

David Ionta

Rechutes et lacunes dans la LAA : un remède pire que le mal ?

Si la récente réforme de la LAA, visant à couvrir les rechutes et séquelles tardives d'accidents non assurés comble une lacune importante, elle soulève des questions complexes. Limitation aux accidents survenus avant 25 ans, coordination entre assureurs sociaux et privés, ambiguïtés dans l'application des nouvelles dispositions sont autant de défis qui pourraient générer inégalités et litiges. Cet article analyse les implications juridiques et pratiques de cette réforme, en proposant des alternatives pour une meilleure intégration dans le système d'assurances sociales.

Catégories d'articles : Articles scientifiques

Domaines juridiques : Droit de la santé, Droit des assurances sociales, Assurance maladie et accidents, Assurance invalidité

Proposition de citation : David Ionta, Rechutes et lacunes dans la LAA : un remède pire que le mal ?, in : Jusletter 17 février 2025

Table des matières

1. Introduction
2. Personnes obligatoirement assurées
3. Début de la couverture d'assurance
4. Rechutes et séquelles tardives
 - a. Notion
 - b. Rechutes et séquelles tardives d'un accident non assuré
5. Genèse et les objectifs de la motion Darbellay
6. Les nouvelles dispositions légales proposées par le Conseil fédéral
 - a. Art. 8 al. 3 LAA
 - b. Art. 16 al. 2^{bis} LAA
 - c. Art. 97 al. 1 let. b^{ter} LAA et art. 84a al. 1 let. b^{ter} LAMal
 - d. Dispositions transitoires
7. Problèmes et défis dans l'application des nouvelles dispositions
 - a. Interdiction de l'assurance rétroactive
 - b. Fardeau de la preuve de la causalité en cas de rechute
 - c. Moment de la qualité d'assuré
 - d. Réduction et refus des prestations d'assurance
 - e. Coordination entre assureurs sociaux
 - f. Coordination entre assureurs-accidents
 - g. Coordination entre assurances perte de gain maladie LCA et assureurs-accidents LAA
 - h. Obligation d'annonce
 - i. Inégalité de traitement
 - j. Tiers responsable et subrogation
8. Alternatives à la proposition du Conseil fédéral
 - a. Régime des allocations pour perte de gain
 - b. Assurance-chômage
 - c. Assurance-invalidité
 - d. Assurance-maladie
 - e. Création d'une assurance sociale spécifique
 - f. Caisse supplétive
9. Conclusion

1. Introduction¹

[1] En septembre 2024, le Conseil fédéral a proposé une révision significative de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)², visant à combler une lacune concernant les rechutes et séquelles tardives d'accidents survenus avant que les assurés ne soient couverts³. Bien que motivée par des préoccupations de justice sociale, cette réforme interroge sur sa compatibilité avec les principes fondamentaux des assurances sociales et son impact sur les acteurs concernés.

[2] En ciblant spécifiquement les accidents survenus avant l'âge de 25 ans, cette modification cherche à remédier à une faille juridique identifiée depuis plus d'une décennie. Cependant, elle soulève des questions de cohérence, d'égalité de traitement et de viabilité au sein du système des assurances sociales. Malgré son intention de répondre à des préoccupations légitimes, cette

¹ Le présent article engage son auteur à titre personnel et ne reflète pas la position des institutions pour lesquelles il œuvre.

² RS 832.20.

³ Message du 27 septembre 2024 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents; FF 2024 2557.

modification présente des défis juridiques et pratiques importants qui méritent une attention particulière.

[3] Avant d'examiner en détail cette réforme et ses implications, il convient de rappeler les notions juridiques pertinentes et les spécificités de l'assurance-accidents dans le système de sécurité sociale.

2. Personnes obligatoirement assurées

[4] L'assurance-accidents obligatoire couvre un large éventail de travailleurs exerçant une activité lucrative sur le territoire helvétique. Cette couverture s'étend aux employés « traditionnels », mais aussi aux travailleurs à domicile, apprentis, stagiaires, volontaires, et aux personnes travaillant dans des écoles de métiers ou ateliers protégés (art. 1a al. 1 let. a LAA).

[5] La LAA inclut également les chômeurs remplissant les conditions de la LACI⁴ ou percevant des indemnités (art. 1a al. 1 let. b LAA)⁵ ainsi que certains participants à des mesures de l'assurance-invalidité (art. 1a al. 1 let. c LAA). Cette inclusion vise à assurer une protection continue, même en période de transition professionnelle ou de réinsertion.

[6] La notion de « travailleur » selon la LAA s'aligne sur celle de la LAVS⁶, englobant toute personne exerçant une activité lucrative dépendante⁷ (art. 1 OLAA⁸). Cette règle n'a toutefois pas de portée absolue; elle n'exclut pas qu'une personne puisse tomber sous le coup des règles de la LAA sans être considérée à la fois comme un travailleur au sens de l'AVS⁹.

[7] Des dispositions particulières s'appliquent aux personnes détenues et aux membres de communautés religieuses, qui ne sont assurées que pour leurs activités rémunérées exercées à l'extérieur de leur institution (art. 1a al. 2 et 3 OLAA).

[8] Il est important de noter que les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative, telles que les enfants, les étudiants ou les retraités, ne sont pas couvertes par la LAA. Ces personnes relèvent de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal¹⁰), qui offre des prestations moins étendues en cas d'accident, notamment l'absence d'indemnités journalières et de rentes.

[9] En complément de l'assurance obligatoire, la LAA prévoit la possibilité de s'assurer facultativement, à certaines conditions. Cette possibilité est ouverte aux personnes exerçant une activité lucrative indépendante et domiciliées en Suisse, ainsi qu'aux membres de leur famille collaborant à l'entreprise, pour autant qu'ils ne soient pas déjà soumis à l'assurance obligatoire (art. 4 al. 1 LAA). Les employeurs sans activité lucrative n'employant que du personnel de maison sont

⁴ Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité; RS 837.0.

⁵ Cf. LAURA MANZ/MILENA GROB, in Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019 (cité ci-après : AUTEUR, BK-UVG), n. 18 ss ad Art. 1a UVG; GABRIELA RIEMER-KAFKA/OLIVIA KADERLI, in UVG Kommentar, 2018 (cité ci-après : AUTEUR, KOSS UVG), n. 35 ss ad Art. 1a UVG.

⁶ Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10.

⁷ Cf. LAURA MANZ/MILENA GROB, BK-UVG (nbp 5), n. 8 ad Art. 1a UVG; GABRIELA RIEMER-KAFKA/OLIVIA KADERLI, KOSS UVG (nbp 5), n. 12 ss ad Art. 1a UVG; GHÉLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Lausanne 1992, p. 20 ss.

⁸ Ordonnance sur l'assurance-accidents; RS 832.202.

⁹ JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., 2016, n. 4, p. 900; GHÉLEW/RAMELET/RITTER (nbp 7), p. 20.

¹⁰ Loi fédérale sur l'assurance-maladie; RS 832.10.

exclus de cette option d'assurance facultative (art. 4 al. 2 LAA). Malgré son caractère facultatif et l'autonomie de la volonté que celui-ci implique, l'assurance facultative ressort à la LAA, soit à l'assurance sociale et non à l'assurance privée (LCA¹¹)¹². Par ailleurs, l'assurance-accidents n'a pas la possibilité d'accepter la conclusion du contrat en instaurant une réserve d'assurance. Dès lors que l'assurance-accidents facultative a pour objet les mêmes risques que l'assurance-accidents obligatoire (art. 5 al. 1 LAA), l'exclusion de certains événements par le biais d'une réserve d'assurance n'est donc pas possible¹³.

3. Début de la couverture d'assurance

[10] Le début de la couverture d'assurance selon la LAA est défini de manière précise par l'art. 3 al. 1 LAA. Depuis le 1^{er} janvier 2017, l'assurance produit ses effets dès le jour où débute le rapport de travail ou dès que naît le droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail. Ce dernier moment constitue une condition subsidiaire, comme le souligne le nouveau texte légal¹⁴.

[11] S'agissant des personnes au chômage, le début de la couverture d'assurance est lié à leur statut spécifique ; elle commence dès le jour où ces personnes remplissent pour la première fois les conditions énoncées à l'art. 8 LACI ou dès qu'elles perçoivent pour la première fois des indemnités conformément à l'art. 29 LACI.

[12] Les accidents ne sont couverts que si la couverture d'assurance est en vigueur. L'art. 3 al. 1 LAA ne souffre d'aucune ambiguïté à ce sujet, précisant de manière non équivoque que « l'assurance produit ses effets » à partir d'un moment précis. Cela signifie que tous les accidents survenus en dehors de cette couverture d'assurance LAA ne donneront droit à aucune prestation. Cependant, le nouvel art. 8 al. 3 LAA (cf. ch. 6 let. a *infra*) prévoit une exception à cette règle, ce qui était l'un des objectifs de la réforme.

4. Rechutes et séquelles tardives

a. Notion

[13] La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables présentant un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Ainsi, les prestations d'assurance couvrent également les rechutes et les séquelles tardives¹⁵ (art. 11 OLAA). Cette approche, déjà présente dans l'ancienne loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assu-

¹¹ Loi fédérale sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1.

¹² GHÉLEW/RAMELET/RITTER (nbp 7), p. 37.

¹³ JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS (nbp 9), n. 54, p. 911.

¹⁴ DAVID IONTA, Révision de la loi fédérale sur l'assurance-accidents : résumé et commentaires des modifications les plus importantes, in : Jusletter 30 janvier 2017, ch. 20.

¹⁵ En allemand : Rückfälle und Spätfolgen ; en italien : ricadute e conseguenze tardive.

rance en cas de maladie et d'accidents (LAMA)¹⁶, s'applique lorsque l'aggravation de l'état de santé entraîne ou risque d'entraîner une nouvelle diminution durable de la capacité de gain¹⁷.

[14] Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie¹⁸. Ces événements ne sont pas considérés comme de nouveaux accidents¹⁹, mais comme des conséquences différées de l'accident initial.

[15] Les **rechutes** se caractérisent par la réapparition de la même affection qui semblait guérie, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail²⁰. Les rechutes se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré²¹. La réapparition de douleurs prévisibles et occasionnées par un état stabilisé n'est pas une rechute²².

[16] On parle de **séquelles tardives** lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent²³.

[17] Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident initial. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères²⁴, sous réserve des cas de lésions structurelles claires²⁵.

[18] En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'obligation de l'assureur-accidents de prendre en charge la nouvelle atteinte à la santé n'est pas automatiquement acquise du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte *initiale* et un accident a été reconnue²⁶. La reconnaissance d'une rechute ou de séquelles tardives nécessite l'établissement d'un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes et l'accident en cause. Les consé-

¹⁶ FF 1911 III 815.

¹⁷ ATF 105 V 35 consid. 1c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_453/2013 du 13 janvier 2014 consid. 5.2.

¹⁸ Arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2022 du 29 mars 2023 consid. 3.1.1.

¹⁹ ATF 135 V 333 consid. 4.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_284/2021 du 12 août 2021 consid. 4.3.

²⁰ IRENE HOFER, BK-UVG (nbp 5), n. 117 ad Art. 6 UVG; ANDRÉ NABOLD, KOSS UVG (nbp 5), n. 89 ad Art. 6 UVG; GUSTAVO SCARTAZZINI, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, 1991, p. 136; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1989, p. 276 s.

²¹ ATF 118 V 293 consid. 2c et les références; arrêts du Tribunal fédéral 8C_601/2022 du 31 mars 2023 consid. 5.1.2; 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2.

²² Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.2; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS (nbp 9), n. 287, p. 992.

²³ ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références; 105 V 35 consid. 1c; arrêts du Tribunal fédéral 8C_458/2022 du 29 mars 2023 consid. 3.1.1; 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références; IRENE HOFER, BK-UVG (nbp 5), n. 117 ad Art. 6 UVG; ANDRÉ NABOLD, KOSS UVG (nbp 5), n. 89 ad Art. 6 UVG; GUSTAVO SCARTAZZINI (nbp 20), p. 136; ALFRED MAURER (nbp 20), p. 277; ALFRED MAURER, Recht und Praxis der schweizerischen obligatorischen Unfallversicherung, 1954, p. 172 s.

²⁴ Arrêts du Tribunal fédéral 8C_448/2022 du 23 novembre 2022 consid. 2.3 et les références; 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références; 8C_120/2022 du 4 août 2022 consid. 3.2 et les références; 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3; 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2 et les références.

²⁵ Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 211/05 du 11 avril 2006 consid. 2 et les références.

²⁶ IRENE HOFER, BK-UVG (nbp 5), n. 117 ad Art. 6 UVG; ANDRÉ NABOLD, KOSS UVG (nbp 5), n. 90 ad Art. 6 UVG.

quences de l'absence de preuve d'un tel lien doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte²⁷.

[19] Les rechutes et les séquelles tardives constituent des faits particuliers du point de vue du droit de la révision. Leur reconnaissance présuppose une modification ultérieure des circonstances pertinentes pour le droit aux prestations, même en cas de refus antérieur de prestations²⁸.

[20] La LAA et l'OLAA ne prévoient pas de limite temporelle pour la revendication de ces droits, qui peuvent être invoqués même des décennies après l'accident initial, indépendamment du fait que la personne concernée soit, au moment de la rechute, encore assurée ou non²⁹.

[21] L'assureur-accidents initialement compétent reste tenu de verser des prestations pour les rechutes et séquelles tardives, même si l'assuré est, au moment de leur survenance, couvert par un autre assureur³⁰.

[22] Bien que la prise en charge des rechutes et séquelles tardives soit prévue par la loi, leur reconnaissance effective dépend largement de la démonstration convaincante de leur lien avec l'accident initial et de leur impact sur la santé de l'assuré³¹, conformément aux critères établis par la jurisprudence.

b. Rechutes et séquelles tardives d'un accident non assuré

[23] Selon la conception de la loi sur l'assurance-accidents, un accident non assuré ne peut pas engendrer une rechute au sens de l'art. 11 OLAA, cette disposition reposant sur une logique fondamentale de continuité entre l'accident initial et ses conséquences ultérieures. Cette continuité présuppose que l'événement à l'origine des rechutes ou séquelles tardives ait été couvert par la LAA lors de sa survenance. En d'autres termes, pour qu'une rechute soit prise en charge par l'assurance-accidents, il faut que l'accident initial ait été assuré au moment où il s'est produit.

[24] Prenons l'exemple d'un enfant de 10 ans qui subit une atteinte ligamentaire lors d'un accident. À cet âge, l'enfant n'est pas couvert par la LAA, car il n'exerce pas d'activité lucrative et relève donc exclusivement de l'assurance-maladie obligatoire. Si, à l'âge de 22 ans, alors qu'il est employé et assuré en vertu de la LAA, cet individu subit une rechute nécessitant une intervention chirurgicale, la LAA ne prendra pas en charge cette rechute. Cela s'explique par plusieurs raisons.

[25] Le principe cardinal de la couverture d'assurance repose sur le fait que seules les conséquences des événements assurés peuvent donner lieu à des prestations. Dans ce cas, l'accident initial n'était pas couvert par la LAA, mais uniquement par la LAMal. Dès lors, toute conséquence ultérieure de cet accident reste en dehors du champ d'application de la LAA. La rechute ne peut être considérée comme un prolongement ou une conséquence tardive d'un accident assuré, car il n'existe aucun lien entre cet événement et la couverture d'assurance – ultérieure – en LAA.

