



Notice sur l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA

Édition 2023

Bases légales

L'assurance se base sur la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA) ainsi que sur les ordonnances y afférentes. Les informations ci-dessous sont extraites de la loi et des ordonnances.

Personnes assurées

Tous les travailleurs employés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les stagiaires, les volontaires et tous les apprentis, doivent être assurés. Les membres de la famille de l'employeur qui travaillent sont également tenus d'être assurés s'ils perçoivent un salaire en espèces et paient des cotisations AVS.

En vertu d'une convention particulière, les indépendants et les membres de leur famille travaillant avec eux qui ne sont pas assurés à titre obligatoire et qui sont domiciliés en Suisse peuvent s'assurer à titre facultatif conformément à la LAA.

Accidents assurés

Les prestations d'assurance sont accordées en cas d'accidents professionnels et non professionnels. Les travailleurs à temps partiel dont le temps de travail hebdomadaire n'est pas égal ou supérieur à huit heures chez aucun employeur sont assurés uniquement contre les accidents professionnels. Pour ces personnes, les accidents sur le trajet domicile-travail sont également considérés comme des accidents professionnels.

Est considéré comme accident professionnel tout accident ayant lieu:

- lors de travaux effectués sur ordre de l'employeur ou dans son intérêt;
- sur le trajet domicile-travail direct, lors de déplacements professionnels et lors de voyages d'affaires;
- lors de sorties d'entreprise organisées ou financées par l'employeur;
- lors de fréquentation d'écoles et de cours prévus par la loi ou le contrat ou autorisés par l'employeur;
- pendant les pauses de travail.

Sont considérés comme **accidents non professionnels** tous les accidents survenant pendant les loisirs.

Sont considérées comme **maladies professionnelles** les maladies qui, dans l'activité professionnelle, ont été causées exclusivement ou de manière prépondérante par des substances nocives ou par certains travaux.

Validité territoriale

La couverture d'assurance est valable dans le monde entier.

Prestations d'assurance (prestations de soins et remboursements de frais)

Traitement médical

Sont payés les frais de:

- traitement ambulatoire par le médecin et le dentiste ou, sur leur prescription, par du personnel médical auxiliaire ainsi que par le chiropraticien;
- médicaments et analyses prescrits par le médecin ou le dentiste;
- traitement, nourriture et hébergement en division commune d'un hôpital;
- cures post-opératoires et cures thermales prescrites par un médecin;
- moyens et objets utiles à la guérison.

Traitement médical à l'étranger

Pour un traitement médical nécessaire à l'étranger, l'assuré est remboursé au maximum du double du montant des frais qui auraient été occasionnés par un traitement médical en Suisse. Les coûts en Suisse sont toujours comparés à ceux de l'hôpital national présentant les tarifs les plus élevés.

Aide et soins à domicile

Des contributions sont versées pour les soins à domicile nécessaires, pour autant qu'ils soient dispensés par du personnel agréé en matière de soins à domicile ou par des organisations.

Moyens auxiliaires

L'assuré a droit aux moyens auxiliaires qui compensent les lésions corporelles et les pertes de fonctions (p. ex. prothèses).

Dégâts matériels

Sont remboursés les dommages causés par l'accident aux objets qui remplacent une partie du corps ou une fonction corporelle (p. ex. prothèses). Pour les lunettes, les appareils auditifs et les prothèses dentaires, le droit au remboursement n'existe que s'il y a une lésion corporelle nécessitant un traitement.

Frais de voyage, de transport et de sauvetage

Sont remboursés les frais de sauvetage nécessaires ainsi que les frais de voyage et de transport médicalement nécessaires. Les actions de recherche sont également couvertes. Les frais de sauvetage, de voyage et de transport engagés à l'étranger sont remboursés jusqu'à concurrence de 20% du montant maximal du gain annuel assuré.

Transports du corps

Les frais nécessaires au transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation sont remboursés. Les frais occasionnés à l'étranger sont remboursés jusqu'à 20% du montant maximal du gain annuel assuré.

Frais funéraires

Les frais funéraires sont remboursés dans la mesure où ils ne dépassent pas sept fois le montant maximal du gain journalier assuré.

Prestations en espèces

Indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière est déterminé par le degré d'incapacité de travail. Le droit à l'indemnité journalière commence après le 3^e jour à compter du jour de l'accident. Il s'élève à 80% du gain assuré en cas d'incapacité totale de travail et est réduit en conséquence en cas d'incapacité partielle de travail.

L'indemnité journalière n'est pas accordée tant qu'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité (AI), de l'assurance militaire ou de l'assurance maternité.

