

souligner, enfin, l'amélioration permanente des méthodes, moyens et applications de la prévention et de la réadaptation.

La structure et l'organisation

L'assurance contre les accidents est confiée actuellement par la loi à 110 caisses d'associations professionnelles (Berufsgenossenschaften), constituées le plus souvent en corporations de droit public. On distingue trois domaines:

- L'assurance contre les accidents dans l'industrie (y compris les accidents survenus en mer) regroupe 35 caisses pour les différentes branches d'activité (par exemple, les mines, l'industrie chimique, les entreprises commerciales et le système de santé);
- l'assurance contre les accidents dans l'agriculture comprend 21 associations organisées par région;
- l'assurance contre les accidents dans le secteur public compte 54 caisses correspondant à l'organisation de l'Etat (Etat fédéral, Länder et municipalités, avec des caisses séparées pour la poste, les chemins de fer, les services de lutte contre l'incendie).

Nous examinerons ici le domaine le plus important, à savoir l'assurance contre les accidents dans l'industrie. En tant que corporations de droit public, les associations professionnelles relèvent de l'administration fédérale et font partie de l'ordre juridique allemand. Cependant, elles jouissent d'une grande indépendance et, à maints égards, sont autonomes. Les deux organes de l'autonomie, l'assemblée des délégués et le conseil d'administration, sont composés paritairement, pour chacune des associations, de représentants des employeurs et des salariés, élus démocratiquement; le régime fonctionne dans le respect de la loi. Les conditions de versement de prestations et l'étendue de la prise en charge sont définies par la loi, mais l'assurance contre les accidents conserve, dans sa gestion privée, une grande latitude dans la fixation des primes et, surtout, dans le domaine de la prévention où elle met en place des règlements d'application. De même, les conseils d'administration des associations professionnelles décident des questions relatives à l'organisation, à la gestion du personnel et au budget. Les autorités de surveillance de l'Etat veillent à ce que les décisions prises par le conseil ou par le personnel administratif soient conformes à la loi.

Les tendances des taux d'accident et les finances

On constate qu'au cours du temps, le nombre des accidents du travail et des accidents de trajet a d'abord diminué, avant d'augmenter au moment de la réunification de l'Allemagne en 1991. Pour l'assurance contre les accidents dans l'industrie, la tendance se dessine ainsi: le taux d'accident, c'est-à-dire la fréquence des accidents du travail et de trajet par 1 000 travailleurs employés à temps plein a régressé d'un peu moins de la moitié entre 1960 et 1990. Cette heureuse évolution est encore plus marquée pour les accidents graves, ceux qui donnent lieu à réparation par l'allocation de rentes: le taux a reculé des deux tiers environ; quant à celui des accidents mortels, il a baissé des trois quarts environ. La courbe des maladies professionnelles s'écarte de celle des accidents, en ce sens que les statistiques ne font pas apparaître de tendance cohérente durant la période considérée. Au fur et à mesure que de nouvelles maladies professionnelles qui ne figuraient pas sur la liste des maladies reconnues y ont été inscrites, le nombre des cas déclarés a augmenté, tant en ce qui concerne la prévention que la réadaptation.

La diminution générale des accidents du travail et de trajet en nombre et en gravité a eu un effet favorable sur les dépenses. Malheureusement, d'autres facteurs sont venus alourdir les coûts: l'indexation des prestations en espèces, l'augmentation générale des coûts de la santé, l'extension de la protection à de nouvelles catégories, l'élargissement de la couverture — notamment aux maladies professionnelles — et, enfin, les efforts entrepris pour

améliorer et intensifier les mesures de prévention et de réadaptation. Au total, les dépenses ont moins augmenté que le salaire de base utilisé pour calculer les cotisations. La prime moyenne d'assurance contre les accidents dans l'industrie est tombée de 1,51% en 1960 à 1,36% en 1990. A la suite de la réunification de l'Allemagne, la prime moyenne est remontée à 1,45% en 1994.