²⁷ Arrêts du Tribunal fédéral 8C_282/2019 du 18 octobre 2019 consid. 4.2 et les références; 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 et les références; 8C_229/2016 du 9 novembre 2016 consid. 4.2; 8C_66/2008 du 4 juillet 2008 consid. 3.1; U 192/06 du 10 avril 2007 consid. 3.3; U 165/05 du 22 septembre 2006 consid. 2.1; U 409/01 du 4 juillet 2002 consid. 1; U 50/99 du 28 juin 2001, consid. 3a et la référence.

²⁸ ATF 144 V 245 consid. 6.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_448/2022 du 23 novembre 2022 consid. 4.3.2.

²⁹ ALFRED MAURER (nbp 20), p. 277.

³⁰ ATF 118 V 293 consid. 2c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1/2024 du 10 juin 2024 consid. 5.1 et les références.

³¹ Arrêt du Tribunal fédéral 8C_282/2019 du 18 octobre 2019 consid. 5.2.

[26] Le principe de causalité naturelle et adéquate joue un rôle central dans le droit de l'assurance-accidents. Pour qu'une rechute soit reconnue au sens de l'art. 11 OLAA, il doit exister un lien direct entre l'accident initial assuré et les nouvelles atteintes à la santé. Or, dans ce cas, bien que le lien de causalité naturelle entre l'accident survenu à l'âge de 10 ans et les complications survenues 12 ans plus tard puisse être établi médicalement, ce lien ne peut produire d'effets juridiques dans le cadre de la LAA en raison de l'absence de couverture initiale.

[27] Cette interprétation stricte de la loi, bien que juridiquement fondée, a mis en lumière une problématique sociale importante. Les accidents survenus avant que les individus ne soient couverts par la LAA peuvent avoir des conséquences graves bien après leur entrée dans le monde du travail. Ces personnes se retrouvent alors confrontées aux limites de la couverture offerte par la LAMal, qui ne prévoit ni indemnités journalières ni rentes d'invalidité. Cette lacune conduit à des situations où ces personnes doivent souvent supporter elles-mêmes les conséquences économiques et sociales des rechutes ou séquelles tardives liées à ces accidents non assurés, en partie assumées pour un temps limité par l'employeur (art. 324a CO³²).

[28] C'est précisément pour remédier à cette problématique qu'il a été proposé d'introduire une réforme visant à combler cette lacune pour certains accidents survenus avant l'âge de 25 ans. Toutefois, avant cette réforme, le principe reste clair : un accident non assuré au moment de sa survenance ne peut juridiquement engendrer une rechute ou des séquelles tardives couvertes par la LAA³³.

5. Genèse et les objectifs de la motion Darbellay

[29] La modification de la LAA proposée par le Conseil fédéral en septembre 2024 découle d'un processus législatif long visant à résoudre une lacune identifiée depuis plus d'une décennie. Cette lacune touche particulièrement les jeunes victimes d'accidents survenus avant leur affiliation à la LAA, qui se retrouvent confrontées, parfois des années après, à des rechutes ou séquelles tardives non couvertes par le système existant. La genèse de cette réforme résulte des efforts conjoints de plusieurs motions parlementaires et d'intenses débats au sein des deux chambres.

[30] Le 31 mai 2011, le conseiller aux États Raphaël Comte a déposé l'interpellation 11.3474, intitulée « Accidents non couverts par l'assurance-accidents pour cause de récurrence d'une lésion antérieure. Combler une lacune juridique ». Elle mettait en lumière les limites des dispositifs existants pour les personnes ayant subi un accident durant leur jeunesse, mais confrontées à une rechute après leur entrée sur le marché du travail.

[31] Dans sa réponse du 31 août 2011, le Conseil fédéral avait admis l'existence d'une lacune. Toutefois, il avait jugé inutile d'y remédier par voie législative, arguant que des solutions facultatives, telles que des assurances collectives d'indemnité journalière, pouvaient répondre aux besoins spécifiques. Il s'opposait également à l'idée d'étendre les prestations de la LAA aux rechutes ou séquelles tardives d'accidents non assurés, estimant que cela introduirait une charge disproportionnée et irait à l'encontre du système d'assurance actuel.

³² Code des obligations; RS 220.

³³ Arrêts du Tribunal fédéral 8C_66/2016 du 9 mai 2016 consid. 4.3; 8C_934/2014 du 8 janvier 2016 consid. 3.3; U 58/07 du 22 octobre 2007 consid. 3.2; U 214/02 du 5 novembre 2003 consid. 4.3; U 86/02 du 20 mars 2003 consid. 4.2.

[32] Lors des débats au Conseil des États, Raphaël Comte a critiqué la réponse du Conseil fédéral, qui reconnaissait l'existence de cette lacune mais refusait d'y remédier pour des raisons financières. Selon le conseiller des Etats Comte, l'argument de coûts disproportionnés avancé par le Conseil fédéral était infondé, aucune évaluation précise du nombre de cas concernés n'ayant été réalisée. Il a également dénoncé l'inefficacité des assurances complémentaires facultatives, qui restaient inaccessibles pour de nombreuses victimes en raison de primes prohibitivement élevées ou de clauses restrictives. Le conseiller fédéral Didier Burkhalter a admis, lors de la discussion, l'existence d'une lacune mais a réaffirmé l'opposition du Conseil fédéral à une intervention législative. Il a mis en avant l'idée que des solutions facultatives, telles que des assurances collectives d'indemnité journalière, pourraient répondre à certains cas spécifiques³⁴. L'interpellation Comte 11.3474 a été liquidée sans suite.

[33] La même année, le conseiller national Christophe Darbellay a déposé la motion 11.3811 « Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents ». Contrairement à l'interpellation Comte, qui envisageait une réforme systémique, le texte de la motion invitait le Conseil fédéral à modifier la LAA en vue de garantir le versement des indemnités journalières dans les cas où l'incapacité de travail est due à une rechute ou aux séquelles tardives d'une blessure survenue lorsque l'assuré était plus jeune.

[34] Dans sa réponse du 23 novembre 2011, le Conseil fédéral a maintenu sa position, proposant le rejet de la motion.

[35] Dans son rapport du 10 février 2014, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats a proposé, à la majorité, d'adopter la motion. N'excluant pas d'autres solutions, la commission a proposé d'amender le texte de la motion de manière que le Conseil fédéral puisse proposer une modification de la LAA et/ou, le cas échéant, d'autres dispositions s'y rapportant. Le conseiller aux Etats Paul Rechsteiner, rapporteur pour la commission, a rappelé à ce sujet que le Conseil fédéral avait ainsi toute latitude pour résoudre le problème de la manière dont il souhaitait l'aborder. La majorité de la commission était toutefois d'avis que le problème devait être abordé. Il a également précisé qu'en s'inspirant des cas particuliers de la caisse supplétive, il serait envisageable de trouver une solution pour ces cas particuliers de travailleurs qui subissent une rechute d'accident³⁵.

[36] La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national a elle-aussi proposé, dans son rapport du 11 avril 2014, d'adopter la motion. Elle a estimé qu'une modification de la LAA pourrait être une possibilité. Toutefois, la commission n'excluait pas d'autres solutions et soutenait ainsi la formulation plus ouverte adoptée par le Conseil des Etats.

[37] Les deux chambres ont suivi les propositions de leur commission respective.

[38] L'initiative parlementaire 18.408 « Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents » déposée par le conseiller national Philippe Nantermod le 6 mars 2018 a relancé le débat. Cette initiative proposait « *de régler le problème de la manière la plus simple, en définissant que les cas d'accident d'origine pris en compte pour les cas de rechutes ou de séquelles tardives ne sont jamais ceux intervenus avant l'âge de 16 ans, ce qui permet de traiter ces cas de manière semblable à des maladies héréditaires* ».

³⁴ BO 2011 E 761.

³⁵ BO 2014 E 316 s.

[39] Le 18 mars 2018, le Conseil fédéral a présenté un rapport détaillé³⁶ analysant les implications de la motion Darbellay. Ce document visait à évaluer les défis pratiques de la réforme et à analyser ses impacts financiers et administratifs. L'un des principaux aspects examinés concernait la difficulté d'établir la preuve du lien de causalité entre l'accident initial et les rechutes ou séquelles tardives. En effet, plus le temps écoulé entre l'événement assuré et l'apparition des symptômes était long, plus il devenait complexe de rassembler les preuves médicales nécessaires. Il a également estimé que les coûts supplémentaires pour les assureurs seraient limités, compte tenu du nombre restreint de cas concernés, sans pour autant être capable de chiffrer le nombre de cas ou les coûts et le financement des prestations. Bien que le nombre de cas concernés soit limité, leur prise en charge poserait des problèmes structurels et financiers. Le rapport a également envisagé la possibilité de créer une couverture universelle pour perte de gain, mais a jugé cette solution irréaliste à court terme.

[40] Les discussions parlementaires ont mis en évidence les tensions entre justice sociale et principes fondamentaux des assurances. Les parlementaires favorables à la réforme ont critiqué ces conclusions, accusant le Conseil fédéral de manquer de volonté politique et de ne pas respecter les décisions prises par les deux chambres. Une partie des parlementaires a soutenu que la réforme créerait de nouvelles inégalités, notamment en faveur des jeunes adultes par rapport aux personnes ayant subi des accidents lors d'une interruption de leur activité lucrative, comme un congé sabbatique ou un congé parental. Le Conseil fédéral a également exprimé des réserves, en insistant sur la difficulté de prouver la causalité dans des cas survenus des décennies auparavant et sur les risques de contradictions systémiques dans la LAA.

[41] En dépit de ces obstacles, les partisans de la réforme ont continué à plaider pour une solution ciblée et réaliste. Après plusieurs prolongations, le projet a finalement abouti en 2023. La réforme proposée prévoit une couverture subsidiaire pour les rechutes et séquelles tardives d'accidents survenus avant l'âge de 25 ans, avec des limites claires sur la durée des prestations et des critères stricts pour établir la causalité.

[42] Le 15 septembre 2023, le Conseil fédéral a publié un rapport explicatif relatif à l'ouverture de la procédure de consultation. Ce rapport marque une étape clé dans l'élaboration de la réforme, visant à traduire juridiquement les objectifs de la motion Darbellay adoptée en 2014. Le Conseil fédéral a présenté les propositions de modification législative nécessaires pour garantir le versement des indemnités journalières dans les cas de rechutes ou de séquelles tardives d'accidents non assurés survenus avant l'âge de 25 ans. Parmi les propositions principales figurent l'introduction d'un al. 3 à l'art. 8 LAA et la création d'un art. 16 al. 2^{bis} LAA pour réglementer les conditions spécifiques d'octroi des indemnités journalières.

[43] Le rapport des résultats de la procédure de consultation, publié en mars 2024, a révélé des opinions très partagées sur le projet de révision de la LAA. Les cantons se sont divisés en trois groupes presque égaux : favorables, défavorables et sans remarque particulière. Les partis politiques, à l'exception de l'UDC, ont accueilli favorablement la proposition. Les associations faitières de l'économie ont affiché des positions tranchées, avec une opposition des représentants des employeurs et un soutien des représentants des travailleurs. Les assureurs et leurs associations représentatives se sont unanimement opposés au projet, tandis que les organisations de défense

³⁶ Rapport du 28 mars 2018 relatif au classement de la motion 11.3811 Darbellay « Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents »; FF 2018 2407.

de personnes souffrant de handicap l'ont soutenu, tout en demandant son élargissement. L'Ombudsman de l'assurance privée et de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a exprimé un fort scepticisme quant à l'application pratique de la modification proposée. La consultation a mis en évidence des positions clairement favorables ou défavorables, avec peu de nuances ou de propositions d'améliorations. Les opposants au projet ont contesté le but même de la motion plutôt que sa mise en œuvre, soulignant la nature essentiellement politique de cette modification de la LAA. Très peu de propositions de modifications ou d'améliorations ont été enregistrées³⁷.

[44] Dans son message du 27 septembre 2024, le Conseil fédéral a soumis le projet de modification de la LAA et proposé l'ajout d'un al. 3 à l'art. 8 LAA et d'un al. 2^{bis} à l'art. 16 LAA³⁸.

[45] Enfin, le 17 janvier 2025, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national a adopté, par 13 voix contre 10 et 1 abstention, le projet de modification de la LAA, se ralliant au projet du Conseil fédéral³⁹.

6. Les nouvelles dispositions légales proposées par le Conseil fédéral

a. Art. 8 al. 3 LAA

[46] Cette nouvelle disposition étend la protection aux rechutes et séquelles tardives. Elle concerne les accidents survenus avant l'âge de 25 ans, même non couverts initialement par la LAA, sous réserve que la personne soit assurée en LAA au moment de la survenance de la rechute ou des séquelles tardives. L'objectif est de combler une lacune de couverture pour les personnes qui entrent dans le champ d'application de la LAA après avoir subi un accident dans leur jeunesse.

[47] Les al. 1 et 2 de l'art. 8 LAA, intitulé « Accidents non professionnels », disposent ce qui suit : « *Sont réputés accidents non professionnels tous les accidents qui ne sont pas des accidents professionnels (al. 1). Les travailleurs occupés à temps partiel au sens de l'art. 7 al. 2 LAA ne sont pas assurés contre les accidents non professionnels* » (al. 2). Le nouvel alinéa 3, tel que proposé, prévoit : « *Les rechutes et les séquelles tardives dont souffre un assuré à la suite d'un accident qui n'a pas été assuré par la LAA et qui est survenu avant l'âge de 25 ans sont également réputées accidents non professionnels. L'al. 2 n'est pas applicable. Seules les prestations d'assurance visées à l'art. 16 al. 2^{bis} LAA sont allouées* ».

[48] La portée de cette nouvelle disposition s'étend à tous les accidents non couverts initialement par un assureur-accidents suisse, incluant ceux pris en charge par un assureur-maladie suisse ou étranger, ou même par l'ancienne LAMA⁴⁰. En évoquant la LAMA, le Conseil fédéral fait probablement référence au régime d'assurance-maladie antérieur à la LAMal, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996. Il convient de noter que pour les personnes qui étaient assurées à la CNA selon l'ancienne LAMA et qui ont subi un accident avant l'âge de 25 ans, la rechute sera examinée selon les dispositions transitoires de l'art. 118 al. 2 LAA.

[49] La formulation de la nouvelle disposition soulève des questions quant à son champ d'application exact. En citant expressément « *à la suite d'un accident (art. 4 LPG)* », elle semble exclure

³⁷ Condensé des résultats de la procédure de consultation (rapport sur les résultats), mars 2024, p. 5.

³⁸ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3); FF 2024 2557.

³⁹ Communiqué de presse du Parlement du 17 janvier 2025.

⁴⁰ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 10.

les lésions assimilées à un accident, au sens de l'ancien art. 9 al. 2 OLAA ou de l'actuel art. 6 al. 2 LAA. Cette distinction est cohérente avec la structure de l'art. 6 LAA, qui traite séparément les accidents (al. 1) et les lésions assimilées (al. 2). Par conséquent, il apparaît que les rechutes de lésions assimilées à un accident survenues avant l'âge de 25 ans ne seraient pas couvertes par le nouvel art. 8 al. 3 LAA. Cette interprétation stricte pourrait créer une inégalité de traitement entre les accidents au sens juridique du terme et les lésions assimilées, ce qui pourrait nécessiter une clarification ou une adaptation législative ultérieure.

