de la solution 1.

Art. 65b Etablissement des comptes et utilisation des bénéfices

Les dispositions sur la tenue des comptes (al. 1 à 3) sont pareilles à celles de la solution 1, à la différence près que le Conseil fédéral peut cependant édicter des prescriptions concernant la tenue des comptes. Dans la variante 1, il appartient au conseil d'administration de fixer les principes de la comptabilité. Selon les principes du gouvernement d'entreprise, le Conseil fédéral se prononce, dans le cadre de l'approbation des comptes, sur l'utilisation d'un éventuel résultat annuel positif, en tenant compte du principe de la mutualité. Le versement d'éventuels bénéfices à la Confédération en sa qualité de propriétaire de l'établissement est ainsi exclu.

Art. 65c Impôts

La disposition sur l'assujettissement est pareille à celle de la solution 1.

Art. 65d Défense des intérêts de la Confédération

Selon le concept du gouvernement d'entreprise, le Conseil fédéral défend les intérêts de la Confédération en sa qualité de propriétaire de l'établissement. C'est pourquoi, il lui incombe de fixer la stratégie globale de la CNA. Il fait part au Conseil d'administration en particulier de ses prévisions concernant l'exécution des tâches confiées à la CNA, par exemple sous la forme de chiffres-clé relatifs aux résultats annuels escomptés. Relève également de la stratégie, la décision sur les activités accessoires de la CNA. Les objectifs stratégiques sont fixés chaque fois pour quatre ans. Les partenaires sociaux doivent au préalable être consultés. Les objectifs stratégiques doivent être périodiquement réexaminés.

En exerçant sa fonction de surveillance sur la CNA, notamment en nommant le conseil d'administration et son président, en approuvant les comptes annuels, le rapport de gestion et le règlement du personnel ainsi qu'en donnant décharge au conseil d'administration, le Conseil fédéral défend également les intérêts de la Confédération. La surveillance qu'il exerce en sa qualité de propriétaire de l'établissement doit être différenciée de la surveillance sur la mise en oeuvre des assurances sociales selon l'art. 76 LPGA. Cette dernière doit être exercée sur la CNA de la même manière que sur les autres assureurs qui participent à la gestion de l'assurance-accidents obligatoire.

Dans le cas d'espèce, notamment après certaines opérations commerciales, la surveillance peut être plus intensive, en ce sens que le Conseil fédéral a un droit de regard sur les dossiers de l'entreprise et peut exiger des informations sur son activité ou ordonner que l'on rédige des rapports spéciaux.

Art. 67a Assurance-accidents des personnes au chômage

Avec cette disposition, l'assurance-accidents des personnes au chômage est ancrée dans la LAA, la réglementation actuelle restant en principe inchangée, comme déjà indiqué (voir ch. 3.2.2). Il est expressément mentionné dans la LAA que toutes les personnes au chômage sont assurées contre les accidents auprès de la CNA (al. 1).

Il y est aussi expressément dit qu'un compte séparé et une statistique des risques sont tenus pour l'assurance-accidents des personnes au chômage, comme c'est déjà

le cas en pratique aujourd'hui. Le taux de la prime des personnes au chômage est fixé en pour-mille de l'indemnité de chômage, le calcul des prestations pouvant toutefois diverger des règles habituelles de la loi (voir plus haut, art. 15, al. 3, let. e). La prime fixée par la CNA est aujourd'hui déjà versée par l'assurance-chômage pour toutes les personnes au chômage. Par analogie avec l'art. 91, al. 3, selon lequel l'employeur doit à la CNA la totalité des primes de l'assurance-accidents professionnels et de l'assurance-accidents non professionnels, il convient de mentionner ici expressément que l'assurance-chômage doit à la CNA la totalité des primes. La répartition du fardeau de la prime entre les personnes au chômage et l'assurance-chômage reste à régler, comme jusqu'ici, dans la législation sur l'assurance-chômage (voir art. 22a, al. 4, LACI).

Avec l'al. 3, on crée dans la LAA la base légale nécessaire pour édicter des prescriptions complémentaires au niveau de l'ordonnance. Le fait que la loi sur l'assurance-chômage contienne actuellement une base légale pour des dispositions d'ordonnance sur l'assurance-accidents est contraire aux principes généraux en matière de législation. Sur le plan matériel, l'ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage actuellement en vigueur doit en principe pouvoir être reprise telle quelle.

