



18.037

Rapport relatif au classement de la motion 11.3811 Darbellay «Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents»

du 28 mars 2018

Monsieur le Président du Conseil national,
Madame la Présidente du Conseil des États,
Mesdames, Messieurs,

Par le présent rapport, nous vous proposons de classer l'intervention parlementaire suivante:

2014 M 11.3811 Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents
(CN 11.9.13, Darbellay; CE 19.3.14; CN 3.6.14)

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président du Conseil national, Madame la Présidente du Conseil des États, Mesdames, Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

28 mars 2018

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Alain Berset
Le chancelier de la Confédération, Walter Thurnherr

Rapport

1 Contexte et interventions parlementaires

Le 31 mars 2011, la Radio Télévision Suisse (RTS) relatait le cas d'un apprenti de 18 ans qui s'était luxé l'épaule dans un accident de VTT à l'âge de quinze ans.

Au cours de son apprentissage de mécanicien automobile, le jeune homme a souffert de séquelles de son accident. Comme il n'était pas assuré selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)¹ au moment de l'accident initial, la rechute a été prise en charge par l'assurance-maladie selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)². L'employeur a versé son salaire à l'apprenti pour un temps limité, conformément à l'obligation qui lui incombait en vertu de l'art. 324a du code des obligations (CO)³. L'incapacité de travail a toutefois duré plus longtemps, de sorte que l'apprenti a dû vivre sans salaire pendant quatre mois, l'assurance-maladie concernée ne prévoyant pas d'indemnités journalières obligatoires dans ce cas de figure.

Cette situation a retenu l'attention des milieux politiques. Une interpellation (11.3474 Comte «Accidents non couverts par l'assurance-accidents pour cause de récidence d'une lésion antérieure. Comblent une lacune juridique») et une motion (11.3811 Darbellay «Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents») ont été déposées sur ce sujet.

1.1 Interpellation Comte (11.3474)

Le 31 mai 2011, Raphaël Comte (conseiller aux États, PLR, NE) a déposé l'interpellation intitulée «Accidents non couverts par l'assurance-accidents pour cause de récidence d'une lésion antérieure. Comblent une lacune juridique». Selon lui, si une personne est victime dans sa jeunesse d'un accident et qu'une fois active sur le marché du travail, elle subit une récidence liée à cette lésion antérieure, la législation la laissera dans une situation inextricable: aussi bien l'assurance-accidents que l'assurance-maladie se renverront la balle au motif que la récidence n'est pas assurée du fait qu'elle est la conséquence d'un accident non couvert par la LAA.

Dans sa réponse, le Conseil fédéral a notamment indiqué qu'en Suisse, selon le droit applicable et contrairement à d'autres risques de perte de gain, les conséquences d'une incapacité de travail temporaire pour raison de maladie ne sont pas couvertes par une assurance sociale obligatoire. En cas de rechute ou de séquelles tardives imputables à un accident qu'une personne aurait subi pendant sa jeunesse, les prestations sont dues par l'assureur-maladie puisque cette personne n'était pas couverte par la LAA au moment de l'accident. En conséquence, comme dans le cas d'une incapacité de travail pour raison de maladie, la perte de gain n'est pas compensée

1 RS 832.20

2 RS 832.10

3 RS 220

par une assurance sociale obligatoire. Le Conseil fédéral ajoute qu'une assurance facultative d'indemnités journalières permet toutefois à un grand nombre de salariés de bénéficier d'une couverture d'assurance suffisante. Il admet néanmoins que cette couverture peut présenter des lacunes, surtout dans le cas de petites entreprises.

Considérant que la conclusion d'une assurance collective d'indemnités journalières permet de combler les lacunes existantes, le Conseil fédéral estime qu'il est inutile de proposer de nouvelles dispositions légales dans le domaine des assurances sociales.

1.2 Motion Darbellay (11.3811)

Le 22 septembre 2011, Christophe Darbellay (conseiller national, PDC, VS) a déposé la motion 11.3811 intitulée «Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents». Le texte 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.

Dans sa réponse, le Conseil fédéral a dit notamment qu'il s'était déjà prononcé à plusieurs reprises contre l'introduction d'une assurance d'indemnité journalière obligatoire dans l'assurance-maladie pour des accidents non assurés par la LAA (cf. motion 10.3821 Humbel et interpellation 11.3474 Comte). Pareille obligation signifierait que toutes les assurances d'indemnités journalières existantes devraient lui être soumises. Ainsi, un volume de primes de plusieurs milliards de francs serait alors transféré dans le domaine des assurances sociales.

S'agissant de l'absence d'indemnités journalières en cas de rechute ou de séquelles tardives attribuables à un accident non assuré, le Conseil fédéral a ajouté que l'employeur a la possibilité de combler cette lacune en contractant, à titre facultatif, une assurance-maladie collective d'indemnités journalières selon la LAMal ou la loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA)⁴. Il a par ailleurs rappelé qu'en vertu des dispositions contraignantes en matière de contrat de travail fondées sur le CO, l'employeur est tenu de continuer à verser le salaire pendant une durée limitée.

En conséquence, le Conseil fédéral a proposé de rejeter la motion.

1.2.1 Modification du texte de la motion

À la suite des objections formulées par le Conseil fédéral quant à une modification de la LAA, le Conseil des États a décidé, le 19 mars 2014, de modifier comme suit le libellé de la motion:

«Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents et/ou, le cas échéant, d'autres règlements s'y rapportant, en vue de garantir le versement des indemnités journalières dans les cas où l'incapacité

⁴ RS 221.229.1

de travail est due à une rechute ou aux séquelles tardives d'une blessure survenue lorsque l'assuré était plus jeune.»

Le Conseil national a approuvé la version modifiée de la motion le 3 juin 2014.

2 Analyse du problème et manière de procéder

2.1 Droit applicable

Tous les travailleurs occupés en Suisse sont obligatoirement assurés contre les accidents conformément à la LAA. Ceux qui travaillent plus de huit heures par semaine sont également assurés contre les accidents non professionnels. Toutefois, les prestations en vertu de la LAA ne sont allouées pour les rechutes et les séquelles tardives que si l'assuré était couvert selon la LAA au moment de l'accident.

Toutes les personnes qui ne sont pas assurées contre les accidents selon la LAA (par ex., les enfants, les étudiants n'exerçant pas d'activité dépendante ou encore les hommes et femmes au foyer) sont couvertes contre les accidents par une caisse-maladie, l'assurance-maladie sociale allouant également des prestations en cas d'accident dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge. Les frais induits par des rechutes ou des séquelles tardives d'un accident pour lequel l'assurance-maladie a dû verser des prestations sont mis à la charge de l'assurance obligatoire des soins, même si un assuré a suspendu sa couverture accidents auprès de sa caisse-maladie au moment d'exercer une activité salariée et d'être assuré en vertu de la LAA.

Qu'ils relèvent de la LAMal ou de la LAA, les frais de traitement liés à des rechutes ou à des séquelles tardives sont couverts par les assurances sociales. Lorsque la LAMal est tenue d'allouer des prestations, l'assuré assume une partie des frais au titre de la participation aux coûts (franchise et quote-part), ce qui n'est pas le cas sous le régime de la LAA.

Il en va différemment de la perte de gain. Si l'accident à l'origine de rechutes et de séquelles tardives n'était pas couvert par la LAA, l'assuré ne peut pas prétendre à des indemnités journalières de la LAA. Pour sa part, la LAMal ne prévoit pas de versement obligatoire d'indemnités journalières. Ainsi, l'assuré dans l'incapacité de travailler du fait d'une rechute ou de séquelles tardives imputables à un accident survenu dans sa jeunesse est considéré comme une personne active se trouvant dans l'incapacité de travailler pour cause de maladie. Dans les deux cas, la compensation de revenu en cas d'incapacité de travail est uniquement assurée par l'obligation contractuelle de l'employeur de verser le salaire pour un temps limité. Le cas échéant, les conventions collectives ou les contrats-types de travail contraignent l'employeur à conclure une assurance collective d'indemnités journalières dont les prestations vont au-delà de la durée légale de versement du salaire. Si une incapacité de travail liée à un accident qu'un assuré a subi pendant sa jeunesse, donc un accident non couvert par la LAA, dure plus longtemps que l'obligation de versement du salaire en vertu du code des obligations, d'une convention collective ou d'un contrat-type de travail, l'assuré doit vivre sans compensation de salaire.

2.2 Manière de procéder

Dans un premier temps (ch. 2.3), les auteurs du rapport analysent les questions en lien avec la demande de versement d'indemnités journalières dans les cas où la perte de gain est associée à une rechute ou à des séquelles tardives imputables à un accident subi par l'assuré pendant sa jeunesse. Ils traitent ensuite de la délimitation entre maladie et accident (ch. 2.4) et de l'interdiction de conclure des assurances avec effet rétroactif (ch. 3).

Dans un deuxième temps, les auteurs s'interrogent sur les assurances sociales, dont les catégories de prestations prévoient actuellement déjà le versement d'indemnités journalières, dans lesquelles il serait envisageable d'introduire le principe du versement d'indemnités journalières en cas de perte de gain associée à une rechute ou à des séquelles tardives imputables un accident dont un assuré a été victime dans sa jeunesse (ch. 5).