[50] Par ailleurs, se pose la question du traitement des rechutes ou séquelles tardives de maladies professionnelles contractées avant 25 ans, par exemple lors d'un apprentissage à l'étranger. Le texte de loi ne semble pas les inclure explicitement dans le champ d'application de l'art. 8 al. 3 LAA, ce qui, là encore, pourrait créer une inégalité de traitement potentiellement problématique.

[51] Le Conseil fédéral justifie la classification de ces cas comme accidents non professionnels par l'absence de rapport de travail avec l'employeur suisse actuel au moment de l'accident initial. Cette approche vise à éviter de pénaliser les employeurs helvétiques dans le calcul des primes selon le système de tarification d'expérience (bonus-malus), pour des accidents avec lesquels ils n'ont aucun lien direct⁴¹.

[52] Il faut comprendre que cette disposition s'applique même lorsque l'accident initial est survenu dans le pays d'origine de la personne, qu'elle ait été apprentie ou employée à l'étranger à ce moment-là. Dans les cas où l'assureur étranger limiterait le droit à la prise en charge d'une rechute, le nouvel art. 8 al. 3 LAA devrait s'appliquer, puisque le texte légal fait expressément référence à un accident « *qui n'a pas été assuré par la présente loi* ». Cette interprétation large est nécessaire pour couvrir efficacement les situations où l'accident initial s'est produit à l'étranger, tout en répondant aux besoins de protection de la personne assurée en Suisse au moment de la rechute.

[53] Ainsi, cette nouvelle disposition s'appliquerait même aux rechutes d'accidents professionnels survenus avant 25 ans dans un pays étranger et où l'assureur initial ne prévoit pas ou limite la prise en charge de la rechute. Ces cas seront désormais traités comme des accidents non professionnels en Suisse.

[54] Le choix de la limite d'âge de 25 ans s'aligne sur d'autres lois du domaine des assurances sociales, telles que l'AVS ou les allocations familiales⁴². L'accident doit avoir eu lieu avant le 25^e anniversaire de la personne, mais la rechute peut survenir plus tard.

[55] La modification de l'art. 8 LAA prévoit que les personnes uniquement assurées contre les accidents professionnels, à savoir travaillant moins de 8 heures par semaine chez un même employeur (art. 13 al. 1 OLAA), pourront également prétendre à des indemnités journalières en vertu du nouveau droit pour les rechutes et séquelles tardives d'accidents survenus avant 25 ans⁴³.

[56] Le Conseil fédéral reconnaît que cette disposition contrevient au principe d'équivalence entre prime et prestation, pilier fondamental du droit des assurances. Néanmoins, il justifie cette dérogation par la volonté expresse du Parlement de combler une lacune importante dans la protection des assurés. Comme le relève le Conseil fédéral, le domaine de l'assurance-accidents connaît déjà

⁴¹ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 10.

⁴² Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 10.

⁴³ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 10.

d'autres exceptions à ce principe, comme dans le cas des rapports de travail de moins d'une année, où le salaire perçu est converti en gain annuel, créant ainsi un décalage entre le gain assuré et les primes effectivement versées⁴⁴.

b. Art. 16 al. 2^{bis} LAA

[57] Le nouvel art. 16 al. 2^{bis} LAA introduit un régime spécifique d'indemnités journalières pour les cas de rechutes et séquelles tardives d'accidents survenus avant l'âge de 25 ans, tels que visés par l'art. 8 al. 3 LAA. Cette disposition se limite au versement d'indemnités journalières, excluant toutes les autres prestations du catalogue LAA. Les soins médicaux resteront à la charge de l'assurance-maladie, tandis qu'une éventuelle rente relèverait de l'assurance-invalidité⁴⁵.

[58] Les actuels al. 1 et 2 de l'art. 16 LAA ont la teneur suivante : « *L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède* » (al. 2).

[59] Le nouvel art. 16 al. 2^{bis} LAA prévoit quant à lui que « *[l]'assuré a également droit à une indemnité journalière dans les cas visés à l'art. 8 al. 3 [LAA]. Le droit naît au moment où la perte de gain due à l'incapacité de travail n'est plus compensée par l'employeur ou par une assurance. En l'absence d'une telle compensation, il naît au début de l'incapacité de travail. Dans tous les cas, il s'éteint lorsque l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail ou qu'il décède, mais au plus tard après 720 jours.* »

[60] Pour justifier cette nouvelle disposition, le Conseil fédéral se réfère à l'art. 324a CO. Cet article prévoit que l'employeur verse le salaire pour un temps limité si le travailleur est empêché de travailler sans faute de sa part, à condition que les rapports de travail aient duré ou aient été conclus pour plus de trois mois⁴⁶.

[61] A la lecture de la nouvelle disposition, le nouveau droit est subsidiaire aux autres sources de compensation de la perte de gain⁴⁷. L'assuré ne peut faire valoir son droit à l'indemnité journalière que lorsque la perte de gain n'est plus compensée par l'employeur, conformément à l'art. 324a CO, ou par une assurance perte de gain. C'est pourquoi, le Conseil fédéral a fixé le début de l'obligation de prêter de l'assureur-accidents au moment où débute l'incapacité de travail ou dès que la perte de gain n'est plus compensée. De plus, si la compensation de la perte de gain par un autre assureur n'atteint pas 80% du gain assuré au sens de l'art. 17 LAA pour une incapacité totale de travail, l'assureur-accidents verse la différence⁴⁸.

[62] Le nouvel al. 2^{bis} de l'art. 16 LAA n'avantage pas l'employeur. En effet, ce dernier est exclu de la couverture d'assurance et devra s'acquitter de son obligation de payer le salaire conformément à la convention collective de travail, au contrat de travail ou selon l'art. 324a CO. L'assuré ne peut prétendre à une indemnité journalière de l'assureur-accidents qu'après la cessation de la

⁴⁴ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 10.

⁴⁵ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 11.

⁴⁶ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 11.

⁴⁷ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 12.

⁴⁸ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 11.

compensation de l'incapacité de travail par l'employeur. Ce dernier doit donc continuer à honorer ses obligations contractuelles envers son employé.

[63] Le Conseil fédéral a ainsi mis en place un cadre qui vise à garantir que les travailleurs reçoivent un soutien adéquat en cas de rechute d'un accident initialement non couvert, tout en maintenant les obligations des employeurs.

[64] Il aurait été pertinent d'introduire un al. 2 à l'art. 49 LAA, prévoyant que les indemnités journalières au sens de l'art. 16 al. 2^{bis} LAA doivent être versées directement à la personne assurée, sauf disposition contraire de celle-ci. En effet, l'art. 49 LAA permet aux assureurs de confier le versement des indemnités journalières à l'employeur. Cependant, dans le cas où l'employeur n'est plus tenu de verser le salaire, il aurait été judicieux de permettre à l'assureur d'effectuer le versement des indemnités journalières directement à l'assuré, sans nécessiter une confirmation préalable de la part de l'employeur. Cette modification aurait favorisé un accès plus rapide aux prestations pour les assurés, en évitant des délais inutiles dans le traitement des demandes d'indemnisation et une surcharge administrative.

[65] Par ailleurs, la formulation de cette nouvelle disposition soulève plusieurs questions d'interprétation. Notamment, la notion de « *perte de gain due à l'incapacité de travail* » introduit une ambiguïté par rapport à la définition traditionnelle de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA). Il n'est pas clair si cette formulation fait référence à l'incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA ou s'il s'agit d'une nouvelle notion à interpréter différemment⁴⁹.

[66] Cette ambiguïté sémantique pourrait entraîner des répercussions importantes sur l'application pratique de la disposition. Si la « *perte de gain due à l'incapacité de travail* » doit être interprétée strictement dans le cadre de l'art. 6 LPGA, il conviendrait de reformuler le texte légal (par exemple « *Le droit naît au moment où l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) n'est plus compensée par l'employeur ou par une assurance* »). Si cette notion est interprétée comme distincte de l'art. 6 LPGA, de nouveaux critères devront être définis. Cela pourrait inclure, par exemple, des éléments supplémentaires liés à la réalité économique de l'assuré. Toutefois, une telle redéfinition compliquerait davantage la coordination entre la LAA et d'autres branches des assurances sociales ou privées.

[67] Par ailleurs, l'introduction de cette nouvelle notion pourrait générer des différences d'interprétation entre les assureurs eux-mêmes, notamment dans des cas où la perte de gain n'est que partiellement compensée par l'employeur ou par une autre assurance. Cela soulève également des questions sur le rôle de l'assureur-accidents dans la validation ou la contestation des décisions prises par d'autres régimes.

[68] Enfin, cette ambiguïté pourrait influencer les délais et les modalités d'annonce des rechutes ou séquelles tardives. En effet, si la perte de gain devient un élément déclencheur pour la reconnaissance du droit à l'indemnité journalière, cela pourrait retarder l'intervention de l'assureur-accidents. Une clarification législative ou jurisprudentielle serait nécessaire pour établir si l'incapacité de travail médicale suffit à ouvrir le droit, ou si des preuves supplémentaires de la perte de gain réelle sont exigées.

[69] Dans l'immédiat, cette disposition appelle à une vigilance accrue lors de sa mise en œuvre, tant de la part des assureurs que des employeurs et assurés. Il sera important de suivre les pre-

⁴⁹ Sur le but et le calcul de l'indemnité journalière, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_748/2023 du 6 juin 2024 consid. 3.1.3 et 3.5.

mières décisions de jurisprudence qui permettront, espérons-le, d'éclairer cette notion et d'harmoniser son interprétation. En l'absence de telles clarifications, le risque est de multiplier les litiges, au détriment des assurés et de la cohérence du système.

[70] S'agissant du délai de carence, le nouvel art. 16 al. 2^{bis} LAA n'en prévoit pas pour les rechutes et séquelles tardives initialement non assurées⁵⁰. Cette approche est cohérente avec la pratique actuelle concernant les rechutes et séquelles tardives assurées. En effet, selon l'art. 16 al. 2, première phrase, LAA, le point de départ (*dies a quo*) du délai d'attente est la date de l'accident, et non le début de l'incapacité de travail qui en résulte ultérieurement.

[71] Concernant l'âge limite pour bénéficier des prestations de l'art. 16 al. 2^{bis} LAA, le Conseil fédéral précise que les règles générales de la LAA s'appliquent⁵¹. Ainsi, toute personne active et assurée selon la LAA peut prétendre à ces prestations, indépendamment de son âge au moment de la rechute. Cette disposition s'étend même aux personnes employées au-delà de l'âge de référence de la retraite. En d'autres termes, le cercle des bénéficiaires potentiels englobe l'ensemble des travailleurs actifs couverts par la LAA (cf. ch. 2 *supra*), sans limite d'âge supérieure spécifique pour ces cas particuliers.

[72] L'art. 16 al. 2^{bis} LAA se distingue des règles générales énoncées aux art. 16 al. 2 LAA et 19 al. 1 LAA, qui ne s'appliqueront pas dans ces cas particuliers. Le projet se limite à la prise en charge des indemnités journalières, excluant le versement de rentes LAA. Par conséquent, l'extinction du droit à l'indemnité journalière ne peut être liée au versement d'une rente. De plus, pour éviter que l'assureur ne soit tenu de verser des indemnités journalières indéfiniment en cas d'incapacité de travail persistante, la nouvelle disposition introduit une limite temporelle⁵².

[73] *Les prestations sont ainsi limitées à une durée maximale de 720 jours par cas annoncé*⁵³, s'inspirant des principes applicables aux indemnités journalières pour maladie selon la LAMal. Ce délai est calculé de manière spécifique. Lorsque la perte de gain est initialement compensée par l'employeur ou une autre assurance, le décompte des 720 jours commence à la cessation de ces prestations. Si l'assureur-accidents intervient pour compléter ces prestations afin d'atteindre 80% du gain assuré, le délai débute au moment où ce complément est versé⁵⁴. Ainsi, la période de 720 jours est toujours calculée à partir du moment où l'assureur-accidents commence effectivement à fournir des prestations, qu'il s'agisse de la totalité de l'indemnité ou d'un complément.

[74] Cependant, cette limite de 720 jours soulève des questions quant à son application pratique. Il n'est pas clair s'il s'agit de 720 indemnités journalières distinctes ou d'une période fixe de 720 jours, s'apparentant à un délai-cadre. Cette distinction est importante pour gérer les cas d'interruption de l'incapacité de travail, par exemple lors d'une tentative de reprise du travail, ou en cas de nouvelles rechutes. De plus, il n'est pas précisé si ces 720 jours constituent une période maximale pour l'ensemble de la durée de la rechute ou si un nouveau droit pourrait s'ouvrir en cas de rechute ultérieure liée au même accident initial. Par exemple, si un assuré reprend son activité après 300 jours d'incapacité et subit une nouvelle rechute deux ans plus tard pour le

⁵⁰ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 11.

⁵¹ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 12.

⁵² Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 12.

⁵³ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 12.

⁵⁴ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 12.

même accident initial non assuré, peut-il prétendre aux 420 jours restants ou bénéficie-t-il d'un nouveau contingent de 720 jours?

[75] Cette incertitude est importante, car elle touche directement à la portée temporelle du droit aux indemnités journalières et à la manière dont les cas multiples ou récurrents seront traités. Si le droit est limité à un contingent global de 720 jours pour un accident donné, cela nécessiterait une coordination stricte entre les assureurs-accidents pour éviter tout dépassement. À l'inverse, si chaque rechute ouvre un nouveau droit à 720 jours, cela pourrait entraîner une charge financière importante pour les assureurs et poser des questions sur la cohérence avec d'autres régimes d'indemnités journalières, comme celui prévu par la LAMal.

[76] En s'inspirant des régimes existants, tels que celui des indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal, où les prestations sont souvent limitées à une période de 720 jours sur une période-cadre de 900 jours, il serait possible d'introduire un mécanisme similaire dans le cadre de la LAA. Cela permettrait d'encadrer la durée des prestations tout en offrant une certaine flexibilité pour les rechutes successives.

[77] Le calcul des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle soulève également d'importantes interrogations. Il convient de déterminer si ces indemnités doivent être comptabilisées en nombre de jours calendaires ou en fonction de leur montant cumulé, ce qui impacte directement l'évaluation de l'épuisement du droit aux 720 jours d'indemnités.

[78] Dans une comptabilisation en jours calendaires, chaque jour où des indemnités sont versées – même partiellement – serait déduit du total des 720 jours. Cela garantit une limite temporelle claire, mais pourrait désavantager les assurés en incapacité partielle, qui épuiseraient leur droit plus rapidement en termes de prestations financières totales. À l'inverse, si le calcul repose sur un montant cumulé, il permettrait d'équilibrer les droits des assurés en fonction de leur degré d'incapacité, mais introduirait une complexité accrue dans l'administration des prestations.

[79] Cette problématique s'étend également aux compléments d'indemnités journalières versés par l'assureur-accidents en supplément d'autres compensations salariales. La manière dont ces compléments doivent être pris en compte pour le décompte des 720 jours nécessite une clarification législative ou réglementaire afin de garantir une application uniforme et équitable.

[80] La question de l'application par analogie des règles de l'art. 72 LAMal au nouvel art. 16 al. 2^{bis} LAA se pose également, notamment pour le calcul des indemnités en cas d'incapacité partielle ou de surindemnisation.

[81] L'art. 72 LAMal prévoit, à son al. 4, qu'en cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant la durée des 720 jours dans une période de 900 jours. Son al. 5 précise cependant qu'en cas de réduction des indemnités journalières en raison d'une surindemnisation (art. 78 LAMal et 69 LPGa), l'assuré a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes, avec une prolongation des délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières en fonction de la réduction appliquée. Cette dernière disposition vise à préserver une équité dans la durée effective de la couverture.