Pendant le séjour dans un établissement hospitalier, les frais d'entretien font l'objet de la déduction suivante de l'indemnité journalière:

- 20% de l'indemnité journalière, mais au maximum CHF 20.00 pour les personnes seules sans obligation d'entretien ou d'assistance;
- 10% de l'indemnité journalière, mais au maximum CHF 10.00 pour les personnes mariées et les personnes seules avec obligation d'entretien ou d'assistance, dans la mesure où le point ci-dessous ne s'applique pas;
- aucune déduction n'est procédée aux personnes mariées ou aux personnes seules qui ont la charge d'enfants mineurs ou en formation.

Rente d'invalidité

En cas d'invalidité totale, la rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré; en cas d'invalidité partielle, le droit est réduit en conséquence.

Si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-accidents obligatoire (LAA), celle-ci est versée en tant que rente complémentaire. La rente AI ou AVS est complétée par la rente complémentaire jusqu'à 90% du gain assuré.

Si le degré d'invalidité du bénéficiaire de la rente change de manière notable, la rente est augmentée, réduite ou supprimée en conséquence pour l'avenir.

Indemnité pour atteinte à l'intégrité

Si l'assuré subit, du fait de l'accident, une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Cette indemnité est accordée sous la forme d'un capital. Elle ne peut excéder le montant maximal du gain annuel assuré en vigueur le jour de l'accident et est échelonnée en fonction de la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

Allocation pour impotent

Si, en raison de son invalidité, l'assuré a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes ordinaires de la vie, il a droit à une allocation pour impotent. Celle-ci est calculée en fonction du degré d'impotence et s'élève au minimum au double et au maximum au sextuple du montant maximum du gain journalier assuré.

Rentes de survivants

Si l'assuré décède des suites de l'accident, le conjoint survivant et les enfants ont droit, dans le cadre des dispositions légales, à des rentes de survivants ou à une indemnité dont le montant est échelonné comme suit:

- 40% pour les veuves/veufs,
- 15% par orphelin de père ou de mère,
- 25% par orphelin de père et de mère,

- max. 70% si plusieurs survivants sont réunis,
- max. 90% du gain assuré avec les rentes AVS/AI (rentes complémentaires).

Gain assuré

Montant maximum

Les indemnités journalières et les rentes sont calculées en fonction du gain assuré. Celui-ci est valable jusqu'à CHF 148 200.00 par personne et par an ou CHF 406.00 par personne et par jour (état au 01.01.2016).

Adaptation des rentes au renchérissement

En règle générale, les rentes sont adaptées au renchérissement tous les deux ans en fonction de l'indice national des prix à la consommation.

Réduction et refus de prestations d'assurance

Concours de différentes causes

Les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité et les rentes de survivants sont réduites de manière appropriée lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont qu'une partie de la conséquence d'un accident.

Accident causé par l'assuré

- Si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès, il n'a droit à aucune prestation d'assurance, à l'exception des frais funéraires.
- Si l'assuré a provoqué l'accident par une négligence grave, les indemnités journalières de l'assurance contre les accidents non professionnels sont réduites pendant les deux premières années suivant l'accident. La réduction s'élève au maximum à la moitié des prestations si, au moment de l'accident, l'assuré doit subvenir aux besoins de proches qui, à son décès, auraient droit à une rente de survivants.
- Si l'assuré a provoqué l'accident en commettant de manière non intentionnelle un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent être réduites ou, dans les cas particulièrement graves, lui être refusées. Si, au moment de l'accident, l'assuré doit subvenir aux besoins de proches auxquels des rentes de survivants seraient dues en cas de décès, les prestations en espèces sont réduites au maximum de moitié. S'il décède des suites de l'accident, les prestations en espèces pour les survivants peuvent être réduites au maximum de moitié.
- Si un survivant a provoqué intentionnellement le décès de l'assuré, il n'a pas droit à des prestations en espèces.
- Si un survivant a provoqué le décès de l'assuré par une négligence grave, les prestations en espèces qui lui reviennent sont réduites; dans les cas particulièrement graves, elles peuvent lui être refusées.

Dangers extraordinaires

L'ensemble des prestations d'assurance sont refusées pour les accidents survenant lors du service militaire à l'étranger ainsi que lors de la participation à des actes de guerre, à des actes de terrorisme et à des crimes commis en bande organisée.

Les prestations en espèces sont réduites de moitié au moins pour les accidents non professionnels qui surviennent dans les cas suivants:

- participation à des rixes et bagarres, sauf si l'assuré a été blessé par les protagonistes alors qu'il n'était pas impliqué ou qu'il portait secours à une personne sans défense;
- dangers auxquels l'assuré s'expose en provoquant gravement autrui;
- participation à des émeutes.