2.3 Questions en rapport avec le versement d'indemnités journalières

2.3.1 Obligation contractuelle de poursuivre le versement du salaire

En application du droit du contrat de travail selon l'art. 324a CO, l'employeur est tenu de verser, pour un temps limité, son salaire au travailleur qui, sans faute de sa part, est empêché de travailler pour cause d'accident ou de maladie. Dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois (échéance du délai de carence) ou ont été conclus pour plus de trois mois, le maintien du salaire est fonction du nombre d'années de service à partir de la deuxième année, en application de différentes échelles. Les échelles bâloise, bernoise et zurichoise sont pratiquées. À la huitième année de service, par exemple, l'échelle zurichoise prévoit un droit au salaire de quatorze semaines, contre douze semaines pour les échelles bâloise et bernoise. Des dispositions contractuelles, figurant principalement dans des conventions collectives, étendent fréquemment l'obligation légale faite à l'employeur de poursuivre le versement du salaire. Différents paramètres (durée des rapports de service, différences régionales, existence d'une convention collective et sa teneur, etc.) interviennent dans la définition des obligations de l'employeur à l'égard du travailleur en matière de maintien du salaire.

2.3.2 Début du versement des indemnités journalières

La question se pose de savoir si le versement d'indemnités journalières dans les cas où l'incapacité de travail est due à une rechute ou à des séquelles tardives imputables à un accident subi par l'assuré dans sa jeunesse s'applique seulement à partir du moment où l'employeur n'est plus tenu de verser le salaire ou, au contraire, dès le début de l'incapacité de travail. Si l'on retient la fin de l'obligation légale de versement du salaire, les différents rapports de travail donneraient des résultats très con-

trastés en termes de durée des prestations et de conséquences financières. Par exemple, si une convention collective prévoit qu'une assurance verse le salaire pendant 720 jours, le report serait de pratiquement deux ans, alors qu'en cas de versement d'indemnités journalières dès la fin de l'obligation légale de versement du salaire selon le CO, il ne serait, dans certains cas, que de quelques semaines. Il faudrait également préciser concrètement, pour chaque cas, les rapports de travail contractuels et les périodes de maintien du salaire.

Étant donné qu'il s'agit d'introduire les indemnités journalières dans les cas où l'incapacité de travail est due à une rechute ou à des séquelles tardives imputables à un accident subi par l'assuré dans sa jeunesse, le début du droit aux prestations devrait être défini de manière uniforme pour tous les assurés. Si l'on entend s'écarter totalement des durées variables de maintien du salaire et introduire un système égalitaire applicable à l'ensemble des salariés, le versement des indemnités journalières au titre de rechutes ou de séquelles tardives imputables à un accident subi par l'assuré dans sa jeunesse devrait être fixé pour le début de l'incapacité de travail. En d'autres termes, l'indemnité journalière serait due dès le premier jour abstraction faite de l'obligation contractuelle concrète de maintien du salaire, ce qui alourdirait en conséquence la charge financière de l'assurance. Pour atténuer cet effet tout en veillant à une réglementation uniforme, un délai de carence pourrait être introduit.

2.3.3 Durée des prestations

Une autre question se pose, celle de la durée de versement des indemnités journalières: doivent-elles être versées pour une durée maximale définie à l'avance ou dépendre, dans tous les cas, de la durée de l'incapacité (ou incapacité partielle) de travail? Une réglementation calquée sur la LAA signifierait que les indemnités journalières seraient dues jusqu'au moment où l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail ou qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration sensible de son état de santé, ce qui ouvre ainsi le droit à une rente (art. 16, al. 2, et 19, al. 1, LAA). Le cas échéant, la prétention à des indemnités journalières pourrait alors s'étendre sur plusieurs mois, voire plusieurs années.

2.3.4 Étendue des prestations

La question du taux applicable au montant des indemnités journalières se pose également. Par analogie à l'assurance-chômage, on pourrait retenir une couverture de 70 ou 80 % du salaire assuré, selon que la personne a une obligation d'entretien envers des enfants. Un pourcentage fixé uniformément à 80 % serait également envisageable, à l'instar de ce qui est pratiqué dans d'autres assurances sociales. Selon le niveau de revenu et le taux d'occupation, les différences d'indemnités journalières pourraient être importantes. Il convient également de s'interroger sur un éventuel plafonnement du revenu maximal assuré. L'assurance-accidents obligatoire assure un gain maximum de 148 200 francs (art. 22, al. 1, de l'ordonnance du

20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, OLAA⁵), alors que l'assurance militaire fixe ce montant à 152 276 francs (art. 15, al. 1, de l'ordonnance du 10 novembre 1993 sur l'assurance militaire⁶). La plupart des assurances sociales prennent comme valeur de référence le gain assuré selon la loi sur l'assurance-accidents. Par conséquent, il semblerait normal de s'inspirer de cette réglementation.

2.3.5 Catégories de prestations

La motion demande que la perte de gain en lien avec une incapacité de travail associée à une rechute ou à des séquelles tardives imputables à un accident subi par l'assuré dans sa jeunesse soit compensée par une indemnité journalière. Il convient de relever ici que l'incapacité de travail va généralement de pair avec la nécessité de recevoir des soins. L'assuré auquel il y a lieu d'accorder des indemnités journalières est donc la plupart du temps aussi en traitement. Ainsi, deux catégories de prestations sont pratiquement toujours concernées simultanément: l'indemnité journalière pour compenser la perte de gain résultant de l'incapacité de travail et la prise en charge du coût des traitements médicaux nécessaires. Étant donné que l'accident dont l'assuré a été victime pendant sa jeunesse était couvert par la LAMal, il est logique que les frais de traitement en lien avec cet accident soient pris en charge par l'assurance obligatoire des soins et que les indemnités journalières soient versées par une autre assurance sociale. Lorsque l'assurance sociale appelée à verser les indemnités journalières ne prend pas également en charge le coût des traitements nécessaires, on se trouve donc dans une situation où deux assurances sociales distinctes sont tenues d'allouer des prestations, ce que la motion ne prévoit pas. Par principe, le droit à des indemnités journalières s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, ce qui est généralement le cas au terme d'un traitement réussi. Les assurances sociales concernées devraient donc coordonner leur activité pour chaque cas d'assurance, ce qui entraînerait un travail administratif considérable.

2.3.6 Limite d'âge applicable au droit à des prestations

Enfin, la question se pose de savoir si le versement d'indemnités journalières, comme l'envisage la motion, doit s'accompagner d'une limite d'âge, concrètement si les indemnités journalières en cas de rechute ou de séquelles tardives imputables à un accident subi par l'assuré dans sa jeunesse doivent être versées pendant toute la durée de la vie active, jusqu'à la retraite de l'assuré, ou seulement jusqu'à un certain âge. Relevons également que les besoins d'une personne jeune, le cas échéant encore domiciliée chez ses parents, sont moins grands que ceux d'une personne plus âgée qui doit éventuellement subvenir à l'entretien d'une famille.

⁵ RS 832.202

⁶ RS 833.11

2.3.7 Données disponibles

La mise en œuvre de la motion se heurte à une difficulté particulière, à savoir qu'il n'existe pas d'enquêtes ou de données sur le nombre de demandeurs potentiels de prestations. Quelle que soit l'approche adoptée, on constate que les problèmes de santé ne sont pas répertoriés de manière différenciée selon leur cause (maladie/accident) ni d'après le risque de séquelles tardives ou de rechutes à un âge plus avancé.

Au niveau des assurances, on voit que l'assurance-maladie alloue également des prestations en cas d'accident lorsqu'aucune assurance-accidents n'assume de prise en charge. Tel est systématiquement le cas lorsqu'un jeune est victime d'un accident (art. 1a, al. 2, let. b, LAMal). Bien que l'assurance-maladie fasse une distinction entre accident et maladie et qu'il serait, de ce fait, possible de recenser le nombre de maladies et d'accidents couverts, ces données ne seraient pas susceptibles de fournir des informations sur le nombre d'accidents pouvant potentiellement entraîner une rechute ou des séquelles tardives une fois l'assuré entré dans la vie active. Pour cela, il faudrait une évaluation particulière. Même une enquête poussée ne donnerait pas de résultats pertinents, car chaque caisse-maladie dispose uniquement des données relatives aux prestations fournies pendant la période où une personne a été assurée par ses soins. Lorsqu'un assuré qui a subi un accident dans sa jeunesse quitte sa caisse-maladie, la nouvelle caisse n'est pas informée de ce fait. Étant donné que le régime obligatoire de l'assurance-maladie contraint la nouvelle caisse d'affilier la personne, sans réserve aucune, les antécédents ne sont pas significatifs. En changeant d'assureur-maladie, l'obligation d'allouer des prestations au titre de rechutes ou de séquelles tardives imputables à des atteintes antérieures incombe au nouvel assureur. Ainsi, dans le cadre d'une enquête portant sur des assurés ayant subi un accident dans leur jeunesse, la nouvelle caisse considérerait le nouvel assuré comme «non accidenté», alors que tel n'est pas le cas. Autrement dit, il n'est pas possible d'obtenir de la part des assureurs des données fiables quant au nombre de demandeurs potentiels de prestations.