[82] Dans le cadre du nouvel art. 16 al. 2^{bis} LAA, plusieurs incertitudes demeurent. Si l'assurance-accidents intervient pour verser un complément d'indemnités journalières en supplément d'autres compensations salariales, ou si une réduction est appliquée en raison du versement d'une rente AI (surindemnisation au sens de l'art. 69 LPGa), il reste à déterminer si l'art. 72 al. 5 LAMal peut s'appliquer par analogie. Concernant les situations impliquant une incapacité partielle de

travail, le calcul du nombre de jours devrait logiquement s'effectuer par jour calendaire, indépendamment du taux indemnisé, conformément à l'approche de l'art. 72 al. 4 LAMal.

[83] L'application par analogie des règles de l'art. 72 LAMal pourrait être justifiée par un souci d'harmonisation entre les différents régimes d'assurances sociales et par la volonté de simplifier les démarches administratives pour les assureurs-accidents. Cela permettrait d'appliquer des règles uniformes aux assurés confrontés à des situations similaires sous des régimes légaux différents. Cependant, une telle analogie pourrait être perçue comme désavantageuse pour les assurés en incapacité partielle. En effet, leur droit aux prestations s'épuiserait plus rapidement si le calcul repose sur une durée fixe de jours calendaires, plutôt que sur le montant effectivement versé. Cette distinction souligne la nécessité d'une clarification législative ou jurisprudentielle pour garantir une application équitable et éviter d'éventuels litiges.

[84] S'agissant du montant de l'indemnité journalière, le gain assuré est celui prévu par les règles générales de la LAA (art. 15 LAA). Le gain déterminant en cas de rechute est celui que l'assuré a reçu juste avant celle-ci. L'art. 23 al. 8 OLAA prévoit que ce gain ne saurait être inférieur à 10% du montant maximum du gain journalier assuré, sauf pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance sociale. L'ordonnance d'application précisera que cette disposition s'applique par analogie dans les cas visés à l'art. 8 al. 3 LAA⁵⁵.

[85] L'indemnité journalière correspond à 80% du gain assuré en cas d'incapacité totale de travail, avec un montant maximal du gain assuré annuel de 148'200 francs (art. 22 al. 1 OLAA).

[86] Enfin, il convient de considérer l'application des déductions sur l'indemnité journalière lors d'un séjour hospitalier, prévues par l'art. 27 OLAA, dans le cadre des cas particuliers relevant de l'art. 16 al. 2^{bis} LAA. Bien que la loi ne le précise pas explicitement, il n'y a pas de raison apparente pour que ces déductions ne s'appliquent pas également dans ces situations spécifiques. En effet, le principe sous-jacent à ces déductions – la prise en compte des frais d'entretien économisés pendant l'hospitalisation – reste pertinent indépendamment de l'origine de l'accident. Ainsi, en l'absence de disposition contraire, il semble logique d'appliquer ces déductions de manière uniforme à tous les bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance-accidents, y compris dans les cas visés par l'art. 16 al. 2^{bis} LAA.

[87] En l'absence de précisions explicites dans la loi, les travaux préparatoires ou le Message du Conseil fédéral, ces questions restent ouvertes et nécessiteront des clarifications réglementaires ou jurisprudentielles pour garantir une application uniforme et équitable du nouvel art. 16 al. 2^{bis} LAA. Ces clarifications devront tenir compte des objectifs de la réforme, de la cohérence avec les autres dispositions de la LAA, tout en veillant à ne pas créer de charges administratives excessives pour les assureurs-accidents. Une définition claire et cohérente est essentielle pour éviter toute insécurité juridique et pour assurer une mise en œuvre efficace de la disposition légale proposée.

c. Art. 97 al. 1 let. b^{ter} LAA et art. 84a al. 1 let. b^{ter} LAMal

[88] L'actuel art. 97 al. 1 let. b LAA établit que, dans la mesure où aucun intérêt privé prépondérant ne s'y oppose, les organes chargés d'appliquer la LAA ou d'en contrôler ou surveiller l'application peuvent communiquer des données, en dérogation à l'art. 33 LPGa, aux organes d'une

⁵⁵ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 12 s.

autre assurance sociale, lorsque, en dérogation à l'art. 32 al. 2 LPGa, l'obligation de les communiquer résulte d'une loi fédérale. Comme l'a relevé le Conseil fédéral, cette obligation ne découle en l'occurrence d'aucune loi⁵⁶.

[89] Cette lacune pose un défi pratique : l'assureur-accidents, responsable du versement des indemnités journalières au titre de l'art. 8 al. 3 LAA, peut avoir besoin d'informations détenues par la caisse-maladie, cette dernière devant statuer sur les traitements médicaux remboursés selon la LAMal.

[90] Afin de garantir une coordination efficace entre ces deux régimes, le Conseil fédéral a proposé d'introduire une nouvelle let. b^{ter} à l'art. 84a al. 1 LAMal. Cette disposition autorise explicitement les organes chargés d'appliquer la LAMal à partager les informations nécessaires à l'évaluation des cas relevant de l'art. 8 al. 3 LAA⁵⁷, comblant ainsi un vide juridique. Dans le prolongement de cette approche, le Conseil fédéral propose également l'ajout de la let. b^{ter} de l'art. 97 al. 1 LAA. Cette disposition vise à permettre aux organes chargés d'appliquer la LAA de communiquer des données aux organes chargés d'appliquer la LAMal, lorsque ces informations sont nécessaires pour statuer sur les cas visés à l'art. 8 al. 3 LAA. Cette harmonisation entre la LAMal et la LAA renforce la coordination entre les régimes.

[91] Dans ce cadre, les renseignements fournis par les assureurs-maladie seront régulièrement nécessaires pour déterminer l'obligation de verser des prestations. Pour concrétiser efficacement ces demandes d'informations, une coordination étroite entre assureurs-accidents et assureurs-maladie est indispensable, impliquant l'échange de données protégées par l'obligation de secret prévue à l'art. 33 LPGa. Afin de garantir la légalité de ces échanges et d'éviter tout conflit d'interprétation, il est nécessaire de créer une exception explicite à cette obligation, comme le prévoient les nouvelles dispositions des art. 97 al. 1 LAA et 84a al. 1 LAMal.

[92] Il convient de souligner que, dans de nombreux cas, l'accident initial n'a pas été pris en charge par un assureur-maladie selon la LAMal, ce qui complique l'accès aux informations nécessaires à la prise de décision. En outre, les assureurs-maladie ne constitue pas systématiquement un dossier en cas d'accident, rendant encore plus difficile l'obtention des éléments requis pour statuer.

[93] Toutefois, malgré les nouvelles dispositions facilitant l'échange d'informations entre assureurs-accidents et assureurs-maladie, le problème lié à l'obtention des rapports médicaux pour les rechutes demeure non résolu. L'art. 54a LAA dispose que « [l]e fournisseur de prestations remet à l'assureur une facture détaillée et compréhensible. Il lui transmet également toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse se prononcer sur le droit à prestations et vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation ». Cependant, la direction du traitement médical, prévue à l'art. 48 LAA, n'est plus du ressort de l'assureur-accidents. Les fournisseurs de soins ne seront donc plus subordonnés à l'assurance-accidents, qui n'interviendra que pour le versement des indemnités journalières selon le nouvel art. 16 al. 2^{bis} LAA.

[94] Dans ce contexte, l'art. 28 al. 3 LPGa revêt une importance particulière. Il prévoit que le requérant est tenu d'autoriser toutes les personnes et institutions – notamment les médecins et les assurances – à fournir les renseignements nécessaires pour établir le droit aux prestations.

⁵⁶ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 13.

⁵⁷ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 13 s.

Le but recherché par cette disposition est de préciser le devoir de collaborer de tiers⁵⁸. De manière similaire, l'art. 55 al. 1 OLAA élargit cette obligation en exigeant de la personne assurée qu'elle autorise les tiers non seulement à fournir des renseignements, mais également à remettre d'autres documents pertinents, en particulier les rapports médicaux, les rapports d'expertises et les radiographies. L'assureur-accidents pourra ainsi s'appuyer sur ces obligations pour obtenir les informations requises.

[95] Par ailleurs, une question se pose quant à l'application de l'art. 21 al. 4 LPGA par les différentes assurances concernées. Cette disposition prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Étant donné que l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal se limite à la prise en charge des frais médicaux, elle ne pourra pas mettre l'assuré en demeure de suivre un traitement ou de se conformer à une mesure. L'assureur-accidents, en revanche, est directement concerné, car il indemnise la « perte de gain due à l'incapacité de travail » au sens du nouvel art. 16 al. 2^{bis} LAA. De plus, l'art. 61 OLAA renforce ce cadre en disposant que si l'assuré se soustrait à un traitement ou à une mesure de réadaptation auxquels on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette, il n'a droit qu'aux prestations qui auraient probablement dû être allouées si ladite mesure avait produit le résultat escompté. Cette disposition, par sa nature, n'est pas applicable par l'assurance obligatoire des soins.

[96] Enfin, les mesures d'instruction ordonnées par l'assurance-accidents en vertu de la maxime inquisitoire et de la maxime d'office (art. 43 LPGA), demeureront à la charge de cette dernière, conformément à l'art. 58 al. 1 OLAA.

d. Dispositions transitoires

[97] Les dispositions transitoires sont ainsi formulées : « *En cas de rechutes ou séquelles tardives survenues avant l'entrée en vigueur de la modification du XX.XX.XXXX pour lesquelles l'employeur ou une assurance continue de verser une compensation de la perte de gain due à l'incapacité de travail après l'entrée en vigueur de cette modification, le droit à l'indemnité journalière prévu à l'art. 16 al. 2^{bis} naît dès que la perte de gain n'est plus compensée (al. 1). Si, à l'entrée en vigueur de la modification du XX.XX.XXXX, l'assuré n'a pas droit à une compensation de la perte de gain de la part de son employeur ou d'une assurance, le droit à l'indemnité journalière prévu à l'art. 16 al. 2^{bis} naît à l'entrée en vigueur de cette modification* » (al. 2).

[98] Le Conseil fédéral a identifié les scénarios suivants pour l'application des dispositions transitoires⁵⁹ :

- Les rechutes survenues après l'entrée en vigueur des modifications liées aux art. 8 al. 3 et 16 al. 2^{bis} LAA donneront droit à une indemnité journalière.

⁵⁸ UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4^{ème} éd., 2020, n. 63 ad Art. 28 ATSG; GUY LONGCHAMP, in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018 (cité ci-après : AUTEUR, CR-LPGA), n. 31 ad art. 28 LPGA.

⁵⁹ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 14.

- Si une rechute ou une séquelle tardive se manifeste avant l'entrée en vigueur de la modification, mais que la compensation de la perte de gain par l'employeur ou une assurance perte de gain se termine après cette date, le droit à l'indemnité journalière prend effet dès que la perte de gain n'est plus compensée par l'employeur ou une assurance perte de gain et s'éteint au plus tard 720 jours après la fin de cette compensation.
- Lorsque la compensation de la perte de gain cesse avant l'entrée en vigueur de la modification, mais que l'incapacité persiste, le droit à l'indemnité journalière débute dès l'entrée en vigueur de la modification et s'éteint après un maximum de 720 jours à compter de l'entrée en vigueur de la modification⁶⁰. Cette règle s'applique également si aucune compensation de la perte de gain n'existait.
- Les rechutes entraînant une incapacité de travail – avec une compensation par l'employeur ou une assurance perte de gain – se terminant avant l'entrée en vigueur des modifications ne donnent lieu à aucun droit à l'indemnité journalière.

[99] Le Conseil fédéral a également établi un tableau récapitulatif illustrant ces différentes situations⁶¹ pour faciliter leur compréhension et leur application.

[100] Une distinction importante dans l'application des dispositions transitoires concerne le moment où s'ouvre le droit à l'indemnité journalière au titre de l'art. 16 al. 2^{bis} LAA. Ce droit n'est effectif qu'après la cessation de toute autre forme de compensation de la perte de gain, qu'elle soit versée par l'employeur ou par une assurance. Tant qu'une telle compensation est en cours, le droit à l'indemnité journalière ne peut pas être exercé.

[101] Ainsi, les dispositions transitoires doivent être interprétées en tenant compte du moment précis où la compensation prend fin. Les droits des assurés en matière d'indemnités journalières doivent être évalués en fonction de cette cessation, plutôt qu'à partir du début de l'incapacité de travail.

[102] Il convient également de souligner que le début de l'incapacité de travail, bien qu'il puisse déclencher d'autres droits ou prestations, ne constitue pas un critère déterminant pour l'ouverture du droit à l'indemnité journalière dans ce cadre spécifique. En d'autres termes, une personne déclarée incapable de travailler ne peut prétendre à une indemnité journalière tant qu'elle perçoit une compensation pour sa perte de gain.

7. Problèmes et défis dans l'application des nouvelles dispositions

[103] Des problèmes et défis pratiques se posent à la suite des nouvelles dispositions législatives proposées par le Conseil fédéral, en complément des questions déjà examinées dans les chapitres précédents. Bien que les modifications apportées par les art. 8 al. 3 et 16 al. 2^{bis} LAA visent à améliorer la protection des assurés, leur mise en œuvre soulève plusieurs enjeux qui méritent d'être analysés de manière approfondie.

⁶⁰ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 15, Tableau récapitulatif, 5^{ème} ligne de la dernière colonne.

⁶¹ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 15.

a. Interdiction de l'assurance rétroactive

[104] L'assurance sociale, à l'instar des autres formes d'assurance, repose sur des principes fondamentaux visant à se prémunir contre les conséquences économiques de risques spécifiques. Par essence, l'assurance implique une anticipation : une communauté de personnes potentiellement concernées par un risque verse des primes dans un fonds commun pour couvrir des événements futurs⁶². Ce modèle exclut généralement la possibilité de garantir des événements déjà survenus, car cela contreviendrait au fondement même de l'assurance. En droit des assurances privées, ce principe était consacré par l'art. 9 aLCA, qui disposait que les contrats couvrant des risques déjà réalisés étaient nuls, sauf exceptions prévues par la loi.

[105] En droit des assurances sociales, bien que la LAA ne contienne pas de disposition explicite interdisant l'assurance rétroactive, la jurisprudence du Tribunal fédéral a confirmé que ce principe s'applique également par analogie⁶³. Autoriser une couverture redéfinie après la survenance d'un sinistre serait contraire au fondement même du système d'assurance.

[106] Cette position a été défendue par le conseiller fédéral Alain Berset lors des débats parlementaires. Lors de la séance du Conseil des États du 19 mars 2014, il a rappelé que la prise en charge de la perte de gain liée à des rechutes ou séquelles tardives résultant d'un accident survenu avant la couverture d'assurance irait fondamentalement à l'encontre du système en vigueur dans la loi sur l'assurance-accidents, qui exclut toute notion d'assurance rétroactive. Il a également précisé que cette assurance a remplacé la responsabilité civile de l'employeur, laquelle n'a jamais été conçue pour couvrir les conséquences d'un accident survenu dans la jeunesse de l'employé⁶⁴. Cette position a été réaffirmée lors de la séance du Conseil national du 3 juin 2014⁶⁵.

[107] La LAA, comme instrument d'assurance obligatoire, repose sur des bases légales claires pour encadrer la relation entre assureurs et assurés. Le rapport d'assurance avec la CNA est directement fondé sur la loi alors que celui avec les autres assureurs autorisés au sens de l'art. 68 LAA repose sur un contrat d'assurance spécifique⁶⁶. Ces contrats, bien qu'encadrés par des dispositions de droit public, empruntent certaines règles au droit des assurances privées ou, à titre complémentaire, au Code des obligations⁶⁷. Cependant, toute disposition contractuelle ou réglementaire permettant une couverture rétroactive nécessiterait une base légale expresse⁶⁸.