Art. 90b Fonds des allocations de renchérissement de l'assurance-accidents des personnes au chômage

Pour les motifs de la création d'un fonds pour les allocations de renchérissement et pour la présentation des trois variantes de financement des primes de répartition, voir les explications au ch. 3.2.2.

L'al. 1 dispose que le fonds est créé et géré par la CNA. Il est alimenté non seulement par d'éventuelles primes de répartition mais aussi, conformément aux règles générales de financement des allocations de renchérissement (voir art. 90, al. 3), par les excédents d'intérêts des capitaux de couverture de l'assurance-accidents des personnes au chômage et par le rendement des capitaux du fonds lui-même.

L'al. 2 indique d'abord comment les moyens du fonds doivent être utilisés. Ainsi le mode de financement déjà appliqué par la CNA pour garantir les allocations de renchérissement de l'assurance-accidents des personnes au chômage (voir ch. 3.2.2) est expressément ancré dans la loi. Au moment où le Conseil fédéral décide une allocation de renchérissement, le capital de couverture nécessaire doit être constitué au moyen des ressources du fonds. Si ces ressources ne suffisent pas, une prime de répartition doit être perçue. Il est donc clairement établi dans quelles circonstances la CNA peut fixer une telle prime.

L'al. 3 règle le financement par des contributions du fonds de l'organe de compensation de l'assurance-chômage.

Le montant de la contribution est fixé par la CNA. Mais pour ce faire, elle doit respecter les conditions de l'al. 2 et ne peut percevoir ces primes pour les « stocker ». Avant de fixer la prime de répartition, l'organe de compensation de l'assurance-chômage doit être entendu.

Art. 92, al. 7

La compétence actuelle du Conseil fédéral d'édicter des dispositions d'ordonnance sur le calcul des primes dans des cas spéciaux est étendue à l'assurance-accidents des personnes au chômage.

4 Conséquences

4.1 Conséquences financières

4.1.1 Pour la Confédération et les cantons

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

Compte tenu de la suppression du tarif de primes commun (voir ch. 2.3.8) et du renforcement de la surveillance, avec la possibilité de prononcer des sanctions plus nuancées, l'autorité de surveillance a besoin de postes de travail supplémentaires. Le besoin est estimé, dès l'entrée en vigueur de la révision partielle de la LAA, à six postes à plein temps, ce qui génèreraient des charges financières de l'ordre d'un million de francs par année.

L'obligation proposée de participer aux frais de justice pour les procédures de recours en matière de prestations de l'assurance-accidents (art. 108) produit un allègement pour les cantons.

4.1.2 Pour l'assurance-accidents

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

- En cas de *baisse du gain assuré maximal*, le taux de risque (taux de prime net) augmente, car le coût des soins reste le même alors que le volume global des primes diminue.
- Un relèvement à 20 % du taux d'invalidité minimal ouvrant le droit à une *rente* (au lieu des 10 % actuels) a comme effet pour la CNA des économies d'environ 53 millions sur les primes nettes, ce qui correspond à 1,7 % du volume des primes nettes 2004, ainsi qu'une baisse unique de 285 millions de francs de la réserve pour les primes non encore fixées. Les assureurs privés estiment la baisse des besoins à 6 millions de francs, soit 0,5 % du volume des primes nettes 2004, la réserve pour les primes non encore fixées pouvant elle être diminuée de 40 millions de francs.
- La *réduction de la rente d'invalidité à l'âge de la retraite selon l'AVS en fonction de l'âge au moment de l'accident (réduction linéaire de 50 % lorsque l'accident est survenu entre 25 et 45 ans)* réduirait le besoin de primes nettes de la CNA d'environ 163 millions de francs, soit 5,4 % du volume des primes nettes 2004, et lui permettra de réduire la réserve pour les primes non encore fixées d'un montant estimé à 880 millions de francs,

ainsi qu'une baisse unique du capital de couverture d'environ 735 millions de francs. Les assureurs privés estiment à 42 millions de francs, soit 3,5 % du volume des primes nettes 2004, les économies sur les primes nettes, à 280 millions de francs la réduction de la réserve pour les primes non encore fixées et à 135 millions de francs la baisse du capital de couverture.