Les employeurs ignorent eux aussi combien de personnes parmi leurs employés ont subi dans leur jeunesse un accident pouvant entraîner des séquelles tardives ou des rechutes pendant leur vie active. Les entretiens d'embauche ne prévoient pas d'aborder systématiquement la question. À ce niveau également, il est impossible de savoir combien d'anciennes blessures se réveilleront au cours de la vie active des assurés et feront par la suite l'objet de demandes d'indemnités journalières.

En fait, les personnes directement concernées sont les seules à savoir qu'elles ont été victimes d'un accident grave pendant leur jeunesse. Pour en connaître le nombre, il faudrait effectuer une enquête auprès de la population. Cela dit, même les victimes risquent de ne pas être en mesure de dire si l'accident qu'elles ont subi pourrait donner lieu à des rechutes ou des séquelles plus tard dans leur vie active. Une enquête réalisée à large échelle ne permettrait pas davantage d'obtenir des résultats fiables sur la question.

Les renseignements obtenus auprès de représentants de travailleurs permettent de dire qu'il n'y a pas de cas concernés. On peut donc imaginer qu'il s'agit de cas isolés. Or, la motion demande une protection pour l'ensemble de la population

active salariée. Potentiellement, la réglementation concernerait une grande partie de la population, mais dans les faits, des prestations ne seraient sollicitées que dans des cas précis.

2.3.8 Première conclusion

Le texte de la motion laisse ouvertes des questions déterminantes sur la manière de fixer les prestations. Quels que soient le début du versement des prestations, leur durée, la limite d'âge applicable, le pourcentage déterminant du salaire assuré et le salaire maximum assuré, il y a lieu de penser que le dispositif demandé ne concernerait que des cas isolés. Par conséquent, il faudrait élaborer une réglementation permettant uniquement de solliciter des prestations dans des cas particuliers.

2.4 Délimitation entre maladie et accident

La motion demande que des indemnités journalières soient également versées 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. La question se pose de savoir si l'on entend par là uniquement des blessures au sens des suites d'un accident ou également des problèmes de santé imputables à une maladie. Les rechutes et les séquelles tardives dans le domaine de l'assurance-accidents sont expressément mentionnées à l'art. 11 OLAA. Dans le cadre de la causalité, c'est-à-dire quand il est établi que des rechutes ou des séquelles tardives résultent d'accidents antérieurs couverts par la LAA, celles-ci sont couvertes et dédommagées. L'assurance-maladie mentionne les rechutes uniquement à l'art. 69 LAMal en relation avec les indemnités journalières facultatives. En matière d'assurance facultative d'indemnités journalières, il est possible de formuler une clause de réserve pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible (art. 69, al. 1, LAMal).

Étant donné que les rechutes et les séquelles tardives relèvent principalement du domaine de l'assurance-accidents, on peut présumer que la motion vise uniquement des blessures à la suite d'accidents. Là encore, comme dans le cas de l'utilisation inappropriée de l'expression «incapacité de travail», le libellé de la motion manque de clarté. Si l'incapacité de travail de l'apprenti était imputable à une maladie, celui-ci aurait également subi une perte de salaire à l'échéance de l'obligation faite à l'employeur en vertu du CO de maintenir le salaire, la LAMal ne prévoyant pas d'indemnités journalières obligatoires. Si des indemnités journalières doivent être introduites au titre de rechutes et de séquelles tardives après un accident survenu pendant la jeunesse, les suites d'accidents primeraient les suites de maladie. On ne voit pas de raison à cette inégalité de traitement puisque déjà sous l'empire du droit actuel, les accidents sont privilégiés par rapport aux maladies. En effet, la personne assurée en vertu de la LAA est exemptée de la participation aux coûts (quote-part et franchise), ce qui n'est pas le cas de la personne malade assurée selon la LAMal.

Étant vraisemblable qu'en cas de mise en œuvre de la motion, des indemnités journalières seraient uniquement allouées pour des rechutes et des séquelles tardives

imputables à des accidents survenus pendant la jeunesse d'un assuré, la question de la délimitation posera des problèmes considérables. Dans chaque cas, il faudra effectuer un examen de causalité, parfois très délicat, pour différencier les conséquences d'un accident de celles d'une maladie. Cette délimitation indispensable est rendue particulièrement difficile puisque les problèmes de santé de jeunesse d'un assuré pour lesquels l'assurance-maladie était tenue de verser des prestations ne sont pas divisés en maladies et accidents, cet élément n'étant pas significatif du point de vue du droit aux prestations. Les documents nécessaires à l'évaluation du lien de causalité étant probablement insuffisants ou incomplets, il est impossible de dire après coup si les problèmes survenus pas la suite sont effectivement imputables à un accident bien antérieur ou s'ils sont d'une autre nature. Dans bien des cas, il est également probable que les documents justificatifs établis au moment de l'accident n'existent plus.

3 Interdiction de l'assurance rétroactive

Le droit des assurances sociales applique des principes identiques à ceux des autres assurances. L'assurance sociale est un instrument qui permet de se prémunir contre les conséquences économiques de risques spécifiques. Le plus grand nombre de personnes potentiellement concernées par un risque se regroupent pour former une communauté et versent leurs primes à fonds commun dans l'optique que l'assuré qui se trouve confronté au risque en question puisse faire valoir un droit à des prestations prédéfinies ou à déterminer. Au moyen de l'assurance, les personnes potentiellement concernées se prémunissent elles-mêmes contre des risques à venir.

Généralement, les dommages déjà existants ne sont pas couverts par l'assurance. Ce principe du droit des assurances est énoncé à l'art. 9 LCA, selon lequel le contrat d'assurance est nul si, au moment où il a été conclu, le sinistre était déjà survenu. Il s'agit de l'«interdiction de l'assurance rétroactive».

Dans ses arrêts 8C_324/2007 du 12 février 2008 (consid. 4.1) et 8C_293/2009 du 23 octobre 2009 (consid. 6.3), le Tribunal fédéral relève que la LAA ne précise pas les modalités de l'élaboration du contrat d'assurance entre l'assureur et l'employeur. Les questions en rapport avec l'existence du contrat d'assurance selon l'art. 59, al. 2, LAA ne sont dès lors pas réglées. Par conséquent, il y a lieu de considérer, par analogie, l'interdiction de l'assurance rétroactive comme un principe général s'appliquant également aux contrats d'assurance selon l'art. 59, al. 2, LAA et en droit des assurances sociales. Dans son arrêt 8C_257/2013 du 25 septembre 2013 (consid. 3.2), le Tribunal fédéral estime par ailleurs qu'il serait contraire au principe d'assurance qu'une couverture puisse être redéfinie ou relevée après l'apparition d'un sinistre. En vertu de l'art. 9 LCA, les contrats relevant du droit des assurances privées non conformes à ce principe sont réputés nuls. Des dérogations à l'interdiction de l'assurance rétroactive devraient reposer sur des bases légales.

À la lumière de la doctrine et de la jurisprudence, on voit donc que la motion suppose une dérogation légale au principe de l'interdiction de l'assurance rétroactive. La motion entend en effet que les conséquences d'un événement survenu à un mo-

ment où il n'existait pas encore d'assurance perte de gain soient ultérieurement prises en charge par une assurance correspondante.

4 Loi sur l'assurance-accidents

4.1 Généralités

La motion demande de «modifier la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents et/ou, le cas échéant, d'autres règlements s'y rapportant, 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». D'après sa formulation, la motion suggère de régler la question de préférence dans la LAA.

4.2 Personnes assurées

Les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés, sont obligatoirement assurés selon la LAA (art. 1a, al. 1, let. a, LAA). Les personnes au chômage sont elles aussi obligatoirement assurées selon la LAA (art. 1a, al. 1, let. b, LAA).

4.3 Étendue et financement des indemnités journalières

Sous le régime de l'assurance-accidents obligatoire, le montant de l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail, à 80 % du gain assuré (art. 17, al. 1, 1^{re} phrase, LAA). Le montant maximum du gain assuré s'élève actuellement à 148 200 francs par an et à 406 francs par jour (art. 22, al. 1, OLAA). Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence (art. 17, al. 1, 2^e phrase).

Les assureurs appliquent le système de la couverture des besoins pour financer les indemnités journalières (art. 90, al. 1, LAA).

L'assurance-accidents est financée par les primes dues par les employeurs et les travailleurs (art. 91, al. 1 et 2, LAA). La loi prévoit que les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents professionnels sont à la charge de l'employeur et que celles contre les accidents non professionnels sont financées par les travailleurs. Des arrangements contractuels favorables aux travailleurs demeurent réservés.