[108] Le Conseil fédéral, dans son rapport de 2018 relatif au classement de la motion Darbellay, a mis en exergue cette tension entre la volonté de combler une lacune sociale et les principes fondamentaux du droit des assurances. La motion visait à permettre la prise en charge, par l'assurance-accidents, des conséquences d'événements survenus à une époque où l'assuré n'était pas encore couvert par l'assurance-accidents. Le Conseil fédéral a rappelé que de telles dérogations, bien qu'envisageables, devaient impérativement s'appuyer sur des bases légales précises pour respecter les principes du droit des assurances sociales⁶⁹.

⁶² Rapport du 28 mars 2018 (nbp 36); FF 2018 2407, p. 2416.

⁶³ Arrêts du Tribunal fédéral 8C_293/2009 du 23 octobre 2009 consid. 6.2 et les références; 8C_324/2007 du 12 février 2008 consid. 4.1.

⁶⁴ BO 2014 E 318.

⁶⁵ BO 2014 N 838.

⁶⁶ Arrêts du Tribunal fédéral 8C_419/2022 du 6 avril 2023 consid. 3.2.2; 8C_44/2019 du 19 mai 2020 consid. 3.3.

⁶⁷ Arrêt du Tribunal fédéral 8C_44/2019 du 19 mai 2020 consid. 3.3 et les références.

⁶⁸ Arrêt du Tribunal fédéral 8C_257/2013 du 25 septembre 2013 consid. 3.2.

⁶⁹ Rapport du 28 mars 2018 (nbp 36); FF 2018 2407, p. 2416 s.

[109] L'évolution récente du droit des assurances privées, avec l'introduction de l'art. 10 LCA au 1^{er} janvier 2022, a apporté un changement significatif à cette approche. Le nouvel art. 10 LCA autorise désormais, sous certaines conditions, l'assurance rétroactive lorsqu'un intérêt assurable existe. Cette modification inverse la logique précédente, faisant de l'assurance rétroactive la règle plutôt que l'exception⁷⁰. Cette nouvelle flexibilité permet une meilleure adaptation aux besoins spécifiques des assurés, notamment en matière de risques de maladies ou d'accidents, et ouvre de nouvelles possibilités pour la couverture des cas de rechute⁷¹.

[110] En conséquence, l'introduction de l'art. 8 al. 3 LAA marque un tournant significatif dans l'approche de l'assurance rétroactive en matière d'accidents. Cette disposition légale, en prévoyant expressément la couverture des rechutes et séquelles tardives d'accidents non assurés survenus avant l'âge de 25 ans, répond directement aux préoccupations soulevées par la motion Darbellay et aux débats parlementaires qui ont suivi.

b. Fardeau de la preuve de la causalité en cas de rechute

[111] Dans son Message du 27 septembre 2024, le Conseil fédéral précise que « [l]examen du lien de causalité, à l'instar de ce qui s'applique en général dans la LAA, doit être effectué par l'assureur-LAA auquel le cas a été annoncé. Cet examen classique doit permettre de déterminer si l'assureur est compétent pour prendre le cas en charge »⁷². Cependant, cette affirmation soulève des interrogations sur l'intention du Conseil fédéral.

[112] De jurisprudence constante, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident initial. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences en matière de preuve concernant le lien de causalité doivent être strictes, sauf dans les cas de lésions structurelles clairement établies. En l'absence d'une telle preuve, les conséquences doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations d'assurance-accidents pour cette atteinte (cf. ch. 4 let. a *supra*).

[113] Le rapport du 10 février 2014 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États soulignait que, si la motion était adoptée, il fallait veiller à ce que ce soit à l'assuré de prouver le lien de causalité entre l'accident et les séquelles tardives.

[114] Le conseiller aux Etats Paul Rechsteiner a également affirmé, lors de la séance du 19 mars 2014, que le lien de causalité entre la rechute et l'accident doit être prouvé, soulignant que cette exigence était à charge de la personne qui fait appel aux prestations⁷³.

[115] Le conseiller fédéral Alain Berset, lors de la même séance, a précisé qu'il serait nécessaire de prouver qu'une rechute s'inscrit dans un lien de causalité avec l'accident initial. Cela implique qu'il faudrait constituer un dossier très complet pour chaque accident, notamment pour les enfants, afin de justifier les demandes d'indemnités potentielles des décennies plus tard⁷⁴. Il

⁷⁰ ALEXANDRE MASSARD, in Commentaire romand, Loi sur le contrat d'assurance, 2022 (cité ci-après : AUTEUR, CR-LCA), n. 1 ad art. 10 LCA.

⁷¹ ALEXANDRE MASSARD, CR-LCA (nbp 69), n. 1 ad art. 10 LCA.

⁷² Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 11.

⁷³ BO 2014 E 317.

⁷⁴ BO 2014 E 318.

a tenu des propos similaires lors de la séance du 3 juin 2014 au Conseil national⁷⁵. Il relevait par ailleurs, lors de la session d'automne 2013, que la distinction entre maladie et accident n'est pas déterminante durant l'enfance et que toutes les investigations n'auront pas été forcément menées au moment où l'accident survient⁷⁶.

[116] Il est pertinent de se demander si, par son affirmation, le Conseil fédéral a cherché à modifier la pratique et la jurisprudence existantes concernant le fardeau de la preuve dans les cas de rechutes. D'une part, si l'objectif était de conserver la situation actuelle, cela signifierait que les assurés continueraient à supporter le fardeau de la preuve du lien de causalité entre la rechute et l'accident initial. D'autre part, si le Conseil fédéral envisageait un renversement du fardeau de la preuve dans les situations concernées par l'art. 8 al. 3 LAA, cela pourrait engendrer des inégalités de traitement entre les assurés en fonction de la nature de l'accident initial. En effet, les assurés ayant subi une rechute après un accident non couvert par la LAA ne supporteraient pas la preuve du lien de causalité, contrairement à ceux dont les rechutes découlent d'un accident initialement pris en charge par l'assurance-accidents LAA.

[117] Cependant, comme l'a souligné le Conseil fédéral dans son rapport du 28 mars 2018, il est essentiel de procéder à un examen de la causalité dans chaque cas. Ce processus peut s'avérer particulièrement complexe, notamment parce que les documents nécessaires pour établir le lien de causalité sont souvent insuffisants ou incomplets. En conséquence, il devient très difficile de déterminer si les problèmes de santé survenus ultérieurement sont réellement attribuables à un accident survenu longtemps auparavant, ou s'ils relèvent d'autres causes. De plus, dans de nombreux cas, il est probable que les justificatifs établis au moment de l'accident ne soient plus disponibles⁷⁷.

[118] Cette problématique sera centrale dans les cas d'application de l'art. 8 al. 3 LAA. Une clarification sur cette problématique serait donc bénéfique pour assurer une application cohérente et juste des nouvelles dispositions législatives. Cela permettrait également d'éviter toute confusion quant aux droits des assurés et garantirait que tous bénéficient d'un traitement équitable.

c. Moment de la qualité d'assuré

[119] L'octroi des prestations de l'assurance-accidents suppose que la qualité d'assuré soit établie au moment de l'événement assuré, qu'il s'agisse d'un accident (au sens de l'art. 4 LPGA), d'une lésion assimilée (au sens de l'art. 6 al. 2 LAA) ou d'une maladie professionnelle (au sens de l'art. 9 LAA). Les dispositions légales ne distinguent pas entre les personnes obligatoirement assurées et celles assurées facultativement (cf. ch. 2 *supra*). Cette logique devrait également s'appliquer dans le cadre de l'art. 8 al. 3 LAA.

[120] La détermination du moment où la qualité d'assuré doit être reconnue est importante pour établir le droit aux prestations en cas de rechutes ou séquelles tardives. Deux approches principales sont envisageables : la première se base sur le début de l'incapacité de travail, tandis que la seconde se réfère au moment où l'assurance-accidents intervient conformément à l'art. 16 al. 2^{bis} LAA.

⁷⁵ BO 2014 N 838.

⁷⁶ BO 2013 N 1315.

⁷⁷ Rapport du 28 mars 2018 (nbp 36); FF 2018 2407, p. 2416; cf. également p. 2419, 2420, 2432 et 2433.

[121] Dans le premier cas, lier la qualité d'assuré au début de l'incapacité de travail crée un lien direct entre la survenance de la rechute et la situation de l'assuré. Cette méthode offre un cadre temporel clair, facilitant le traitement des demandes et l'évaluation des droits aux prestations.

[122] En revanche, le second scénario, qui fait coïncider la qualité d'assuré avec le moment où le droit aux indemnités journalières naît – à savoir lorsque la perte de gain n'est plus compensée par l'employeur ou une autre assurance –, soulève des enjeux plus complexes. Par exemple, si un assuré perçoit des indemnités journalières au titre d'une assurance perte de gain soumise à la LCA après un licenciement, ces indemnités ne prolongent pas sa couverture d'assurance-accidents⁷⁸.

[123] Par ailleurs, il est pertinent de se demander si une rechute survenant dans le délai prolongé de couverture prévu par l'art. 3 al. 2 LAA, ou dans le cadre d'une assurance par convention selon l'art. 3 al. 3 LAA, entre dans le champ d'application défini par le Conseil fédéral. Ces situations impliquent que la personne est assurée en LAA et, selon notre conception, qu'elle devrait avoir droit à l'indemnité journalière au sens de l'art. 16 al. 2^{bis} LAA. Cependant, cela soulève une question essentielle : que faut-il entendre par « perte de gain due à l'incapacité de travail » dans ces contextes spécifiques ?

[124] Selon une lecture cohérente de la LAA et de l'art. 16 al. 2^{bis} LAA, la qualité d'assuré doit être établie au moment où le droit à l'indemnité journalière prend effet, à savoir lorsque l'assureur-accidents intervient effectivement pour l'indemnisation. Toutefois, ce choix n'est pas idéal. Il aurait été préférable de fixer la qualité d'assuré au moment de l'incapacité de travail, un critère plus aisé à déterminer et plus en phase avec la réalité pratique. En effet, c'est à ce moment précis que l'assuré bénéficie d'une compensation de la perte de gain, soit par l'employeur, soit par une assurance, puis aux indemnités journalières selon l'art. 16 al. 2^{bis} LAA.

[125] Cette solution alternative aurait également permis de résoudre une disparité importante : une personne bénéficiant d'une indemnisation par une assurance maladie soumise à la LCA, puis licenciée, ne serait plus considérée comme assurée au sens de la LAA. À l'inverse, une personne ne disposant pas d'une telle assurance maladie, mais indemnisée par son employeur selon l'art. 324a CO, conserverait sa qualité d'assuré au sens de la LAA. Dès lors, une fois la compensation de la perte de gain par l'employeur terminée, cette dernière aurait droit aux indemnités journalières conformément à l'art. 16 al. 2^{bis} LAA.

[126] En liant la qualité d'assuré au moment de l'incapacité de travail, une transition plus équitable et cohérente aurait pu être assurée entre les différents mécanismes de compensation. Cela aurait également réduit les incertitudes liées à des situations variées tout en simplifiant l'évaluation des droits.

[127] Quel que soit le moment retenu pour définir cette qualité, il faudra être attentif aux éventuels risques d'abus. En effet, en cas de rechute ou de séquelles tardives, certain-e-s pourraient être tenté-e-s de créer un rapport de travail à court terme ou de souscrire une assurance facultative pour accéder à des prestations indues. Cette situation appelle donc à une vigilance accrue dans l'application des règles relatives à la qualité d'assuré, afin de garantir l'intégrité du système d'assurance et de prévenir tout comportement opportuniste.

⁷⁸ ATF 143 V 385 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_758/2010 du 24 mars 2011 consid. 4.

d. Réduction et refus des prestations d'assurance

[128] Le Message du Conseil fédéral ne traite pas de la situation des réductions des prestations en cas de rechutes et de séquelles tardives, laissant ainsi une zone d'ombre importante dans l'application de la nouvelle législation.

[129] Les prestations en espèces, telles que définies par l'art. 15 LPGA, comprennent notamment les indemnités journalières, les rentes, les prestations complémentaires annuelles, les allocations pour impotents et leurs compléments. Selon l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, sauf dérogations expressément prévues. Ces dérogations, concernant la réduction des prestations, se trouvent dans les art. 37 et 39 LAA, qui prévalent sur celles de la LPGA.

[130] Le nouvel art. 8 al. 3, première phrase, LAA, prévoit que les rechutes et les séquelles tardives dont souffre un assuré à la suite d'un accident non couvert initialement par la LAA et survenu avant l'âge de 25 ans sont considérées comme des accidents non professionnels. Par conséquent, les art. 37 al. 3 LAA, 49 et 50 OLAA devraient être applicables, afin d'éviter une inégalité de traitement entre les personnes assurées en LAA lors de l'accident initial et celles qui bénéficient de la couverture selon l'art. 8 al. 3 LAA au moment de la rechute.

[131] L'art. 37 al. 2, première phrase, LAA dispose que si l'assuré a provoqué l'accident par une négligence grave, les indemnités journalières versées pendant les deux premières années qui suivent l'accident sont, en dérogation à l'art. 21 al. 1 LPGA, réduites dans l'assurance des accidents non professionnels. Cette disposition limite donc la réduction aux seules indemnités journalières et uniquement pour une période de deux ans. Ainsi, dans le cas d'un accident initialement non couvert par la LAA provoqué par une négligence grave de l'assuré, les indemnités journalières liées à une incapacité de travail survenant plus de deux ans après l'accident seront versées intégralement. Dans le cas d'un accident initialement non couvert par la LAA et imputable à une négligence grave de l'assuré, les indemnités journalières dues en vertu de l'art. 16 al. 2^{bis} LAA pour une incapacité de travail survenant plus de deux ans après l'accident seront versées intégralement, la période de réduction étant éteinte. En revanche, si ces indemnités doivent être versées dans les deux années à compter de l'accident, une réduction devrait être appliquée. Cette règle garantit une application cohérente des sanctions en cas de négligence grave tout en respectant les limites temporelles imposées par la loi.

[132] En vertu de l'art. 37 al. 3, première et deuxième phrases, LAA, si l'assuré a provoqué l'accident en commettant, non intentionnellement, un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent, en dérogation à l'art. 21 al. 1 LPGA, être réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées. Si l'assuré doit, au moment de l'accident, pourvoir à l'entretien de proches auxquels son décès ouvrirait le droit à une rente de survivants, les prestations en espèces sont réduites au plus de moitié. Ces règles s'appliquent également aux indemnités journalières, et ce indépendamment du fait que l'accident ait été ou non initialement couvert par la LAA.

[133] L'art. 39 LAA prévoit que le Conseil fédéral peut désigner les dangers extraordinaires et les entreprises téméraires qui motivent dans l'assurance des accidents non professionnels le refus de toutes les prestations ou la réduction des prestations en espèces. La réglementation des cas de refus ou de réduction peut déroger à l'art. 21 al. 1 à 3 LPGA. Faisant usage de cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté les art. 49 (dangers extraordinaires) et 50 OLAA (entreprises téméraires). Ces deux dispositions réglementaires prévoient une réduction des prestations en espèces, voire leur refus dans les cas particulièrement graves. Par conséquent, les indemnités

journalières, en tant que prestations en espèces, peuvent être réduites ou refusées lorsque l'accident résulte d'un danger extraordinaire ou d'une entreprise téméraire, y compris lorsque cet accident n'était pas initialement couvert par la LAA au moment de sa survenance.