Entreprises téméraires

En cas d'accidents non professionnels dû à une entreprise téméraire, les prestations en espèces sont réduites de moitié et refusées dans les cas particulièrement graves. Les entreprises téméraires sont des actes par lesquels l'assuré s'expose à un danger particulièrement grand, sans prendre ou pouvoir prendre les dispositions permettant de ramener le risque à des proportions raisonnables.

Les actes de sauvetage en faveur de personnes sont toutefois assurés même s'ils doivent être considérés en soi comme des entreprises téméraires.

Durée de l'assurance

Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance débute le jour où la relation de travail commence ou le droit au salaire débute, mais dans tous les cas au moment où l'employé se rend au travail.

Fin de la couverture d'assurance

L'assurance prend fin pour l'employé à l'expiration du 31^e jour suivant le jour où le droit au demi-salaire au moins prend fin. Sont également considérées comme salaire les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire (LAA), de l'assurance militaire (AM), de l'assurance-invalidité (AI) et celles des caisses maladie et des assureurs maladie et accidents privés qui remplacent le maintien du salaire, les indemnités versées au titre de la LAPG ainsi que les indemnités d'une assurance maternité cantonale.

Assurance par convention

En vertu d'une convention particulière, l'assurance contre les accidents non professionnels peut être prolongée pour une durée maximale de six mois. L'accord doit être conclu au plus tard le 31^e jour de la prolongation de couverture.

Procédure en cas d'accident

Déclaration d'accident

La personne accidentée ou ses proches doivent immédiatement déclarer l'accident à l'employeur ou à l'assureur. L'employeur doit immédiatement informer l'Assurance des métiers dès qu'il apprend qu'un assuré a été victime d'un accident.

Conséquences de la déclaration tardive de l'accident

Le retard inexcusable de l'avis d'accident, dû à l'assuré ou à ses survivants, peut entraîner, s'il en résulte des complications importantes pour l'assureur, une privation de la moitié au plus des prestations en espèces pour le temps précédant l'avis.

L'assureur peut réduire de moitié toute prestation si, par suite d'un retard inexcusable dû à l'assuré ou à ses survivants, il n'a pas été avisé dans les trois mois de l'accident ou du décès de l'assuré; il peut refuser la prestation lorsqu'une fausse déclaration d'accident lui a été remise intentionnellement.

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

Examen médical

L'assuré doit se soumettre, aux frais de l'Assurance des métiers, aux examens médicaux ordonnés par celle-ci.

Primes

Obligation de payer les primes

Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents et les maladies professionnelles sont à la charge de l'employeur.

Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents non professionnels sont à la charge de l'employé. Toute convention contraire en faveur de l'employé est réservée.

L'employeur est redevable de la totalité des primes. Il déduit la part de l'employé du salaire de ce dernier.

Échéance, délai de paiement

La prime est fixée par année d'assurance et payable d'avance à la date indiquée dans la police. Le délai de paiement des primes est d'un mois à compter de la date d'échéance. Si le délai de paiement n'est pas respecté, un intérêt moratoire de 0,5% par mois est à la charge de l'employeur une fois ce délai expiré.

Décompte de prime

Au début de l'année d'assurance, la prime provisoire fixée dans la police doit être payée. Le calcul de la prime définitive est effectué à la fin de l'année d'assurance sur la base des informations à fournir par le preneur d'assurance.

Le décompte de prime est établi sur la base du salaire soumis à l'AVS, pour autant qu'il ne dépasse pas le montant maximal du gain assuré. Pour plus de détails, veuillez consulter le formulaire de déclaration de salaire.

Si une prime forfaitaire a été convenue, le décompte n'est pas nécessaire. Dans ces cas, il incombe tout de même au preneur d'assurance de tenir des relevés de salaires.

L'Assurance des métiers est en droit de vérifier les déclarations du preneur d'assurance en examinant tous les documents déterminants (relevés de salaires, décomptes AVS etc.).

Prévention des accidents

Prescription légale

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

Obligations des employeurs et des employés

L'employeur est tenu de prendre des mesures adaptées aux circonstances, avec la participation des employés. Les employés sont notamment tenus d'utiliser les équipements de protection individuelle et les dispositifs de sécurité existants.

Pour des raisons de meilleure lisibilité, la forme masculine est utilisée pour désigner des personnes et les mots principaux se rapportant à des personnes, la forme masculine est utilisée. Par souci d'égalité de traitement, les termes correspondants s'appliquent en principe à tous les sexes. La forme linguistique abrégée n'est utilisée que pour des raisons rédactionnelles et n'implique aucun jugement de valeur.