4.4 Mise en œuvre de la motion dans la LAA

Les arguments en défaveur de la mise en œuvre de la motion dans la LAA sont les suivants:

- Les accidents dont des assurés ont été victimes pendant leur jeunesse relèvent de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. On ne comprend pas pourquoi ils devraient relever de la LAA dans le cadre d'une activité professionnelle ultérieure. Un changement de compétence est d'autant plus incompréhensible que les personnes qui souffrent de rechutes ou de séquelles tardives imputables à un accident survenu pendant leur jeunesse, mais n'exercent pas une activité couverte par la LAA continuent à percevoir uniquement des prestations selon la LAMal.
- Une réglementation dans la LAA applicable aux assurés non couverts par cette assurance au moment de l'accident serait étrangère au système puisque la prise en charge de rechutes ou de séquelles tardives imputables à un accident dont l'assuré a été victime dans sa jeunesse conduirait à une extension de la couverture. Cette extension aurait pour conséquence que des prestations devraient également être fournies pour des dommages survenus avant le début d'une activité professionnelle couverte par la LAA. On introduirait ainsi une dérogation légale à l'interdiction de l'assurance rétroactive.
- La loi prévoit à l'art. 324a CO une obligation de maintenir le salaire pour un temps limité, qui permet de compenser la perte de gain liée à des rechutes ou des séquelles tardives; un transfert dans l'assurance-accidents au moyen d'une extension de la couverture dans la LAA n'est donc pas nécessaire.
- Assurer après coup par la LAA uniquement les conséquences résultant d'accidents survenus pendant la jeunesse d'un assuré et non les rechutes ou les séquelles tardives imputables, par exemple, à des accidents survenant pendant une période d'interruption de travail (congé sabbatique, éducation des enfants) créerait de nouvelles injustices et des inégalités de traitement.
- Une injustice serait créée au sein même du système de la LAA. Seules les personnes travaillant au minimum huit heures par semaine sont assurées à la fois contre les accidents professionnels et non professionnels. Celles qui n'atteignent pas ce nombre d'heures sont uniquement assurées contre les accidents professionnels. Par conséquent, si un assuré LAA qui travaille moins de huit heures par semaine est victime d'un accident pendant son temps libre, il n'aura pas droit à des prestations de la LAA. Étant donné que des indemnités journalières seraient versées dans tous les cas à un assuré au titre de rechutes et de séquelles tardives imputables à un accident survenu dans sa jeunesse, ce genre d'accidents, non couverts par la LAA au moment où ils se sont produits, seraient même favorisés par rapport aux accidents survenant pendant le temps libre d'un assuré non couvert contre les accidents non professionnels. Ce traitement privilégié, non conforme au système, des accidents non couverts par la LAA dont sont victimes des assurés pendant leur jeunesse par rapport aux accidents survenant pendant le temps libre d'assurés LAA travaillant moins de huit heures par semaine ne saurait se justifier.

Il contreviendrait au principe constitutionnel d'égalité des droits (art. 8, al. 1, de la Constitution [Cst.]).

- Une autre difficulté réside dans le fait que l'assurance-accidents effectue une distinction entre les accidents professionnels et non professionnels et qu'elle les comptabilise séparément. La question se pose dès lors de savoir à quelle catégorie imputer les conséquences tardives d'un accident survenu pendant la jeunesse d'un assuré. À ce propos, il convient de rappeler que les personnes travaillant moins de huit heures par semaine sont uniquement assurées contre les accidents professionnels et non contre les accidents non professionnels. Pour qu'il n'y ait pas de nouveaux «perdants», en dépit de la couverture LAA demandée par la motion, il faudrait opter pour une couverture exclusivement pour les accidents professionnels. Cela signifierait également que l'obligation de payer les primes incomberait uniquement à l'employeur (art. 91, al. 1, LAA).
- Le financement poserait également des problèmes étant donné que l'assurance-accidents est financée au moyen de primes calculées selon les risques. Comme le nombre de cas potentiels et, par conséquent, le risque à supporter sont totalement inconnus et impossibles à évaluer de manière fiable, les primes ne pourront pas être calculées correctement. Une difficulté supplémentaire réside dans le fait que la motion ne limite pas la durée pendant laquelle un assuré peut faire valoir des prétentions au titre de rechutes et de séquelles tardives imputables à un accident survenu pendant sa jeunesse. En d'autres termes, toutes les personnes assurées selon la LAA pourront faire valoir des prétentions jusqu'au moment d'atteindre l'âge de la retraite, et même au-delà dans le cadre de l'art. 19 LAA.
- La prise en charge des conséquences des accidents survenus pendant la jeunesse reviendrait à créer une nouvelle catégorie d'assurés, avec une extension correspondante des prestations. Les prestations supplémentaires entraîneraient une augmentation des primes qui, si l'assurance-accidents professionnels devait couvrir l'ensemble des travailleurs, serait à la charge des employeurs, d'où une charge supplémentaire pour les entreprises.
- L'introduction d'indemnités journalières pour les rechutes et les séquelles tardives des accidents survenus pendant la jeunesse donnerait lieu à un travail administratif supplémentaire énorme. Comme il s'agirait uniquement de prendre en charge les suites d'accidents, des examens de causalité complexes seraient nécessaires pour s'assurer que les problèmes de santé à indemniser sont effectivement la conséquence d'un accident survenu pendant la jeunesse. Il faudrait alors se référer à de vieux documents LAMal, s'ils existent encore, qui risquent de ne pas indiquer avec suffisamment de précision dans quelle mesure les problèmes de santé évoqués résultent d'un accident ou d'une maladie, ce qui compliquerait davantage encore l'examen de causalité. Dans le domaine de l'assurance-accidents, toute annonce d'accident fait l'objet d'une déclaration dans laquelle les circonstances de l'accident doivent être indiquées. Sur la base de ces données, l'assureur-accident décide si les conditions d'un accident selon l'art. 4 de la loi du 6 octobre

2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LAPG)⁷ sont remplies et si l'obligation d'allouer des prestations existe. Il faut également prendre en considération que nombre d'assurés LAA sont d'origine étrangère et qu'ils ont passé leur jeunesse hors de Suisse. En ce qui concerne ces personnes, il devrait être encore plus difficile de retrouver des dossiers médicaux.

- Réglementer dans la LAA les rechutes et les séquelles tardives d'accidents survenus pendant la jeunesse d'un assuré entraînerait une augmentation du nombre de procédures. Du fait de la complexité des examens de causalité, le résultat ne serait qu'un semblant de solution. En effet, le dommage à la santé résiduel devrait être imputable à un accident survenu pendant la jeunesse d'un assuré en application du principe général des assurances sociales de vraisemblance prépondérante. Or, en raison de documents ou de dossiers médicaux inexistantes ou incomplets, il serait souvent impossible d'établir de lien de causalité, précisément par manque de preuves. Autrement dit, même si la motion était réalisée, l'assuré, dans ce cas précis, n'aurait pas droit à des indemnités journalières.

4.5 Conclusion

La motion demande que des indemnités journalières soient versées dans les cas où une incapacité de travail est imputable à des rechutes ou à des séquelles tardives d'un accident survenu pendant la jeunesse d'un assuré. Comme le montre le ch. 4.4, la mise en œuvre dans la LAA de l'assurance d'indemnités journalières visée par la motion n'est pas une solution appropriée. Il faudrait pour cela déroger au principe selon lequel l'assurance rétroactive est interdite. Par ailleurs, cela créerait des incohérences systémiques. En outre, seules bénéficieraient de la nouvelle assurance d'indemnités journalières les personnes qui, au moment de la chute ou de séquelles tardives imputables à un accident survenu pendant leur jeunesse, sont couvertes par la LAA. Enfin, la question reste ouverte de savoir qui doit financer l'augmentation, non chiffrable, des primes. Les employeurs au moyen des primes pour l'assurance des accidents professionnels ou les employés par les primes pour l'assurance des accidents non professionnels ? Pour éviter des inégalités de droit contraires à la Cst., l'extension de la couverture d'assurance ne devrait pas être limitée aux rechutes ou aux séquelles tardives d'accidents survenus pendant la jeunesse d'un assuré.

Si la motion n'est pas réalisée dans le cadre de la LAA, il serait possible d'envisager une autre assurance sociale. Étant donné qu'il apparaît peu opportun d'introduire une assurance d'indemnités journalières dans une assurance sociale qui ne connaît pas cette catégorie de prestations, il faut examiner toutes les assurances sociales qui proposent ce type d'assurance dans leurs prestations, en considérant les avantages et les inconvénients, l'équité des systèmes, les problèmes administratifs et les aspects financiers.

⁷ RS 830.1

5 Autres assurances sociales prévoyant des indemnités journalières

5.1 Assurance-maladie

5.1.1 Généralités

La LAMal régit l'assurance-maladie. Cette assurance comprend l'assurance obligatoire des soins, qui prend en charge les frais de traitement et le coût des soins, ainsi qu'une assurance facultative d'indemnités journalières (art. 1a, al. 1, LAMal).

5.1.2 Personnes assurées

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (art. 3, al. 1, LAMal).

5.1.3 Étendue et financement des indemnités journalières

L'assurance d'indemnités journalières est facultative dans le régime de l'assurance-maladie sociale. Elle peut être conclue sous la forme d'une assurance individuelle ou d'une assurance collective. L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées. La couverture peut être limitée aux risques de maladie et de maternité (art. 72, al. 1, LAMal).

Les indemnités journalières sont financées par les primes versées par les assurés (art. 76 LAMal). Dans l'assurance collective, les assureurs peuvent prévoir des primes qui diffèrent de celles de l'assurance individuelle. Leur montant doit être fixé de manière à ce que l'assurance collective soit au moins autonome (art. 77 LAMal).