[134] L'introduction du nouvel art. 8 al. 3 LAA soulève des questions importantes concernant l'égalité de traitement. Il est essentiel de garantir que les bénéficiaires de cette nouvelle couverture soient traités de manière équitable par rapport aux assurés LAA « classiques », notamment en ce qui concerne l'application des dispositions relatives à la réduction ou au refus des prestations. Une application stricte et cohérente de ces règles est essentielle pour préserver l'équité au sein du système d'assurance.

e. Coordination entre assureurs sociaux

[135] La réforme introduisant un droit subsidiaire aux indemnités journalières de la LAA pour les rechutes et séquelles tardives soulève des questions complexes de coordination avec d'autres branches des assurances sociales, notamment la LAMal et l'AI. Ces interactions, déjà délicates dans le système existant, se complexifient davantage avec l'application des nouvelles dispositions.

[136] La relation entre la LAA et la LAMal n'est pas clairement définie dans ce contexte particulier. La LAA couvre traditionnellement les frais médicaux et les prestations en espèces pour les atteintes à la santé résultant d'un accident assuré, tandis que la LAMal intervient uniquement pour les maladies et les soins non liés à un accident. Dans les cas de rechutes d'accidents non assurés, les frais médicaux resteront à la charge de la LAMal alors que les indemnités journalières relèveront désormais de l'assurance-accidents. Cette division des responsabilités est inhabituelle et risque de générer des doublons dans les démarches administratives, des conflits entre assureurs, et des retards dans le versement des prestations. Les médecins, de leur côté, pourraient être sollicités à plusieurs reprises pour fournir des informations similaires à différents assureurs, alourdissant encore leur charge administrative déjà conséquente.

[137] Le nouvel art. 16 al. 2^{bis} LAA, qui introduit des règles spécifiques pour ces indemnités journalières, accentue la nécessité d'établir des mécanismes de coordination explicites. Une problématique centrale est celle de la surindemnisation. Par exemple, en cas de cumul des indemnités journalières LAA avec une rente AI, il n'est pas encore clair comment s'effectuera la coordination des montants. La jurisprudence du Tribunal fédéral a établi que, en cas de concours d'indemnités journalières de l'assurance-accidents et de prestations de rente de l'assurance-invalidité, la surindemnisation doit être déterminée par un décompte global sur toute la période de référence, à partir de la naissance du droit aux indemnités journalières de l'assurance-accidents⁷⁹. Bien que cette approche soit cohérente, elle engendre une complexité supplémentaire, notamment parce que les périodes de référence diffèrent souvent entre les régimes LAA et AI.

[138] Les implications pratiques de la réforme restent à définir, notamment en cas de cumul de prestations entre la LAA, l'AI et éventuellement la prévoyance professionnelle. Les mécanismes d'interaction doivent être harmonisés pour éviter les situations de sous-indemnisation ou de surindemnisation. Sans mécanismes de coordination explicites et uniformes, la confusion risque de

⁷⁹ Arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2013 du 21 janvier 2014 consid. 4.1 ; GHISLAINE FRÉSARD-FELLY/JEAN-MAURICE FRÉSARD, CR-LPGA, n. 28 ad art. 69 LPGA.

prédominer, entraînant des conséquences négatives non seulement pour les assurés, mais aussi pour l'efficacité du système dans son ensemble.

f. Coordination entre assureurs-accidents

[139] Le Message du Conseil fédéral ne traite pas explicitement de la coordination entre les assureurs-accidents ni des conflits de compétences susceptibles de survenir dans le cadre de la réforme. Cette omission est problématique, notamment dans les situations où une personne assurée aurait plusieurs employeurs au moment déterminant (cf. ch. 7 let. c *supra*). De telles situations pourraient poser des défis majeurs pour déterminer quel assureur est responsable des prestations liées aux rechutes et séquelles tardives.

[140] Actuellement, la détermination de l'assureur compétent est régie par l'art. 77 al. 2 LAA et l'art. 99 al. 2 OLAA. Ces dispositions précisent que, pour les accidents non professionnels, l'assureur de l'employeur pour lequel l'assuré a travaillé en dernier lieu est tenu d'allouer les prestations. Cependant, ces règles reposent sur l'existence d'un accident initialement assuré, une condition qui ne sera pas remplie dans les cas introduits par la réforme. Dans ces nouvelles situations, il est probable que l'art. 99 al. 3 OLAA s'appliquera. Cette disposition prévoit qu'en l'absence d'un assureur clairement déterminé, l'assureur compétent est celui auprès duquel le gain assuré est le plus élevé.

[141] Un autre outil potentiel pour gérer ces situations est la Commission ad hoc sinistres LAA. Créée en 1984 pour harmoniser l'application de la LAA, cette commission regroupe des représentants de divers assureurs-accidents, y compris des assureurs privés, des caisses-maladie autorisées à pratiquer l'assurance-accidents, et la CNA. Elle émet des recommandations⁸⁰, approuvées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui, bien que non contraignantes pour les tribunaux⁸¹, servent de lignes directrices pratiques pour les assureurs. La Recommandation n° 01/2017, intitulée « Assureurs compétents en cas d'implication de plusieurs assureurs », pourrait être mise à jour pour intégrer les nouvelles problématiques introduites par la réforme.

[142] Cependant, ces mécanismes de coordination informelle pourraient ne pas suffire à répondre aux enjeux créés par la réforme. Il serait opportun d'établir des règles spécifiques pour gérer les conflits de compétence, par exemple en précisant les critères d'attribution des responsabilités entre les assureurs dans les cas où aucune règle existante n'est clairement applicable. Une telle clarification réduirait non seulement les litiges entre assureurs, mais aussi les délais et les coûts administratifs associés à ces conflits, au bénéfice des personnes assurées.

g. Coordination entre assurances perte de gain maladie LCA et assureurs-accidents LAA

[143] L'une des conséquences de la réforme est de mettre en lumière les interactions complexes entre les assurances sociales et les assurances privées, en particulier les assurances perte de gain maladie régies par la LCA. Ces dernières excluent généralement de leur couverture les accidents

⁸⁰ Consultables sur le site <https://www.svv.ch/fr/secteur/regles-sectorielles/recommandations-de-la-commission-ad-hoc-sinistres-laa> (consulté le 18 janvier 2025).

⁸¹ ATF 147 V 35 consid. 5.1.3 et les références.

et leurs conséquences, définissant l'incapacité de travail comme résultant exclusivement d'une maladie⁸².

[144] Pour combler la lacune identifiée par la motion Darbellay, certains assureurs privés ont développé des produits spécifiques prévoyant des indemnités journalières dans ces cas particuliers⁸³. Ces contrats, bien qu'innovants, sont assortis de limites strictes : prestations plafonnées (durée allant de six mois à 730 jours), conditions d'éligibilité spécifiques, et principe de subsidiarité par rapport aux prestations des assureurs sociaux.

[145] Le nouvel art. 16 al. 2^{bis} LAA introduit un droit aux indemnités journalières dès que la perte de gain due à une incapacité de travail n'est plus compensée par l'employeur ou une autre assurance. Cette disposition crée une interaction inédite et potentiellement problématique avec ces contrats des assurances privées.

[146] D'un côté, les assurances privées appliquent généralement le principe de subsidiarité, ce qui signifie que leurs prestations sont secondaires par rapport à celles des assurances sociales. De l'autre, l'art. 16 al. 2^{bis} LAA introduit un mécanisme qui subordonne le droit aux indemnités journalières à l'absence de toute compensation antérieure, qu'elle provienne d'un employeur ou d'une assurance. Cette opposition dans les logiques des deux régimes crée une situation paradoxale : chaque assurance semble attendre que l'autre intervienne en premier, rendant difficile la prise en charge effective des cas de rechutes ou séquelles tardives.

[147] Cette dualité crée non seulement des incertitudes juridiques, mais également un risque de vides de couverture ou de délais prolongés dans le traitement des demandes. À titre d'exemple, un assuré pourrait se retrouver dans une situation où ni l'assureur privé ni l'assureur-accidents n'accepte de verser les prestations immédiatement, engendrant des litiges potentiellement longs et coûteux.

[148] Pour éviter ces écueils, il est probable que les assureurs privés devront adapter leurs conditions générales pour clarifier leurs relations avec la nouvelle réglementation de la LAA. Cependant, les modalités précises de cette adaptation restent floues et pourraient varier d'un assureur à l'autre, entraînant une fragmentation des pratiques et des inégalités entre les assurés.

[149] Une harmonisation entre les deux systèmes est essentielle pour éviter que les assurés ou les employeurs ne soient pénalisés par des lacunes ou des chevauchements de responsabilités. Une clarification réglementaire, par le biais de directives ou de recommandations, pourrait être nécessaire pour assurer une coordination efficace entre les assurances privées et l'assurance-accidents obligatoire. Ces mesures contribueraient à sécuriser les droits des assurés tout en réduisant les litiges et les incertitudes pour les différents acteurs du système.

h. Obligation d'annonce

[150] La réforme soulève une autre question essentielle : à quel moment et selon quelles modalités l'obligation d'annonce doit-elle s'appliquer dans le cas des rechutes et séquelles tardives d'accidents non assurés ? Alors que les art. 45 et 46 LAA, ainsi que l'art. 53 OLAA, régissent stric-

⁸² Conditions générales d'assurance perte de gain maladie consultées le 19 décembre 2024 des compagnies Bâloise Assurances, Axa, La Mobilière, Vaudoise Assurances, Groupe Mutuel, Helsana.

⁸³ Conditions générales d'assurance-accidents complémentaire à la LAA consultées le 19 décembre 2024 des compagnies Bâloise Assurances, Axa, La Mobilière, Vaudoise Assurances, Groupe Mutuel, Helsana.

tement les déclarations pour les accidents assurés, leur application dans le cadre des nouvelles dispositions demeure incertaine.

[151] Dans le régime actuel de la LAA, l'obligation d'annonce repose sur des critères clairement définis. Tout accident nécessitant un traitement médical ou provoquant une incapacité de travail doit être signalé par l'assuré à son employeur ou directement à l'assureur. L'employeur, quant à lui, est tenu de déclarer l'accident dès qu'il en a connaissance. Ces règles s'appliquent également, avec des adaptations selon leur situation professionnelle, aux personnes au chômage et aux indépendants. Les délais et modalités d'annonce sont donc clairement définis pour les accidents survenus dans le cadre d'une couverture LAA classique⁸⁴.

[152] En cas de manquement, l'art. 46 LAA prévoit des sanctions strictes. Un retard inexcusable peut entraîner une réduction des prestations en espèces, pouvant aller jusqu'à la moitié de celles-ci pour la période précédant l'annonce. Si l'employeur omet de manière inexcusable de déclarer un accident, il peut être tenu pour responsable des conséquences financières⁸⁵.

[153] Cependant, dans le cas des rechutes et séquelles tardives introduites par la réforme, l'application de ces obligations devient plus complexe. Ces situations surviennent parfois des années après l'accident initial. Il est donc impératif de définir le moment exact où l'obligation d'annonce doit s'appliquer : au début des symptômes nécessitant un traitement médical? Au moment où l'incapacité de travail est attestée? Ou seulement lorsque la perte de gain n'est plus compensée par une autre source, conformément à l'art. 16 al. 2^{bis} LAA?

[154] Le choix de reporter l'obligation d'annonce à la cessation de la compensation, comme pourrait le suggérer l'art. 16 al. 2^{bis} LAA, aurait des avantages administratifs en simplifiant les cas où aucune indemnité journalière ne serait finalement versée. Cependant, cette approche pourrait également poser des défis pratiques : une déclaration tardive compliquerait l'établissement du lien de causalité entre l'accident initial et les manifestations tardives, rendant l'évaluation rétroactive des droits plus difficile. À l'inverse, imposer une déclaration dès l'apparition des symptômes ou dès le début de l'incapacité de travail permettrait à l'assureur de mieux préparer l'examen du cas, mais risquerait d'entraîner des démarches inutiles pour des situations ne donnant pas lieu à des prestations, par exemple lorsque l'incapacité de travail ne se prolonge pas jusqu'à l'épuisement du droit au salaire au sens de l'art. 324a CO.

[155] Pour garantir une application cohérente et éviter les litiges, il est indispensable d'adapter les art. 45 et 46 LAA aux nouvelles réalités introduites par la réforme. Ces adaptations devraient indiquer quel étape du processus (début du traitement médical, début de l'incapacité de travail, cessation de la compensation par une autre source) implique l'obligation d'annonce et établir des critères clairs pour l'application des sanctions. Une clarification explicite des responsabilités respectives des assurés et des employeurs, notamment en cas de prolongation de l'obligation de payer le salaire selon l'art. 324a CO, est également nécessaire. Une telle clarification est indispensable pour garantir une application cohérente de la loi et éviter les litiges potentiels.

⁸⁴ Cf. également KURT PÄRLI/LAURA KUNZ, BK-UVG (nbp 5), n. 11 ss ad Art. 45 UVG; RAFFAELLA BIAGGI, KOSS UVG (nbp 5), n. 1 ss ad Art. 45 UVG.

⁸⁵ KURT PÄRLI/LAURA KUNZ, BK-UVG (nbp 5), n. 9 ss ad Art. 46 UVG; RAFFAELLA BIAGGI, KOSS UVG (nbp 5), n. 1 ss ad Art. 46 UVG; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS (nbp 9), n. 593 ss, p. 1063.

i. Inégalité de traitement

[156] La réforme introduisant un droit aux indemnités journalières pour les rechutes et séquelles tardives d'accidents non assurés repose sur un critère central : l'accident initial doit avoir eu lieu avant le 25^{ème} anniversaire de la personne concernée. Ce choix s'aligne sur d'autres régimes des assurances sociales, tels que l'AVS ou les allocations familiales⁸⁶. Si cette cohérence législative est justifiable sur le plan systémique, elle n'en demeure pas moins source de discriminations potentielles.

[157] Prenons l'exemple d'un parent âgé de 27 ans ayant réduit son activité professionnelle en dessous de huit heures par semaine pour s'occuper de ses enfants, et qui subit un accident non professionnel durant cette période. Ce parent serait exclu de la couverture introduite par la réforme en cas de rechute, car l'accident non professionnel initial – non assuré en LAA⁸⁷ – a eu lieu après ses 25 ans révolus. De même, une personne sans emploi ayant repris des études après l'âge de 25 ans et ayant subi un accident non couvert par la LAA ne pourrait prétendre à des indemnités journalières si une rechute se manifeste après son retour sur le marché du travail. Ces exemples illustrent comment des périodes de vie atypiques – telles que les congés parentaux, sabbatiques ou les transitions professionnelles – accentuent les disparités générées par l'application stricte de la limite d'âge.

[158] Le conseiller fédéral Alain Berset a lui-même reconnu ces injustices potentielles, lors des débats parlementaires, en soulignant que de telles périodes d'interruption de travail ne seraient pas traitées équitablement par rapport à la période de jeunesse. Il a également relevé que les pères et mères au foyer seraient systématiquement exclues de cette couverture⁸⁸. Ces lacunes, bien que circonscrites à certains cas spécifiques, nuisent à l'objectif d'une protection universelle contre les conséquences économiques des rechutes et séquelles tardives.