- Même avec un délai transitoire de dix ans, la CNA et les caisses-maladie auront à supporter une charge non quantifiable si *le système de la couverture des besoins* est introduit *pour financer les prestations de courte durée*. Par contre, l'introduction de ce système n'a pas d'incidence pour les assureurs privés, car ils appliquent déjà aujourd'hui cette méthode de financement. Pour la CNA, ce système se traduit par une reconstitution de son capital de couverture pour un montant d'un milliard de francs en chiffres ronds. Il n'est pas possible d'évaluer précisément les incidences de l'introduction de ce système pour les caisses-maladie.
- Les économies sur les indemnités journalières que permettrait de réaliser une *prolongation générale du délai de carence des trois jours actuels à 30 jours* sont très difficiles à estimer.

La plupart des autres modifications n'ont aucune conséquence financière, ou très peu, pour l'assurance-accidents.

A noter que la suppression de la surindemnisation (réduction de la rente d'invalidité à l'âge de la retraite selon l'AVS en fonction de l'âge au moment de l'accident) et la suppression de prestations (p. ex. relèvement à 20 % du taux d'invalidité minimal ouvrant le droit aux prestations) ne feront probablement pas baisser le taux des primes nettes par rapport à aujourd'hui, car il faudra financer ces prochaines années la baisse nécessaire du taux d'intérêt technique.

4.1.3 Pour les autres assurances sociales et pour la prévoyance professionnelle

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

Le relèvement du taux d'invalidité minimal ouvrant le droit aux prestations de rentes de l'assurance-accidents obligatoire (art. 18, al. 1) n'aura pas de conséquences financières pour l'AVS/AI, car l'AVS, en cas de concours avec une rente de l'assurance-accidents, verse sa rente intégralement (l'assurance-accidents ne servant qu'une rente complémentaire conformément à l'art. 20, al. 2) et l'AI n'octroie de rente qu'à partir d'un taux d'invalidité de 40 %.

Le même relèvement du taux d'invalidité (art. 18, al. 1) n'aura guère de conséquences financières pour la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, car la prévoyance professionnelle obligatoire ne sert de rente d'invalidité qu'à partir d'un taux d'invalidité de 40 %.

Cependant, comme les rentes d'accident maximales seront moins élevées si le Conseil fédéral baisse le montant maximal du gain assuré (art. 15, al. 3), le 2^e pilier devra plus souvent compléter les prestations de rente de ces travailleurs qui gagnaient bien leur vie avant l'accident. Le surcoût qui en résulte n'est pas exactement chiffrable, mais il devrait rester dans des proportions modestes.

La réduction de la rente d'invalidité à l'âge de la retraite selon l'AVS en fonction de l'âge au moment de l'accident (réduction linéaire de 50 % lorsque l'accident est survenu entre 25 et 45 ans, art. 20, al. 3) peut provoquer des dépenses supplémentaires pour la prévoyance professionnelle.

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

5 Conséquences économiques

Les mesures prises dans le domaine des prestations, dans la mesure où elles se traduisent par un allègement des primes, peuvent améliorer les perspectives de croissance économique, ce qui aura à son tour des effets positifs sur le marché du travail.

6 Lien avec le programme de la législature

Le projet est annoncé dans le rapport sur le programme de la législature 2003 à 2007 (voir ch. 2.1 de l'annexe 1 du rapport du Conseil fédéral du 25 février 2004³²).

7 Compatibilité avec le droit international

7.1 Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pacte I) de 1966 est entré en vigueur pour la Suisse le 18 septembre 1992. Il prévoit, à son art. 9, le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales. En outre, chaque Etat partie au Pacte s'engage à garantir que les droits énoncés dans le Pacte seront exercés sans aucune discrimination fondée, notamment, sur l'origine nationale (art. 2, par. 2). Le présent projet de révision est parfaitement compatible avec le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies.