5.1.4 Mise en œuvre de la motion dans la LAMal

Les arguments en défaveur de la mise en œuvre de la motion dans la LAMal sont les suivants:

- L'introduction, dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), d'une indemnité journalière obligatoire, financée par les primes individuelles, comme nouvelle catégorie de prestations en cas de rechute ou de séquelles tardives imputables aux accidents survenus pendant la jeunesse, ne serait pas praticable en raison de l'impossibilité d'évaluer le volume des prestations (nombre de cas, durée et montant des prestations) et la part de financement non couverte. Considérant que les primes individuelles ont augmenté de manière inquiétante ces dernières années et qu'elles se trouvent au cœur de l'actualité politique, il apparaît peu indiqué de créer une nouvelle catégorie de prestations pour un cas particulier puisque cela entraînerait une nouvelle augmentation des primes individuelles. La réalisation de la motion au moyen

d'une autre catégorie de prestations du catalogue des prestations de l'AOS aurait par ailleurs pour conséquence d'augmenter les primes individuelles de l'ensemble des assurés, que ceux-ci exercent ou non une activité professionnelle. Une solution de ce type paraît d'emblée inappropriée.

- Le régime de la LAMal prévoit uniquement une assurance facultative d'indemnités journalières (art. 67 ss LAMal). La perte de gain imputable à des rechutes ou à des séquelles tardives d'un accident survenu pendant la jeunesse d'un assuré peut donc aujourd'hui déjà être couverte par une assurance facultative d'indemnités journalières en application de la LAMal puisque l'assurance-maladie sociale alloue également des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (art. 1a, al. 2, let. b, LAMal) et que l'assureur n'institue pas de clause de réserve au titre de maladies ou d'accidents antérieurs (art. 69 LAMal). L'assurance facultative d'indemnités journalières prévue par la loi pourrait être déclarée obligatoire pour les rechutes et les séquelles tardives d'accidents survenus pendant la jeunesse d'un assuré. En sa qualité d'assurance obligatoire, elle pourrait être conclue, en tant qu'assurance individuelle, par tous les travailleurs moyennant une prime individuelle à la charge de l'assuré. Toutefois, elle pourrait aussi être conclue en tant qu'assurance obligatoire collective par l'employeur, pour lui-même et ses salariés. Dans ce cas de figure, la question se pose de savoir si les primes sont à la charge exclusive de l'employeur ou si les salariés assurés participent au financement. Quoi qu'il en soit, une assurance obligatoire entraînerait une charge financière supplémentaire pour les employeurs et, par conséquent, pour la place économique suisse. Par ailleurs, une participation des assurés au financement des primes entraînerait une baisse de leur salaire net.
- La réalisation de la motion au moyen d'une assurance d'indemnités journalières dans le cadre de la LAMal créerait une situation paradoxale. Avoir, dans la LAMal, une assurance obligatoire d'indemnités journalières spécifique pour les rechutes et les séquelles tardives d'un accident survenu dans la jeunesse d'un assuré alors que l'assurance resterait facultative dans les cas de maladies serait contraire au système. Le paradoxe serait d'autant plus flagrant que les victimes d'accidents possédant uniquement une couverture accidents selon la LAMal ne pourraient pas faire valoir de droit à des indemnités journalières.
- Un autre paradoxe résiderait dans le fait qu'à la conclusion d'une assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal, l'assureur pourrait instituer une clause de réserve pour les maladies existantes et les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible (art. 69, al. 1, LAMal). Cette possibilité existe également en ce qui concerne les accidents antérieurs. Une assurance obligatoire d'indemnités journalières couvrant les rechutes et les séquelles tardives des accidents survenus pendant la jeunesse supposerait d'exclure la possibilité d'instituer une réserve spécialement pour la catégorie des rechutes et de séquelles tardives résultant d'un événement antérieur (accident dont un assuré a été victime dans sa jeunesse).

- L'introduction d'une indemnité journalière obligatoire pour les rechutes et les séquelles tardives des accidents survenus pendant la jeunesse privilégierait les accidents par rapport aux maladies, ce qui peut difficilement se justifier dans le cadre d'une assurance-maladie sociale.
- Comme dans le cas de la mise en œuvre de la motion dans une autre assurance sociale, l'ancrage d'une indemnité journalière obligatoire dans la LAMal requerrait, dans chaque cas, un examen du lien de causalité. Il en résulterait un travail administratif supplémentaire considérable pour les assureurs-maladie puisqu'il faudrait, dans certains cas, se baser sur des dossiers médicaux vieux de dizaines d'années qui, si cela se trouve, n'existent même plus ou sont peu clairs.

5.2 Régime des allocations pour perte de gain

5.2.1 Généralités

Le régime des allocations pour perte de gain (APG) selon la loi du 25 décembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (LAPG)⁸ compense la perte de gain des personnes qui accomplissent un service militaire, civil ou de protection civile. Depuis le 1^{er} juillet 2005, le régime des APG verse également, au titre de la perte de gain, une allocation de maternité aux femmes salariées pendant quatorze semaines au plus.

5.2.2 Personnes assurées

La LAPG ne prévoit pas de dispositions spécifiques relatives au cercle des personnes assurées. S'agissant de l'obligation de payer des cotisations, l'art. 27, al. 1, LAPG renvoie à la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)⁹. Le cercle des assurés et des employeurs tenus de payer des cotisations se conforme donc à la LAVS. Quiconque est tenu de cotiser à l'AVS doit également cotiser aux APG.

5.2.3 Étendue et financement des indemnités journalières

Le régime des APG prévoit exclusivement des versements en espèces. Il s'agit d'indemnités journalières au titre de la perte de gain en cas de service. Elles se composent d'une allocation de base (art. 4 et 9 à 11 LAPG), d'une allocation pour enfant (art. 6 et 13 LAPG), d'une allocation pour frais de garde (art. 7 LAPG) et d'une allocation d'exploitation (art. 8 et 15 LAPG). Le régime des APG prévoit également une allocation de maternité (art. 16*b* à 16*h* LAPG).

⁸ RS 834.1

⁹ RS 831.10

L'allocation de base pendant la période de service s'élève à 80 % du revenu moyen acquis avant le service (art. 10, al. 1, LAPG). Si la personne n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'entrer en service, l'allocation journalière de base correspond, selon le type de service, à un montant minimum en pourcentage du montant maximum (art. 10, al. 2, et 16 LAPG). À l'heure actuelle, le montant maximum de l'allocation totale s'élève à 245 francs par jour (art. 16a LAPG).

L'allocation pour enfant s'élève, pour chaque enfant, à 8 % du montant maximal de l'allocation totale (art. 13 LAPG) et l'allocation d'exploitation à 27 % du montant maximum de l'allocation totale (art. 15 LAPG).

L'allocation de maternité est versée sous la forme d'indemnités journalières. Elle est égale à 80 % du revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du droit à l'allocation (art. 16e LAPG). Elle s'élève à 196 francs par jour au maximum (art. 16f, al. 1, 1^{re} phrase, LAPG).

Les APG sont exclusivement financées par les cotisations des employeurs et des employés. Les dispositions de la LAVS sont applicables par analogie à la fixation des cotisations. Le Conseil fédéral en établit le montant en tenant compte de l'art. 28 LAPG. La cotisation perçue sur le revenu d'une activité lucrative ne peut dépasser 0,5 % (art. 27, al. 2, LAPG). Toutes les ressources et prestations prévues par la LAPG sont créditées ou débitées au Fonds de compensation du régime des allocations pour perte de gain (art. 28, al. 1, LAPG). Les avoirs du fonds en liquidités et en placements ne doivent pas, en principe, être inférieurs à 50 % des dépenses annuelles (art. 28, al. 3, LAPG).

Le taux des cotisations APG a été relevé de 0,3 à 0,5 % au 1^{er} janvier 2011 en raison des excédents de dépenses réalisés à la suite de l'introduction, en 2005, de l'allocation de maternité. Il a pu être ramené de 0,5 à 0,45 % au 1^{er} janvier 2016, les réserves du fonds de compensation APG ayant à nouveau atteint au moins 50 % des dépenses annuelles à la fin 2015.

5.2.4 Mise en œuvre de la motion dans la LAPG

Les arguments en défaveur de la mise en œuvre de la motion dans la LAPG sont les suivants:

- Les APG sont des allocations destinées à compenser la perte de gain subie par les personnes aptes à travailler en cas de service (militaire, civil ou de protection civile) et par les femmes après la naissance d'un enfant. Dans le régime des APG, la perte de gain est la conséquence de circonstances prescrites par la loi (par ex. service militaire) ou d'une interdiction légale de travailler (par ex. maternité). Les APG ne garantissent pas les conséquences financières d'une incapacité de travailler et ne constituent pas une assurance générale de perte de gain.
- Une réglementation dans la LAPG en faveur de personnes non couvertes par l'assurance-accidents au moment d'une blessure serait étrangère au système; sous l'angle du droit des assurances, il n'existe pas de lien entre les deux éléments. La prise en charge des suites d'un accident dans le cadre de la

LAPG ne pourrait pas être fondée sur les bases constitutionnelles applicables jusqu'ici en matière d'APG (art. 59, al. 4, 61, al. 4, et 116, al. 3 et 4, Cst.).