[159] La question se complique davantage pour les personnes venant de l'étranger. Une personne ayant subi un accident dans son pays d'origine après l'âge de 25 ans pourrait se retrouver sans aucune protection en cas de rechute après son arrivée en Suisse. Si l'assureur étranger refuse d'intervenir, la LAA ne prévoit pas de solution pour ces situations. À l'inverse, si l'accident a eu lieu avant les 25 ans de l'individu et que l'assureur étranger accorde des prestations inférieures à 80% du gain assuré, une question essentielle demeure : l'assureur suisse complètera-t-il les prestations jusqu'à hauteur des indemnités prévues par l'art. 16 al. 2^{bis} LAA? Cette incertitude pourrait générer des conflits administratifs et juridiques, en particulier en matière de coordination internationale des systèmes de sécurité sociale.

[160] La restriction basée sur l'âge pose également un problème pour les assurés entrant dans le système LAA après leurs 25 ans. Cela concerne non seulement les professionnels étrangers rejoignant le marché suisse en milieu de carrière, mais aussi les étudiants internationaux ou les travailleurs suisses en reconversion professionnelle. Ces groupes se voient désavantagés par une limite arbitraire qui ne tient pas compte de leurs parcours de vie.

[161] Cela étant, lors des débats au Conseil des États, le conseiller Luc Recordon a mis en lumière une vérité fondamentale : il serait intellectuellement malhonnête de justifier l'inaction au

⁸⁶ Message du 27 septembre 2024 (nbp 3), FF 2024 2557, p. 10.

⁸⁷ Seuls les travailleurs à temps partiel occupés chez un employeur au moins huit heures par semaine sont également assurés contre les accidents non professionnels (art. 13 al. 1 OLAA).

⁸⁸ BO 2019 N 436.

motif qu'il est impossible de résoudre toutes les inégalités⁸⁹. Selon lui, l'existence de disparités dans d'autres domaines ne peut légitimer le maintien d'un statu quo qui laisse des personnes sans protection. Il est préférable de traiter une partie du problème et d'apporter des solutions concrètes aux situations les plus urgentes, plutôt que de rester passif sous le prétexte qu'une solution parfaite est hors de portée. De manière similaire, Barbara Gysi, au Conseil national, a affirmé que l'imperfection d'une réforme ne doit pas dissuader le législateur d'agir⁹⁰. Ces positions défendent une approche pragmatique : traiter les urgences tout en poursuivant, à terme, des objectifs plus ambitieux.

[162] En ce sens, la réforme représente une avancée importante en matière de protection sociale, en comblant une lacune majeure pour les jeunes adultes ayant subi un accident avant leur 25^{ème} anniversaire. Cependant, elle demeure incomplète. Une extension de la couverture, incluant toutes les rechutes liées à des accidents non assurés, indépendamment de l'âge ou de la situation professionnelle au moment de l'accident, aurait permis de prévenir ces discriminations. Bien que cette mesure aurait des implications financières non négligeables, elle garantirait une égalité de traitement entre tous les assurés et renforcerait la cohérence du système d'assurance sociale.

j. Tiers responsable et subrogation

[163] Un autre défi est celui de la subrogation et de l'indemnisation du lésé par le tiers responsable, en particulier la prescription de l'action subrogatoire et le risque de surindemnisation.

[164] L'action subrogatoire prévue par l'art. 72 LPGA permet à l'assureur social de recourir contre le tiers responsable pour récupérer les prestations versées à l'assuré. Toutefois, dans le cas des rechutes et séquelles tardives d'accidents non initialement assurés, cette action risque d'être prescrite avant même que l'assureur ait connaissance de son obligation de verser des prestations. Bien que l'art. 72 al. 3, deuxième phrase, LPGA dispose que les délais de prescription relatifs ne courent qu'à partir du moment où l'assureur a connaissance des prestations dues et de l'identité du responsable, le laps de temps souvent très long entre l'accident initial et la manifestation de la rechute rend cette disposition difficile à appliquer. En pratique, l'assureur-accidents pourrait se retrouver dans l'impossibilité d'exercer son droit de recours, ce qui entraînerait des répercussions financières significatives, non seulement pour lui, mais aussi pour l'ensemble des payeurs de primes.

[165] Un autre point critique réside dans le risque de surindemnisation. Si, lors du règlement initial du sinistre, le tiers responsable a versé une indemnité globale couvrant non seulement les dommages immédiats, mais aussi les risques de rechutes futures, l'intervention de l'assurance-accidents pour une rechute tardive pourrait engendrer une double indemnisation du lésé. Il faudrait alors déterminer comment prendre en compte une indemnisation antérieure par un tiers responsable dans le calcul des prestations dues par l'assureur-accidents.

[166] Pour pallier ces difficultés, la réforme – si elle est maintenue – devrait intégrer l'obligation d'information de l'assuré envers l'assureur-accidents. En cas de rechute ou de séquelles tardives, l'assuré devrait signaler toute indemnisation reçue antérieurement de la part d'un tiers respon-

⁸⁹ BO 2014 E 319.

⁹⁰ BO 2019 N 435.

sable, en particulier si celle-ci incluait des montants destinés à couvrir des rechutes potentielles. Cependant, la mise en place de mécanismes de coordination pour éviter la double indemnisation s'avère complexe. Les litiges pourraient porter non seulement sur l'existence d'une indemnisation antérieure, mais aussi sur son affectation exacte (par exemple, la part allouée à l'indemnisation de la perte de gain des rechutes futures). En l'absence d'un cadre juridique précis, ces conflits risquent de s'intensifier, d'autant plus que les délais entre l'indemnisation initiale et la survenue de la rechute peuvent être considérables.

[167] Enfin, pour renforcer l'efficacité de la subrogation, il pourrait être envisagé de prolonger les délais de prescription applicables à l'action subrogatoire dans les cas de rechutes et séquelles tardives, en prévoyant une règle spécifique dans le cadre de l'art. 72 LPG. Une telle mesure garantirait que l'assureur-accidents ne soit pas privé de son droit de recours contre le tiers responsable, même lorsque la rechute survient plusieurs années après l'accident initial. Cette adaptation nécessiterait une coordination avec le droit de la responsabilité civile pour éviter des contradictions entre les régimes juridiques.

[168] En l'état, la réforme met en lumière des lacunes importantes dans la gestion des interactions entre les assureurs et les tiers responsables. Si elle constitue une avancée dans la prise en charge des rechutes et séquelles tardives, son impact sur la subrogation et le risque de surindemnisation appelle à des clarifications législatives supplémentaires pour garantir un fonctionnement équitable et durable du système.

8. Alternatives à la proposition du Conseil fédéral

[169] Il est aisé de critiquer, mais l'art de proposer des solutions viables est autrement plus complexe. Dans cet esprit, plutôt que de se contenter de pointer les faiblesses de la proposition du Conseil fédéral, l'objectif est de présenter des alternatives constructives, en ayant conscience que chaque solution nouvelle apporte son lot de défis et de questions.

a. Régime des allocations pour perte de gain

[170] Dans son rapport du 28 mars 2018 relatif au classement de la motion 11.3811 Darbellay, le Conseil fédéral a présenté plusieurs arguments expliquant pourquoi intégrer la couverture des accidents non assurés dans la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG⁹¹) n'était pas approprié⁹². Ces arguments, bien que formulés il y a plusieurs années, conservent leur pertinence malgré les évolutions récentes de la LAPG.

[171] Le Conseil fédéral a rappelé que les allocations pour perte de gain sont conçues pour répondre à des besoins spécifiques, tels que le service militaire, la maternité ou, plus récemment, la paternité et l'adoption. Elles ne constituent pas une assurance générale de perte de gain. Par conséquent, inclure la couverture des accidents non assurés dans ce régime serait contraire à son objectif fondamental et dénaturerait son fonctionnement.

⁹¹ RS 834.1.

⁹² Rapport du 28 mars 2018 (nbp 36); FF 2018 2407, p. 2424 ss.

[172] De plus, une telle modification engendrerait des inégalités au sein du système, notamment par rapport aux conditions d'octroi des allocations de maternité. Cela soulèverait également des questions de base constitutionnelle, la LAPG étant financée exclusivement par les cotisations des employeurs et des employés. Imposer un financement additionnel pour couvrir ces nouvelles situations risquerait de fragiliser l'équilibre financier du régime et d'alourdir la charge des cotisations.

[173] Le Conseil fédéral a également mis en avant les difficultés pratiques qu'impliquerait une telle réforme, notamment en termes de gestion administrative et d'évaluation médicale, pour lesquelles les organes d'exécution des allocations pour perte de gain ne sont pas habitués. Ces défis administratifs s'ajouteraient à une gestion déjà élargie par les réformes récentes.

[174] Enfin, le rapport soulignait les implications financières indéterminées d'une telle réforme. L'ajout de prestations pour les rechutes et séquelles tardives d'accidents non assurés pourrait nécessiter un financement supplémentaire significatif, ce qui pourrait nuire à la stabilité économique du régime et à son acceptabilité auprès des cotisants.

[175] Depuis le rapport du Conseil fédéral du 28 mars 2018, la LAPG a évolué pour intégrer de nouvelles prestations. Une allocation de paternité (désormais appelée allocation à l'autre parent⁹³) a été introduite le 1^{er} janvier 2021⁹⁴. S'est ajoutée, le 1^{er} juillet 2021, une allocation pour les parents prenant en charge un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident⁹⁵. Enfin, une allocation d'adoption est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023⁹⁶. Ces extensions démontrent une certaine flexibilité du régime mais s'inscrivent toujours dans un cadre bien délimité.

[176] Malgré ces évolutions, les arguments avancés par le Conseil fédéral en 2018 demeurent valables. La LAPG n'est ni conçue ni structurée pour prendre en charge des prestations liées à des accidents non assurés, et son implication dans ce domaine risquerait de compromettre son équilibre structurel et financier. Ainsi, bien que séduisante sur le papier, cette alternative ne semble pas constituer une solution réaliste ou souhaitable dans le contexte actuel.

b. Assurance-chômage

[177] Le Conseil fédéral a évalué la possibilité de mettre en œuvre la motion Darbellay dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-chômage (LACI). Cependant, cette approche a été écartée en raison de plusieurs obstacles majeurs⁹⁷.

[178] Le versement d'indemnités journalières pour des rechutes ou des séquelles tardives d'accidents survenus pendant la jeunesse serait fondamentalement incompatible avec les principes qui sous-tendent l'assurance-chômage. En effet, ce régime est spécifiquement conçu pour soutenir les personnes sans emploi mais aptes au placement, ce qui ne correspond pas à la situation des individus visés par la motion.

⁹³ RO 2023 680.

⁹⁴ RO 2020 4689.

⁹⁵ RO 2020 4525.

⁹⁶ RO 2022 468.

⁹⁷ Rapport du 28 mars 2018 (nbp 36); FF 2018 2407, p. 2427 ss.

[179] Pour intégrer de telles prestations dans le cadre de la LACI, il serait nécessaire de modifier deux critères fondamentaux : l'obligation d'être sans emploi et celle d'être apte au placement. Cette adaptation irait à l'encontre de la finalité même de l'assurance-chômage et créerait une rupture manifeste dans la cohérence du système.

[180] Bien que les personnes au chômage soient déjà assurées contre les accidents non professionnels auprès de la CNA, étendre cette couverture pour inclure les rechutes ou séquelles tardives d'accidents antérieurs soulèverait des problèmes d'équité et de financement. Les risques liés à ces conséquences tardives se concentreraient uniquement sur la CNA en tant qu'assureur unique, sans que les personnes concernées aient contribué à leur financement par des cotisations. Une telle approche serait contraire au principe d'équivalence (rapport entre primes et prestations).

[181] De surcroît, les organes de l'assurance-chômage ne disposent ni des ressources ni des compétences nécessaires pour gérer des dossiers impliquant des évaluations médicales mais surtout des questions complexes de causalité. Une telle réforme entraînerait une charge administrative considérable, incompatible avec le fonctionnement actuel de ces structures.

[182] Enfin, dans un contexte où l'assurance-chômage doit déjà faire face à des défis financiers significatifs, ajouter une prestation étrangère à son champ d'action naturel risquerait de fragiliser encore davantage son équilibre financier.

[183] En conclusion, le Conseil fédéral a jugé que la mise en œuvre de la motion dans le cadre de la LACI n'était ni viable ni conforme aux principes fondamentaux de cette assurance.

[184] Les arguments avancés par le Conseil fédéral contre la mise en œuvre de la motion Darbellay dans le cadre de la LACI sont convaincants et bien fondés. L'incompatibilité fondamentale entre les objectifs de la motion et la mission de l'assurance-chômage est manifeste. L'intégration de ces prestations nécessiterait une refonte substantielle des critères d'éligibilité, compromettant la cohérence du système et introduisant des difficultés administratives et financières majeures.

[185] Ainsi, il apparaît clairement que la LACI n'est pas un cadre approprié pour mettre en œuvre les objectifs de la motion Darbellay. Les arguments du Conseil fédéral démontrent de manière convaincante que cette approche créerait plus de problèmes qu'elle n'en résoudrait, tout en compromettant l'intégrité et l'efficacité du système d'assurance-chômage existant.

c. Assurance-invalidité

[186] Le Conseil fédéral a également examiné la possibilité de mettre en œuvre la motion Darbellay dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI⁹⁸). Toutefois, plusieurs arguments solides s'opposent à une telle démarche⁹⁹.

[187] L'objectif de l'assurance-invalidité est de prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité, notamment en favorisant la réadaptation et la réinsertion professionnelle. Cet objectif ne correspond pas à la situation des personnes visées par la motion, qui, malgré une incapacité de travail temporaire, sont en principe considérées comme intégrées dans le marché du travail en raison de leur contrat de travail. Accorder des indemnités journalières dans ce contexte serait donc étranger à la mission principale de l'AI et risquerait de détourner cette assurance de son rôle central.

⁹⁸ RS 831.20.

⁹⁹ Rapport du 28 mars 2018 (nbp 36); FF 2018 2407, p. 2430 s.

[188] Contrairement à l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité n'est pas une assurance causale, mais une assurance finale, ce qui signifie que l'origine de l'atteinte à la santé n'est pas pertinente pour le droit aux prestations. L'examen du lien de causalité nécessaire pour les cas visés par la motion impliquerait un travail administratif supplémentaire considérable et serait contraire à la nature même de l'AI.

[189] En outre, la plupart des personnes concernées par cette réforme n'étaient pas soumises à l'obligation de cotiser à l'AI au moment de leur accident initial, souvent survenu dans leur jeunesse. Leur accorder des prestations ultérieurement serait donc contraire au principe de l'assurance et à l'interdiction de l'assurance rétroactive et risquerait de créer des précédents problématiques.

[190] Il est également essentiel de rappeler que l'assurance-invalidité a traversé des périodes de fragilité financière, nécessitant des mesures d'assainissement importantes. L'introduction de nouvelles prestations, étrangères à son champ d'intervention naturel, risquerait de compromettre ces efforts de stabilisation financière et d'alourdir un système déjà complexe.