³² FF 2004 1035

7.2 Instruments de l'Organisation internationale du Travail (OIT)

La convention n° 18 concernant la réparation des maladies professionnelles de 1925 a été ratifiée par la Suisse le 16 novembre 1927. Elle prévoit que les victimes de maladies professionnelles ont droit à une réparation basée sur les principes généraux existant en matière d'accidents du travail. Elle définit également les atteintes produites par une série de substances énumérées comme étant des maladies professionnelles dans la mesure où elles surviennent à des travailleurs occupés à certaines professions.

La convention n° 19 concernant l'égalité de traitement des travailleurs étrangers et nationaux en matière de réparation des accidents de travail de 1925 a été ratifiée par la Suisse le 1^{er} février 1929. Elle prévoit que les membres l'ayant ratifiée accordent aux ressortissants de tout autre membre victimes d'accidents du travail le même traitement qu'il assure à ses propres ressortissants. Le présent projet de révision est parfaitement compatible avec les conventions n° 18 et 19 de l'OIT.

La convention n° 102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale de 1952 a été ratifiée par la Suisse le 18 octobre 1977. La partie VI est consacrée aux prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Elle prévoit de prendre notamment en charge l'incapacité de travail entraînant la suspension du gain, la perte totale de la capacité de gain ainsi que la perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants du fait du décès du soutien de famille, lorsque ces éventualités sont dues à des accidents du travail ou à des maladies professionnelles.

Pour assurer la conformité avec la convention précitée, plusieurs dispositions ont été adaptées. Le projet de révision prévoit ainsi que les art. 10 et 29 soient modifiés (cf. ch. 2.3.1).

Au contraire de l'art. 29, al. 2, LAA, l'art. 32 de la Convention OIT n° 102 ne prévoit pas de soumettre à certaines conditions le droit aux prestations du conjoint survivant lorsque le mariage a été contracté après l'accident ayant causé le décès de l'assuré. La seule possibilité admise par le droit international pour réduire ou refuser des prestations au conjoint survivant est le cas où celui-ci vit en concubinage. L'art. 29, al. 2, LAA, n'étant plus en adéquation avec le droit du mariage et le droit international, il convient de l'abroger. Par ailleurs, la Convention OIT n° 102 ne permet pas non plus de réduire ou de refuser les prestations au conjoint survivant si celui-ci a gravement manqué à ses devoirs envers les enfants. Comme indiqué plus haut, la seule possibilité admise pour réduire ou refuser des prestations au conjoint survivant est le cas où celui-ci vit en concubinage. Non conforme à la Convention OIT n° 102, l'art. 29, al. 5, LAA, doit donc également être abrogé.

Enfin, l'art. 10, al. 3, 2^e phrase, LAA prévoit que le Conseil fédéral peut fixer les conditions auxquelles l'assuré a droit aux soins à domicile et la mesure dans laquelle ceux-ci sont couverts. Or, l'art. 34 de la Convention OIT n° 102 n'autorise pas de limitation de la couverture des soins à domicile. L'art. 10, al. 3, 2^e phrase, doit donc être adapté en conséquence.

Par ailleurs, les accidents dentaires continuent à être pris en charge, à l'exception de ceux se produisant lors d'une mastication normale. Cette nouveauté est toutefois conforme à l'art. 34, al. 2, de la convention OIT n° 102.

7.3 Droit de la Communauté européenne

L'art. 39 du Traité CE, qui consacre le principe fondamental de la libre circulation des travailleurs, implique l'établissement d'un système de coordination des régimes nationaux de sécurité sociale (art. 42 Traité CE). Cette coordination est mise en œuvre par le règlement du Conseil (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté et par son règlement d'application n° 574/72. Ces deux règlements visent uniquement la coordination des régimes nationaux de sécurité sociale, en se fondant sur les principes internationaux de coordination que sont, notamment, l'égalité de traitement entre nationaux et ressortissants des autres Etats communautaires, la conservation des droits acquis et le paiement des prestations sur le territoire communautaire. De surcroît, l'art. 118 A du Traité CE est consacré à la promotion et à l'amélioration du milieu de travail afin de garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs. Cette disposition a été mise en œuvre par plusieurs directives et recommandations.

Le droit communautaire ne prévoit pas l'harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale, les Etats membres conservant la faculté de déterminer la conception, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leur système de sécurité sociale. Depuis le 1^{er} juin 2002, date de l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec la CE et ses Etats membres, la Suisse participe à ce système de coordination. Aucun point de la révision n'appelle de commentaire au regard du droit de la coordination.