- Une mise en œuvre de la motion dans la LAPG engendrerait une injustice au sein même du système: les femmes peuvent prétendre à une allocation de maternité seulement si elles ont été soumises à l'assurance obligatoire AVS/AI/APG durant les neuf mois qui ont précédé l'accouchement et si, par ailleurs, elles ont exercé au moins pendant une certaine durée une activité lucrative pendant cette période. Pour leur part, les accidents subis par un assuré pendant sa jeunesse ouvriraient un droit inconditionnel à des prestations. Ce traitement privilégié, contraire au système, ne se justifie d'aucune manière.
- La motion ne précise pas la durée pendant laquelle un assuré pourrait faire valoir des prétentions au titre d'une rechute ou de séquelles tardives imputables à un accident survenu dans sa jeunesse. Le système créerait là aussi une injustice: en dépit de demandes réitérées en faveur d'une prolongation de la durée du congé maternité, le droit à des allocations de maternité reste limité à quatorze semaines. Le privilège qu'introduirait la réalisation de la motion ne se justifie pas à l'égard des mères qui cotisent à l'assurance.
- Dans les cas de service comme de maternité, la loi compense les conséquences d'un empêchement et non celles d'une incapacité de travailler. Introduire dans la LAPG une obligation de prestations en cas d'incapacité de travailler constituerait une nouveauté.
- Les organes d'exécution des APG ne sont pas habitués à se prononcer sur des problèmes médicaux et des questions complexes de causalité. Ils ne seraient pas en mesure d'examiner la légalité des prétentions. Le risque d'abus de droit serait considérable, comme l'ont montré des expériences faites dans le cadre de l'armée et de la protection civile.
- Les dossiers LAMal devraient être conservés pendant de longues années pour pouvoir documenter ultérieurement un accident survenu pendant la jeunesse d'un assuré. Il en résulterait un travail administratif supplémentaire considérable, puisqu'il faudrait, dans certains cas, pouvoir se baser sur des dossiers médicaux vieux de dizaines d'années qui, si cela se trouve, n'existent même plus ou sont peu clairs.
- La prise en charge de la perte de gain pour des séquelles d'accidents non assurés par la LAA risque d'entraîner des incitations pernicieuses au détriment des APG, celles-ci se trouvant sollicitées de manière croissante pour couvrir ce type de dommages.
- Une nouvelle extension des tâches représenterait une charge financière supplémentaire pour le régime des allocations pour perte de gain. Le taux des cotisations APG a déjà dû être relevé de 0,3 à 0,5 % au 1^{er} janvier 2011 en raison des excédents de dépenses enregistrés à la suite de l'introduction, en 2005, de l'allocation de maternité. En outre, le Conseil fédéral et le Parlement ont systématiquement refusé des interventions demandant la prise en charge de nouvelles tâches par les APG.

- Les APG sont exclusivement financées par les cotisations des employeurs et des employés. Le 2 septembre 2015, le Conseil fédéral a décidé une baisse des cotisations APG de 0,5 à 0,45 % avec effet au 1^{er} janvier 2016, puisque les réserves du Fonds de compensation du régime des allocations pour perte de gain correspondaient fin 2015 à nouveau à l'exigence légale minimale d'une demi-année de dépenses. Cette baisse vaut pour les cinq prochaines années et permettra vraisemblablement de maintenir le niveau des réserves minimales. Avec la prise en charge d'une autre catégorie de prestations dans la LAPG, la réserve minimale pourrait ne pas être garantie.
- De nouvelles tâches aux conséquences financières impossibles à estimer requerraient un financement supplémentaire d'un montant inconnu qui affecterait l'économie.

5.3 Assurance-chômage

5.3.1 Généralités

Le système suisse des assurances sociales ne connaît ni caisse unique ni assurance unique. Il prévoit différentes assurances sociales visant chacune un but spécifique (AVS, LAMal, prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, assurance-invalidité, etc.). La loi du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage (LACI)¹⁰ couvre la perte de gain pour des raisons imputables au marché du travail, mais n'assure pas la perte de gain résultant de problèmes de santé (sous réserve de la couverture de durée limitée visée à l'art. 28 LACI).

L'assurance-chômage selon la LACI vise à garantir aux personnes assurées une compensation convenable du manque à gagner causé par le chômage, la réduction de l'horaire de travail, les intempéries ou l'insolvabilité de l'employeur. Elle entend également prévenir le chômage, combattre le chômage existant et favoriser l'intégration rapide et durable des assurés dans le marché du travail (art. 1a LACI).

5.3.2 Personnes assurées

Toute personne tenue de payer des cotisations de l'assurance-chômage est assurée contre le chômage. En vertu de la LACI, tous les salariés sont affiliés à l'assurance-chômage (art. 2 LACI).

5.3.3 Étendue et financement des indemnités journalières

En cas de chômage imputable au marché du travail, l'assurance-chômage fournit des prestations sous la forme d'indemnités journalières (art. 7, al. 2, LACI). Par conséquent, elle assure le risque de chômage, c'est-à-dire la perte de gain en cas de chô-

¹⁰ RS 837.0

mage, et non le risque d'un manque à gagner à la suite d'un accident ou d'une maladie. Les autres types de prestations (indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail, d'intempérie ou d'insolvabilité de l'employeur) ne donnent pas droit à des indemnités journalières.

L'indemnité journalière pleine et entière s'élève à 80 % du gain assuré. L'assuré perçoit en outre un supplément qui correspond au montant, calculé par jour, de l'allocation pour enfant et de l'allocation de formation professionnelle légales auxquelles il aurait droit s'il avait un emploi (art. 22, al. 1, LACI). Le supplément est versé uniquement si les allocations ne sont pas versées à l'assuré durant la période de chômage et qu'aucune personne exerçant une activité lucrative ne peut faire valoir de droit aux allocations pour ce même enfant (art. 22, al. 1, let. a et b, LACI).

Une indemnité journalière s'élevant à 70 % du gain assuré est octroyée aux assurés qui n'ont pas d'obligation d'entretien envers des enfants de moins de 25 ans (art. 22, al. 2, LACI).

Le montant maximum du gain assuré correspond à celui de l'assurance-accidents obligatoire (art. 23, al. 1, 2^e phrase, LACI), donc à 148 200 francs par an et 406 francs par jour (art. 22, al. 1, OLAA).

Les cotisations s'élèvent à 2,2 % jusqu'au montant maximal du gain mensuel assuré; elles sont à parts égales à la charge de l'employé et de l'employeur (art. 3, al. 1 et 2, LACI). Depuis le 1^{er} janvier 2016, le montant maximum du gain assuré s'élève à 148 200 francs. L'assurance-chômage est également financée par une participation de la Confédération aux coûts du service de l'emploi et des mesures relatives au marché du travail et par le rendement de la fortune du fonds de compensation (art. 90 LACI). La participation de la Confédération s'élève à 0,159 % de la somme des salaires soumis à cotisation (art. 90a, al. 1, LACI).

La 4^e révision de la LACI est entrée en vigueur en 2011. Les cotisations sur le salaire annuel déterminant jusqu'au montant maximal du gain assuré ont été relevées de 2,0 à 2,2 %. Depuis le 1^{er} janvier 2016, le pour cent de solidarité est perçu à partir d'un revenu annuel de 148 200 francs, sans limite de plafond (pour cent de solidarité; art. 90c, al. 1, LACI).

5.3.4 Mise en œuvre de la motion dans la LACI

Les arguments en défaveur de la mise en œuvre de la motion dans la LACI sont les suivants:

- Le régime de l'assurance-chômage permet aux assurés qui remplissent les conditions visées à l'art. 8 LACI de faire valoir des prestations. Il s'agit notamment des assurés sans emploi ou partiellement sans emploi (art. 10 LACI), de ceux qui ont subi une perte de travail qui se traduit par un manque à gagner pendant au moins deux journées de travail consécutives (art. 11, al. 1, LACI) et de ceux qui sont aptes à être placés (art. 15 LACI). Les assurés doivent également remplir les exigences relatives à la période de cotisation (art. 13 LACI).

Le versement d'indemnités journalières, par l'assurance-chômage, pour des rechutes ou des séquelles tardives imputables à un accident survenu pendant la jeunesse d'un assuré reviendrait à prendre en charge un dommage non couvert par l'assurance-chômage au sens de l'art. 114 Cst. et, par conséquent, étranger au système. Pour cette nouvelle catégorie de prestations, il faudrait en outre lever deux des principaux critères d'obtention des indemnités, à savoir, être sans emploi et apte à un placement.