[191] Les arguments avancés par le Conseil fédéral dans son analyse sont donc convaincants. Ils démontrent clairement que la LAI n'est pas un cadre approprié pour mettre en œuvre la motion Darbellay. Les incompatibilités fondamentales entre cette proposition et les principes régissant l'assurance-invalidité confirment que cette approche serait non seulement inefficace, mais également contraire à l'esprit de l'AI.

d. Assurance-maladie

[192] Dans son rapport du 28 mars 2018, le Conseil fédéral a étudié la possibilité de mettre en œuvre la motion Darbellay dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal¹⁰⁰). Cependant, il a identifié plusieurs obstacles majeurs qui rendent cette solution peu praticable¹⁰¹. L'introduction d'une indemnité journalière obligatoire dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les cas visés par la motion entraînerait une hausse significative des primes individuelles, déjà jugées lourdes pour de nombreux assurés. En parallèle, imposer une assurance facultative spécifique pour les rechutes et séquelles tardives d'accidents non assurés créerait une inégalité par rapport aux cas de maladie. De plus, cela nécessiterait d'exclure la possibilité pour les assureurs d'instituer des réserves pour les accidents antérieurs, ce qui serait contraire au système actuel.

[193] Le Conseil fédéral a également souligné qu'il serait difficilement justifiable de privilégier les accidents par rapport aux maladies dans le cadre d'une assurance-maladie sociale, et que l'examen du lien de causalité dans chaque cas entraînerait un travail administratif considérable pour les assureurs-maladie.

[194] Une réflexion a également été menée sur la possibilité d'introduire une assurance générale de perte de gain, mais le Conseil fédéral a jugé cette option trop coûteuse, tant pour l'économie que pour les ménages¹⁰².

¹⁰⁰ RS 832.10.

¹⁰¹ Rapport du 28 mars 2018 (nbp 36); FF 2018 2407, p. 2421 ss.

¹⁰² Rapport du 28 mars 2018 (nbp 36); FF 2018 2407, p. 2434 s.

[195] Bien que ces arguments soient recevables sur certains points, notamment concernant la complexité d'une couverture spécifique pour les rechutes d'accidents de jeunesse, il est regrettable que le Conseil fédéral n'ait pas saisi l'occasion pour créer une couverture obligatoire d'indemnités journalières en cas de maladie. Cette solution permettrait d'atteindre un objectif plus large, à savoir assurer une protection adéquate en cas d'incapacité de travail ne découlant pas d'un accident assuré par la LAA, englobant ainsi les rechutes d'accidents survenus dans la jeunesse mais aussi les cas de maladie.

[196] Des motions parlementaires récentes montrent que cette question demeure au cœur des préoccupations. La motion Gysi 21.3716, visant à instaurer une assurance indemnités journalières obligatoire pour tous les travailleurs, a été rejetée par le Conseil national le 13 juin 2023. En revanche, la motion Romano 21.4209, demandant une assurance perte de gain obligatoire en cas de maladie, a été adoptée par le Conseil national le 14 septembre 2023. Ces développements reflètent un besoin croissant de repenser le système actuel pour garantir une meilleure protection des travailleuses et des travailleurs.

[197] Comme le souligne avec justesse ANNE-SYLVE DUPONT, on s'étonne du manque d'initiative du Conseil fédéral et des acteurs politiques face aux nombreuses critiques visant les lacunes du système actuel, qui favorise les assurances privées sans offrir une protection adéquate aux assurés. Certaines évolutions de notre société et du monde du travail devraient pousser les autorités à faire preuve de plus de créativité et de réactivité dans la réforme du système¹⁰³.

[198] L'intégration, dans une assurance obligatoire en cas d'incapacité de travail maladie, des incapacités de travail en lien avec des accidents non assurés en LAA aurait été plus simple à mettre en œuvre et aurait permis de répondre de manière équitable aux besoins des assurés, tout en allégeant les disparités entre les régimes d'assurance actuels.

e. Création d'une assurance sociale spécifique

[199] Dans le cadre des réflexions sur une couverture adéquate pour les rechutes et séquelles tardives d'accidents non assurés initialement par la LAA, une piste intéressante pourrait être la création d'une assurance sociale spécifique dédiée à ces situations particulières. Une telle initiative, bien que complexe à mettre en œuvre, présenterait des avantages notables en termes de ciblage des besoins et de souplesse organisationnelle.

[200] Une assurance dédiée aurait l'immense avantage de répondre précisément aux besoins des assurés confrontés à des rechutes tardives. Contrairement aux solutions impliquant une réforme des régimes existants (LAA, LAMal, AI ou APG), ce dispositif serait entièrement conçu pour couvrir les conséquences des accidents non pris en charge au moment de leur survenance. Cette spécialisation éviterait les incohérences juridiques ou administratives qui peuvent surgir lorsque des prestations issues de régimes aux logiques différentes (causale pour la LAA, finale pour l'AI, mutualisation pour la LAMal) doivent coexister.

[201] En outre, cette solution permettrait de ne pas surcharger les systèmes existants. Une assurance autonome pourrait être financée par des contributions spécifiques, calibrées en fonction des risques qu'elle couvre, et administrée indépendamment des autres régimes d'assurances sociales.

¹⁰³ ANNE-SYLVE DUPONT, Le revenu de substitution en cas d'incapacité de travail consécutive à la maladie, in : L'OIT et le droit social en Suisse : 100 ans et après, 2019, p. 71.

Cela garantirait un financement transparent et une répartition équitable des coûts, sans imposer un fardeau supplémentaire aux branches sociales déjà sous pression, comme l'AI ou la LAMal.

[202] De plus, un tel régime pourrait étendre la prise en charge à l'ensemble des personnes salariées au moment de la rechute d'un accident non assuré en LAA, quelque soit leur âge au moment de la survenance.

[203] Cependant, l'établissement d'un tel régime soulève plusieurs défis majeurs. La création d'une assurance sociale spécifique nécessiterait une base légale claire, exigeant un consensus politique difficile à obtenir dans un contexte où les réformes sociales sont souvent critiquées pour leur coût. Il faudrait également établir des mécanismes administratifs distincts, ce qui entraînerait des coûts de mise en place et de fonctionnement non négligeables.

[204] Un autre obstacle réside dans la duplication des infrastructures administratives. Une assurance spécifique pour les rechutes d'accidents non assurés risquerait de générer des chevauchements avec les structures existantes, nécessitant une coordination étroite pour éviter les conflits de compétence et la bureaucratie excessive.

[205] La mise en place d'une assurance dédiée soulèverait également des questions de financement. Par exemple, qui devrait financer ce régime : les employeurs, les assurés, ou une combinaison des deux? Et à quel niveau les primes ou contributions devraient-elles être fixées pour garantir une couverture efficace tout en restant économiquement viable? Ces interrogations nécessiteraient une analyse approfondie avant toute mise en œuvre.

[206] En dépit de ces défis, une assurance sociale spécifique aurait le mérite de garantir une protection adéquate pour une population cible aujourd'hui partiellement exclue du système. Cette option pourrait représenter une avancée importante en termes de justice sociale, en assurant que les personnes touchées par des rechutes d'accidents non assurés bénéficient d'une couverture appropriée sans créer de déséquilibre dans les régimes existants.

[207] Si une telle solution est ambitieuse, elle mérite d'être sérieusement étudiée dans le cadre d'une réforme globale des assurances sociales. Elle pourrait être combinée avec d'autres réformes, comme l'introduction d'une assurance perte de gain obligatoire pour toutes les incapacités temporaires, qu'elles soient dues à une maladie ou à un accident non couvert. Une telle approche systémique pourrait permettre de combler les lacunes identifiées tout en préservant la cohérence et l'efficacité des assurances sociales en Suisse.

[208] Bien que la création d'une assurance dédiée aux rechutes et séquelles tardives d'accidents non assurés présente des défis importants, elle constitue une solution potentiellement équilibrée et équitable, qui mérite une réflexion approfondie et un débat politique transparent.

f. Caisse supplétive

[209] L'assurance-accidents est gérée, selon les catégories d'assurés, par la CNA ou par d'autres assureurs autorisés et par une caisse supplétive gérée par ceux-ci (art. 58 LAA). Selon l'art. 68 al. 1 LAA, les personnes que la CNA n'a pas la compétence d'assurer doivent être assurées contre les accidents par une entreprise d'assurance privée soumise à la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance¹⁰⁴, par une caisse publique d'assurance-accidents ou par une caisse-

¹⁰⁴ LSA; RS 961.01.

maladie au sens de la LAMal. L'employeur doit veiller à ce que les travailleurs qu'il emploie soient assurés auprès d'un des assureurs désignés à l'art. 68 LAA (art. 69 al. 1, première phrase, LAA). Si un travailleur soumis à l'assurance obligatoire n'est pas assuré au moment où survient un accident, la caisse supplétive lui alloue les prestations légales (art. 59 al. 3 LAA ; cf. art. 73 al. 1 LAA)¹⁰⁵. Cette règle ne s'applique pas aux travailleurs relevant du monopole de la CNA, qui conserve sa compétence pour ces cas¹⁰⁶. Sauf disposition contraire, les prestations et la procédure suivent les règles de la LAA.

[210] Le rapport d'assurance avec la caisse supplétive est établi par la loi. Sa mission principale est d'offrir des prestations aux travailleurs non assurés au moment de l'accident (art. 59 al. 3 LAA). Ainsi, la caisse supplétive remplit une fonction de filet de sécurité voulue par le législateur, assurant une couverture subsidiaire complète pour les travailleurs non assurés¹⁰⁷.

[211] Conformément à l'art. 72 al. 2 LAA, le financement de la caisse supplétive est notamment assuré par les primes versées par les assureurs mentionnés à l'art. 68 al. 1 LAA.

[212] Selon l'art. 73 al. 3 LAA, le Conseil fédéral a la possibilité de confier à la caisse supplétive des tâches spécifiques qui ne relèvent pas du domaine d'activité des autres assureurs¹⁰⁸.

[213] Le conseiller aux États Paul Rechsteiner a suggéré, lors des séances des 19 mars 2014¹⁰⁹ et 2 mars 2022¹¹⁰, que la caisse supplétive pourrait servir de modèle pour résoudre les cas particuliers de travailleurs subissant une rechute d'accident non couvert initialement par la LAA. Cette proposition mérite une considération attentive en raison des avantages significatifs qu'elle pourrait apporter.

[214] Pour les employés ne relevant pas du monopole de la CNA, cette approche garantirait une uniformité de la couverture, avec une seule assurance compétente, assurant ainsi une cohérence dans le traitement des cas. Étant donné le nombre limité de cas anticipés, cette méthode permettrait de développer une expertise spécifique et une unité de doctrine dans l'application de cette couverture particulière.

[215] La simplification administrative serait un autre avantage majeur. En limitant le nombre d'assureurs compétents à deux (la CNA pour son domaine de compétence et la caisse supplétive), on réduirait considérablement la complexité administrative et les risques de double prise en charge. Cette structure faciliterait également le suivi longitudinal des cas, notamment en cas de nouvelles rechutes liées au même accident non assuré initialement.

[216] Enfin, la centralisation améliorerait l'efficacité des demandes de renseignement entre assureurs, conformément à l'art. 32 LPGA, simplifiant ainsi la gestion globale de ces dossiers singuliers.

[217] Il est regrettable que cette solution n'ait pas été explorée par le Conseil fédéral dans ses récents rapports et messages. Elle représente pourtant une approche pragmatique et efficace pour répondre aux objectifs de la motion Darbellay, tout en s'inscrivant dans la logique existante du

¹⁰⁵ Arrêts du Tribunal fédéral 8C_419/2022+8C_420/2022 du 6 avril 2023 consid. 3.2.1 ; 8C_44/2019 du 19 mai 2020 consid. 3.2.

¹⁰⁶ MAX B. BERGER, KOSS UVG (nbp 5), n. 3 ad Art. 73 UVG.

¹⁰⁷ CLAUDIA CADERAS, BK-UVG (nbp 5), n. 1 ad Art. 73 UVG.

¹⁰⁸ Cf. également Message 18 août 1976 à l'appui d'un projet de loi fédérale sur l'assurance-accidents FF 1976 III 143, 214.

¹⁰⁹ BO 2014 E 316 s.

¹¹⁰ BO 2022 E 57.

système d'assurance-accidents. Cette option mériterait d'être sérieusement étudiée comme alternative à la proposition actuelle de modification de la LAA, car elle pourrait offrir une solution plus intégrée et cohérente avec le système en place.

9. Conclusion

[218] La proposition de modification de la LAA pour mettre en œuvre la motion Darbellay représente une avancée significative dans la résolution d'une problématique longtemps débattue. Comme l'ont souligné tous les intervenants, la situation peut être difficile, voire dramatique, pour les personnes concernées par une rechute d'un accident survenu durant l'enfance.

[219] L'introduction de l'art. 8 al. 3 LAA crée une exception claire au principe général d'interdiction de l'assurance rétroactive. Elle offre ainsi une solution concrète à un problème social important, tout en respectant la nécessité d'une base légale explicite pour déroger aux principes fondamentaux du droit des assurances.

[220] Toutefois, cette réforme n'est pas exempte de défis. La délimitation stricte entre les risques couverts par la LAA et ceux relevant d'autres régimes d'assurance sociale, bien qu'essentielle pour maintenir la cohérence du système, pourrait devenir floue avec l'élargissement des prestations de la LAA aux accidents non assurés initialement. Cela risque de créer des chevauchements ou des conflits entre régimes, appelant à des clarifications juridiques et administratives pour éviter des litiges.

[221] Le nouvel art. 16 al. 2^{bis} LAA, bien qu'utile pour combler une lacune spécifique, soulève des interrogations pratiques et juridiques majeures. L'administration des preuves et l'évaluation des circonstances entourant un accident ancien, parfois survenu des décennies auparavant, ajouteront une complexité importante. De plus, garantir une application cohérente du principe d'égalité de traitement exigera des mécanismes robustes pour éviter toute discrimination entre assurés.

[222] La coordination entre les assurances perte de gain maladie et les assureurs-accidents est un autre défi de taille. Bien que la réforme comble une lacune essentielle, elle introduit des questions pratiques et juridiques qui devront être résolues pour assurer une mise en œuvre harmonieuse et préserver les droits des assurés tout en garantissant la viabilité des régimes concernés.

[223] L'absence d'exploration approfondie de certaines alternatives, comme l'utilisation de la caisse supplétive suggérée par le conseiller aux États Paul Rechsteiner, est regrettable. Une telle approche aurait permis une gestion centralisée des cas spécifiques tout en s'inscrivant dans une logique cohérente avec le système existant. De même, la question d'une assurance perte de gain en cas de maladie reste une problématique plus large qui mériterait une réflexion approfondie, notamment à la lumière de l'adoption de la motion Romano 21.4209 par le Conseil national.

[224] En définitive, cette réforme, bien qu'elle représente une étape importante, ne constitue qu'un début dans une réflexion plus globale sur l'élargissement des protections offertes par les assurances sociales. Une clarification législative ou réglementaire s'impose pour définir les responsabilités respectives, harmoniser les méthodes de calcul et éviter une surcharge des tribunaux, tout en assurant une mise en œuvre équitable et cohérente de ces nouvelles dispositions. Cela permettra non seulement de renforcer les droits des assurés, mais également d'assurer une viabilité durable et cohérente des régimes d'assurance sociale.

Titulaire du CAS en droit de la responsabilité civile et des assurances et du CAS en médecine d'assurance ainsi que des brevets fédéraux en assurances privées et en assurances sociales, DAVID IONTA travaille depuis plus de 30 ans dans le monde des assurances privées et sociales. Il est également créateur et administrateur du site internet « <https://assurances-sociales.info> ». Le présent article engage son auteur à titre personnel et ne reflète pas la position des institutions pour lesquelles il œuvre.

L'auteur tient à exprimer sa gratitude à Gaëlle Barman Ionta, titulaire du brevet d'avocat, pour sa relecture attentive et ses précieuses suggestions.