7.4 Instruments du Conseil de l'Europe

La Charte sociale européenne du 18 octobre 1961 est le pendant de la Convention européenne des droits de l'homme, pour les droits économiques et sociaux. L'art. 12 consacre le droit à la sécurité sociale: les Etats parties s'engagent à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale, à le maintenir à un niveau satisfaisant, à s'efforcer de le porter progressivement à un niveau plus élevé et à prendre des mesures pour assurer l'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants des autres Etats parties. La Suisse a signé la Charte le 6 mai 1976, mais le Parlement en ayant refusé la ratification en 1987, ce traité ne lie pas notre pays.

La Charte sociale européenne (révisée) du 3 mai 1996 met à jour et adapte le contenu matériel de la Charte de 1961. Elle constitue un accord distinct de la Charte sociale européenne de 1961 qu'elle n'abroge pas. Le droit à la sécurité sociale figure également à l'art. 12. La Charte sociale révisée est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1999. La Suisse n'a pas ratifié cet instrument.

Le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 a été ratifié par la Suisse le 16 septembre 1977. Notre pays n'en a pas accepté la partie II relative aux soins médicaux. Il a par contre accepté la partie VI concernant les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Le Code européen de sécurité sociale est complété par un Protocole qui fixe des normes supérieures. La Suisse n'a pas ratifié le Protocole au Code. Le Code européen de sécurité sociale (révisé) du

6 novembre 1990 constitue aussi un accord distinct du Code européen de sécurité sociale qu'il n'abroge pas. Le Code (révisé) élève les normes du Code européen de sécurité sociale, notamment par l'extension du champ d'application personnel, par l'octroi de nouvelles prestations et par l'augmentation du montant des prestations en espèces. Il introduit parallèlement une plus grande flexibilité en ce sens que les conditions de ratification ont été assouplies et que les normes sont formulées d'une manière suffisamment souple pour tenir compte au mieux des réglementations nationales. N'ayant été ratifié par aucun pays, le Code (révisé) n'est pas encore en vigueur.

8 Aspects juridiques

8.1 Constitutionnalité et légalité

Les modifications proposées dans le présent projet se fondent sur l'art. 117 Cst. et coïncident avec cette disposition constitutionnelle. Le projet de révision est conforme à la Constitution et à la loi.

8.2 Forme de publication

Aux termes de l'art. 164, al. 1, Cst., toutes les dispositions importantes qui fixent des règles de droit doivent être édictées sous la forme d'une loi fédérale. La présente modification de la LAA suit donc la procédure législative normale.

8.3 Délégation de compétences législatives

Les compétences en matière de réglementation nécessaires à l'exécution de l'assurance-accidents obligatoire sont comme d'habitude déléguées au Conseil fédéral. En plus de ses compétences actuelles, il peut maintenant édicter des dispositions dans les domaines suivants :

- réglementation de la fin de l'assurance dans des cas spéciaux (art. 3, al. 2, LAA) ;
- réglementation des limites de la responsabilité en cas de grands sinistres (art. 9a) ;
- fixation des conditions auxquelles l'assuré a droit aux soins à domicile (art. 10, al. 3, 2^e phrase, LAA) ;
- détermination du moment de la naissance du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité dans des cas spéciaux (art. 24, al. 2, 2^e phrase, LAA) ;
- révocation de membres du conseil d'administration pour motifs importants/nomination des membres du conseil de surveillance (art. 63, al. 2, LAA, variantes 1 + 2) ;
- réglementation de l'assurance-accidents des personnes au chômage (art. 3, al. 5; art. 15, al. 3, let. e; art. 17, al. 1, 3^e phrase; art. 67a, al. 3; art. 92, al. 7) ;

- réglementation du droit d'option des administrations publiques (art. 75 et 91, al. 2^{bis}, LAA) ;
- introduction d'une attestation de formation pour les travaux présentant des dangers particuliers et réglementation de la formation et de la reconnaissance des cours de formation (art. 86*a* LAA) ;
- réglementation des contributions à la prévention des accidents dues par les entreprises étrangères (art. 87*a* LAA) ;

Aucune nouvelle compétence législative n'est déléguée au DFI.