- La motion entend combler une lacune dans le domaine des assurances pour les travailleurs se trouvant dans l'incapacité de travailler en raison d'une rechute ou de séquelles tardives imputables à un accident survenu pendant leur jeunesse et qui ne sont pas indemnisés sur le plan salarial pendant toute la durée de leur perte de travail. Il se trouve que ces personnes ne remplissent pas le critère du chômage puisque, contrairement à la définition donnée à l'art. 10 LACI, elles sont parties à un rapport de travail. Verser, par le biais de l'assurance-chômage, des indemnités journalières à des personnes ne se trouvant pas au chômage serait donc incompatible avec le système.
- Le critère d'aptitude au placement pose le même problème d'incompatibilité. Une des conditions essentielles du droit aux prestations de l'assurance-chômage est l'aptitude au placement visée à l'art. 15 LACI. Pour pouvoir être placé, un chômeur doit être prêt, apte et disposé à accepter un travail convenable. En cas d'incapacité de travail, l'aptitude au placement fait défaut puisque, précisément, l'état de santé de l'assuré empêche l'exercice d'une activité professionnelle. Si l'on introduisait, dans la LACI, le versement d'indemnités journalières pour des rechutes ou des séquelles tardives imputables à un accident survenu pendant la jeunesse d'un assuré, l'assurance serait tenue de fournir des prestations alors même que l'assuré n'est pas apte à un placement. Sous cet angle-là, également, on introduirait une incompatibilité manifeste par rapport au système.
- Les personnes au chômage sont obligatoirement assurées contre les accidents non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). La question se pose de savoir s'il est possible de rattacher le versement d'indemnités journalières en cas de rechute ou de séquelles tardives d'un accident survenu pendant la jeunesse à la CNA en sa qualité d'assureur-accidents des personnes au chômage. Une solution de ce type aurait pour effet que non seulement les travailleurs assurés par l'intermédiaire de la CNA pourraient bénéficier d'indemnités journalières en cas de rechute ou de séquelles tardives d'un accident survenu pendant la jeunesse, mais aussi les personnes assurées conformément à la LAA auprès d'un assureur privé. Les risques relatifs aux conséquences tardives de ce type d'accidents se concentreraient dès lors sur la CNA comme seul assureur, ce qui ne saurait se justifier. Les primes de l'assurance-accidents des personnes au chômage doivent être fixées proportionnellement aux risques afin de couvrir les dépenses prévues. Or, le risque peut difficilement être estimé si l'on ne connaît ni le nombre de cas, ni la durée des prestations, ni leur montant. Par ailleurs, les personnes en incapacité de travail qui percevraient des indemnités journalières de la CNA en raison d'une rechute ou de

séquelles tardives liées à un accident survenu pendant leur jeunesse n'auraient pas cotisé pour des accidents non professionnels auprès de l'assurance-accidents des personnes au chômage. En effet, elles ne sont pas au chômage et ne sont donc pas astreintes à verser des cotisations à cette assurance. La situation serait contraire au principe d'équivalence (rapport entre les prestations et les primes).

- La réalisation de la motion dans le cadre de l'assurance-accidents des personnes au chômage impliquerait également un travail administratif supplémentaire considérable du fait de la nécessité de procéder, dans chaque cas, à un examen de causalité. Les organes de l'assurance-chômage ne sont pas habitués à se prononcer sur des problèmes médicaux et des questions complexes de causalité. Ils ne disposent ni des ressources nécessaires ni des professionnels de la santé indispensables à cet effet.
- Souvent incomplets, voire inexistants, les dossiers médicaux datant de la jeunesse d'un assuré déboucheraient, en termes de preuves, sur des décisions défavorables pour les personnes assurées.
- L'augmentation des cotisations à 2,2 % et le relèvement de la contribution de solidarité montrent que l'assurance-chômage connaît des difficultés financières. Dans ces conditions, il ne paraît pas judicieux d'imposer à cette assurance une prestation supplémentaire étrangère au système.

5.4 Assurance-invalidité

5.4.1 Généralités

L'assurance-invalidité (AI) entend prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité grâce à des mesures de réadaptation appropriées, simples et efficaces, compenser les effets économiques permanents de l'invalidité en couvrant les besoins vitaux dans une mesure appropriée (réadaptation avant une rente) et aider les assurés concernés à mener une vie autonome et responsable (art. 1a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI]¹¹).

5.4.2 Personnes assurées

Les personnes assurées à titre obligatoire ou à titre facultatif en vertu de la LAVS sont assurées par l'AI (art. 1b LAI).

5.4.3 Étendue et financement des indemnités journalières

L'AI verse, entre autres, des indemnités journalières (art. 22 ss LAI). Fondamentalement, l'indemnité de base s'élève à 80 % du revenu que l'assuré percevait pour la

¹¹ RS 831.20

dernière activité lucrative exercée sans restriction due à des raisons de santé; toutefois, elle s'élève à 80 % au plus du montant maximum de l'indemnité journalière selon l'art. 24, al. 1, LAI. Cet article renvoie au montant maximum de l'indemnité journalière selon la LAA, qui s'élève à 406 francs (art. 22, al. 1, OLAA).

L'indemnité de base s'élève à 30 % du montant maximum de l'indemnité journalière pour l'assuré qui a atteint l'âge de 20 ans et qui aurait entrepris une activité lucrative après avoir terminé sa formation s'il n'avait pas été invalide (art. 23, al. 2, LAI). Elle s'élève à 30 % du montant maximum de l'indemnité journalière pour l'assuré qui suit une formation professionnelle initiale, ainsi que pour celui qui n'a pas encore atteint l'âge de 20 ans et n'a pas encore exercé d'activité lucrative. Le Conseil fédéral fixe le montant de l'indemnité de base (art. 23, al. 2^{bis}, LAI).

L'AI est financée par les cotisations des employeurs et des employés (art. 2 et 3 LAI), les contributions de la Confédération, les recettes qui résultent du relèvement, effectué pour l'assurance, des taux de la taxe sur la valeur ajoutée, les intérêts du Fonds de compensation et les recettes provenant des actions récursoires contre le tiers responsable (art. 77 LAI).

Le 27 septembre 2009, le peuple et les cantons se sont prononcés en faveur du financement complémentaire de l'AI et ont ainsi accepté une augmentation de durée limitée du taux de la taxe sur la valeur ajoutée de 7,6 à 8 % pour les années 2011 à 2017 afin de garantir l'assainissement durable de cette œuvre sociale. Par ailleurs, les comptes de l'AI ont été séparés de ceux de l'AVS à partir du 1^{er} janvier 2011. Depuis, le Conseil fédéral a élaboré la 6^e révision de l'AI. Il y a lieu de réduire encore davantage les dépenses afin de contribuer dans une plus large mesure à l'assainissement de l'AI.

5.4.4 Mise en œuvre de la motion dans la LAI

Les arguments en défaveur de la mise en œuvre de la motion dans la LAI sont les suivants:

- L'assurance-invalidité a pour objectif de prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité. L'assuré peut faire valoir un droit à des indemnités journalières de l'AI à la condition d'avoir 18 ans révolus. Il a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins, ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail de 50 % au moins. Son droit à l'indemnité s'éteint au plus tard à la fin du mois au cours duquel il peut prétendre à une rente de vieillesse ou d'invalidité (art. 22, al. 4, LAI).

Les indemnités journalières sollicitées par la motion pour des rechutes ou des séquelles tardives résultant d'un accident survenu pendant la jeunesse ne visent pas à maintenir la capacité de gain d'un assuré ou sa capacité à accomplir les travaux qu'il a l'habitude d'exécuter (art. 8, al. 3, LAI). Les bénéficiaires potentiels des indemnités possèdent un contrat de travail et leur incapacité de travail n'est que provisoire. Par conséquent, ils sont pleine-

ment intégrés du point de vue de l'AI. La motion demande que le versement d'indemnités journalières comble une éventuelle perte de gain en cas d'incapacité de travail temporaire lorsque l'employeur n'est plus tenu de verser le salaire. Les personnes visées étant pleinement intégrées sur le marché du travail, le versement d'indemnités journalières dans le cadre de la LAI serait une mesure étrangère au système.

- L'examen des liens de causalité impliquerait là aussi un travail administratif supplémentaire particulier. 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'AI met en œuvre des mesures et fournit des prestations indépendamment de la cause concrète de l'atteinte à la santé et de la question de savoir si la mise en danger ou la discrimination de la capacité de gain est imputable à un accident ou à une maladie. En réalisant la motion dans le cadre de la LAI, les organes d'exécution se verraient attribuer une nouvelle tâche. Ils seraient confrontés à toute la complexité des examens de causalité, car le droit à faire valoir des indemnités journalières dans le cas de rechutes ou de séquelles tardives suppose l'existence d'un accident antérieur. Un travail de ce genre dans le cadre de l'assurance finale qu'est l'assurance-invalidité serait contraire au système.
- Les personnes soumises à l'obligation de payer des cotisations AI sont les assurés et les assureurs désignés aux art. 3 et 12 LAVS (art. 2 LAI). Les employés sont tenus de payer des cotisations à compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit la date à laquelle ils ont 17 ans révolus (art. 3, al. 2, let. a, LAVS). La plupart du temps, les personnes concernées n'étaient donc pas soumises à l'obligation de cotiser à l'AI au moment de leur accident. Si ultérieurement dans la vie active, une rechute ou des séquelles tardives devaient être mises à la charge des indemnités journalières de l'AI, cela serait contraire au principe de l'assurance et à l'interdiction de l'assurance rétroactive.
- Le 27 septembre 2009, le peuple et les cantons se sont prononcés en faveur d'une augmentation de durée limitée du taux de la taxe sur la valeur ajoutée pour la période 2011 à 2017 et, par conséquent, pour un assainissement durable de l'AI. Le financement complémentaire arrivant à échéance fin 2017, l'introduction d'une nouvelle prestation à la charge de l'AI porterait atteinte aux efforts d'assainissement.

6 Conclusion et demande de classement

6.1 Conclusion

En résumé, les éléments suivants s'opposent à une mise en œuvre de la motion dans le cadre des assurances sociales soumises à examen:

- La cause de l'accident à la base de l'incapacité de travail résultant d'un événement subi par un assuré dans sa jeunesse doit être établie en application de la vraisemblance prépondérante, un critère de preuve couramment utilisé en

matière de droit des assurances sociales. Lors de l'évaluation des liens de causalité, le fait que les documents nécessaires soient incomplets ou inexistant désavantagerait la personne assurée, car celle-ci se verrait refuser le droit à des indemnités journalières. La difficulté de fournir des preuves et des documents est telle que souvent, même en cas de réalisation de la motion, les séquelles tardives résultant d'un accident survenu pendant la jeunesse d'un assuré ne seraient pas couvertes. La nécessité d'examiner, pour chaque cas, les liens de causalité existants et la complexité de la situation en ce qui concerne les dossiers médicaux antérieurs entraînerait inévitablement une augmentation du nombre d'actions en justice. Comme l'assuré porte le fardeau de la preuve, il supporte les conséquences de l'absence d'éléments pour étayer sa demande et verra fréquemment ses espoirs déçus. En ce sens, la réalisation de la motion peut induire un sentiment de fausse sécurité.

- L'examen des assurances sociales qui prévoient des indemnités journalières au nombre de leurs prestations montre que la prise en charge de rechutes et de séquelles tardives imputables à un accident survenu pendant la jeunesse entraînerait une extension de la couverture d'assurance. Le fait que la personne concernée n'ait été assurée pour des indemnités journalières ou soumise à cotisations auprès d'aucune des assurances sociales sous revue au moment où l'accident s'est produit pose un problème. Pour ces raisons, la couverture ultérieure de rechutes et de séquelles tardives d'un accident survenu pendant la jeunesse et le droit à des indemnités journalières qui en découle constitue une dérogation au principe de l'assurance. Cela reviendrait à assurer les conséquences (tardives) d'un événement survenu à un moment où il n'était pas couvert par l'assurance correspondante. Cette exception au principe de la non-rétroactivité des prestations d'assurance nécessiterait l'introduction d'une base légale correspondante.
- Le versement, par l'une des assurances sociales sous revue, d'indemnités journalières au titre de rechutes et de séquelles tardives imputables à un accident survenu pendant la jeunesse signifierait que l'on s'écarterait de critères majeurs du droit à l'indemnité (par ex. chômage, aptitude au placement, principe de causalité dans une assurance finale) pour introduire des éléments incompatibles avec la logique de ces différentes assurances sociales.
- L'introduction d'indemnités journalières au titre de rechutes et de séquelles tardives imputables à un accident survenu pendant la jeunesse d'un assuré entraînerait un travail administratif supplémentaire considérable pour les organes d'exécution des assurances sociales sous revue. La motion visant uniquement la couverture des rechutes et des séquelles tardives d'accidents antérieurs, des examens de causalité complexes seraient nécessaires pour s'assurer que les problèmes de santé à indemniser sont effectivement la conséquence d'un accident survenu pendant la jeunesse d'un assuré.
- Les organes d'exécution concernés ne sont pas habitués à se prononcer sur des problèmes médicaux et des questions complexes de causalité. En outre, ils ne disposent ni des ressources nécessaires ni des professionnels de la santé indispensables à cet effet. Ces carences présentent un risque d'abus et d'incitations pernicieuses.

- Comme l’incapacité de travail imputable à un accident survenu pendant la jeunesse s’accompagne généralement de soins, il n’est pas seulement question ici des indemnités journalières demandées par l’auteur de la motion, mais aussi de l’indemnisation des frais de traitement. Si l’assurance sociale appelée à verser les indemnités journalières n’est pas simultanément tenue de prendre en charge les soins médicaux (la motion ne le prévoit pas explicitement), deux assurances sociales distinctes se trouveraient en concours pour les différentes prestations fournies dans le cadre d’un même dommage (indemnités journalières et frais de traitement), ce qui occasionnerait un travail administratif supplémentaire et compliquerait son bon déroulement du fait de la coordination requise.
- L’examen indispensable des liens de causalité est plus compliqué puisqu’il faudrait se référer à des dossiers médicaux anciens ou disparus. Le problème se pose de manière particulièrement aigüe pour les personnes qui ont passé leur jeunesse à l’étranger. Cela dit, si tant est que les documents nécessaires existent encore des décennies plus tard, ils risquent d’être incomplets ou peu pertinents puisque, du point de vue des assurances, comme la personne était encore enfant, il n’était pas important de distinguer entre maladie et accident. En effet, comme aucune autre assurance ne pouvait entrer en question, l’obligation d’allouer des prestations incombait régulièrement à l’assureur LAMal, raison pour laquelle il était superflu d’établir la cause du problème de santé.
- Il paraît évident que toute extension de prestations suppose des recettes supplémentaires. Sans recettes supplémentaires correspondantes, aucune des assurances sociales sous revue ne serait en mesure de fournir de nouvelles prestations. Le Conseil fédéral estime que la charge qui en résulterait pour l’économie et les ménages serait malvenue.
- L’analyse des différentes assurances sociales qui prévoient des indemnités journalières dans leurs prestations amène à la conclusion qu’il n’existe pas de solution convaincante. La mise en œuvre de la motion amènerait à déroger à des principes fondamentaux du droit des assurances et des assurances sociales et introduirait des éléments étrangers au système. Elle dépasserait aussi largement les possibilités des autorités compétentes en ce sens qu’il faudrait, pour chaque cas, procéder à des examens de causalité pointus, qui ne relèvent pas forcément d’un domaine connu et pour lesquels les ressources en personnel et techniques ne sont pas suffisantes. Par ailleurs, cela pourrait encourager les abus et créer des incitations pernicieuses.
- Enfin, on peut supposer que la motion ne concerne que quelques cas particuliers. Autrement dit, on élaborerait une réglementation qui, potentiellement, concerne une grande partie de la population mais qui, dans les faits, n’aboutit que dans quelques cas à l’allocation de prestations.

6.2 Inégalités dans le droit des assurances sociales

Il arrive souvent que des situations particulières mettent en lumière des lacunes du système des assurances sociales. Par exemple, si une femme qui a cessé de travailler durant quelques années pour s'occuper de ses enfants est victime d'un accident pendant cette période, de retour au travail, elle ne pourra pas faire valoir de droit à des indemnités journalières en cas de rechute ou de séquelles tardives. L'étudiant qui n'exerce pas d'activité lucrative et qui est victime d'un accident au cours de ses études se trouvera dans la même situation le jour où, employé dans une entreprise, il est empêché de travailler à la suite d'une rechute ou de séquelles tardives. Ces lacunes subsisteraient même en comblant l'absence de droit à des indemnités journalières dans les cas où une perte de gain est imputable à des rechutes ou à des séquelles tardives d'un accident survenu pendant la jeunesse d'un assuré. Il serait en effet peu défendable qu'une lacune de la loi soit comblée alors que d'autres, dans des situations comparables, subsistent.

6.3 Assurance générale de perte de gain comme autre solution

Une protection d'assurance globale, indépendante de rapports de cause à effet en matière de perte de gain pourrait uniquement être garantie au moyen d'une obligation correspondante pour l'ensemble des salariés. Dans le cadre des interventions parlementaires relatives à une modification de la loi en faveur d'une assurance générale de perte de gain, le Conseil fédéral a relevé que la perte de gain est couverte dans une large mesure, et sans assurance obligatoire, au moyen d'assurances d'indemnités journalières, et que les dispositions actuelles fondées en particulier sur des solutions élaborées en partenariat social ont fait leurs preuves aux yeux de la majorité des employés comme des employeurs. De l'avis du Conseil fédéral, l'assurance d'indemnités journalières doit être maintenue dans le cadre des dispositions actuelles. Il a réaffirmé sa position dans sa réponse à la motion 10.3821 Humbel («Pour une assurance d'indemnités journalières efficace en cas de maladie») en rappelant ses réponses à l'interpellation 10.3498 Robbiani («Indemnités journalières. Rendre à la LAMal ce qui est à la LAMal») et sa position quant à la motion 10.3500 Robbiani («Indemnités journalières. Communautés de risque»). Il n'y avait aucune raison de voir la chose autrement, d'autant plus que l'introduction d'une assurance obligatoire de perte de gain serait liée à des coûts considérables, non justifiés pour le Conseil fédéral. En conséquence, il a rejeté toutes les interventions parlementaires demandant l'introduction d'une assurance générale de perte de gain.

La mise en place d'une assurance obligatoire de perte de gain nécessiterait de rendre obligatoires toutes les assurances d'indemnités journalières. Le passage au régime obligatoire et l'harmonisation des contrats d'assurance, par exemple en ce qui concerne les prestations accordées dans le domaine de l'assurance-accidents, amènent à penser que les ressources financières supplémentaires indispensables seront considérables. Cette charge supplémentaire devrait être financée par les employés et les employeurs. Le Conseil fédéral estime qu'une charge financière supplémentaire de

cette importance est malvenue et trop lourde à supporter pour l'économie et les ménages.

6.4 Recommandation de classer la motion

Sur la base de l'analyse qui a été effectuée et des incompatibilités relevées en lien avec la réalisation, dans les assurances sociales sous revue, d'une assurance d'indemnités journalières couvrant les rechutes et les séquelles tardives imputables aux accidents survenus pendant la jeunesse, le Conseil fédéral propose de classer la motion.