La répartition des coûts entre les trois domaines de responsabilité de l'assurance contre les accidents (prévention, réadaptation et prestations en espèces) s'est modifiée de la manière suivante pendant la période 1960-1994:

- la part des dépenses de prévention a passé de 2,6 à 7,1% grâce à l'amélioration et à la multiplication des mesures prises dans ce domaine;
- la part des dépenses de réadaptation (y compris les prestations en espèces) a augmenté de 20,4 à 31,2%; dans ce domaine, la croissance des coûts de la santé n'a pas pu être entièrement compensée par la réduction des accidents;
- la part des rentes a chuté de 77 (1960) à 61,7%; malgré l'indexation des prestations en espèces, les dépenses n'ont pas augmenté autant dans ce domaine que dans celui de la réadaptation.

Pendant ce temps, le montant des cotisations dans les autres branches du système allemand de sécurité sociale a considérablement augmenté. En moyenne, les primes pour l'ensemble des branches de l'assurance sociale en République fédérale, étaient, en 1960, de 25,91 deutsche marks (DM) pour 100 DM de salaire; elles se sont élevées à 40,35 DM en 1994. La part de la prime moyenne à l'assurance contre les accidents dans la contribution totale à l'assurance sociale, a, elle, reculé de 5,83% en 1960 à 3,59% en 1994. La part de l'assurance contre les accidents continue de ne représenter que 0,5% environ du produit national brut, et ce n'est que dans ce domaine que l'économie a été soulagée dans une certaine mesure des charges sociales.

Cet heureux résultat est dû principalement au recul de la fréquence et de la gravité des accidents. De plus, grâce aux efforts accomplis en matière de réadaptation, l'assurance contre les accidents a réussi à prévenir ou à atténuer l'incapacité de longue durée. De ce fait, le nombre de cas ouvrant droit au versement d'une rente n'a presque pas changé en trente ans, alors même que le nombre d'assurés augmentait de 40%.

La baisse de la fréquence des accidents est à mettre au compte de nombreux facteurs: la modernisation des méthodes de production (en particulier l'automatisation), les changements structurels de l'économie et de l'emploi (déplacement vers les services et les communications) ont certes joué un rôle, mais l'effort de prévention consenti par l'assurance contre les accidents a aussi contribué de manière substantielle à ce déclin des accidents avec ses conséquences bénéfiques sur les plans financier et humain.

Les principes fondamentaux et les particularités du régime allemand d'assurance contre les accidents

Le régime est censé offrir le bénéfice de la sécurité sociale aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Il décharge aussi les chefs d'entreprise de leur responsabilité à l'égard des victimes. Ces deux objectifs reposent sur les principes fondamentaux qui la caractérisent depuis sa création:

La responsabilité des employeurs pour les accidents du travail est remplacée par une obligation de droit public de l'assurance contre les accidents, à savoir le service de prestations. Toute action civile en dommages et intérêts intentée par l'assuré contre l'employeur ou d'autres salariés de l'entreprise est exclue.

Les primes sont versées par les seuls employeurs qui sont responsables des risques professionnels et qui sont dégagés de leur responsabilité par le régime d'assurance contre les accidents.

Les demandes de prestations, fondées sur le principe de la réparation des lésions, remplacent les actions civiles contre les employeurs.

Les prestations de l'assurance sont attribuées sans qu'il soit besoin d'apporter la preuve formelle d'un contrat d'assurance, et indépendamment de la déclaration de l'employeur auprès de la caisse. Une protection sûre et efficace est ainsi garantie à tous ceux auxquels le législateur a étendu la protection de l'assurance.

Les prestations sont allouées, en principe, sans tenir compte de l'auteur de la faute et cela d'office, c'est-à-dire sans que l'ayant droit ait à engager une action. La relation d'emploi est ainsi libérée de tout différend portant sur la question de la faute.

L'assurance contre les accidents se voit attribuer, outre sa tâche de fournisseur de prestations, la responsabilité de la prévention des accidents liés à l'emploi et des maladies professionnelles. Car, si elle dégage l'employeur de sa responsabilité, il n'en demeure pas moins comptable de la sécurité et de la santé du milieu de travail. L'étroite relation entre la réparation en espèces et la prévention est donc essentielle.

Nous avons examiné plus haut les principes fondamentaux qui sont à la base du régime d'assurance contre les accidents: une corporation de droit public jouissant de l'autonomie et structurée par branche d'activité.

Les relations entre les divers domaines de responsabilité de l'assurance contre les accidents s'inspirent de deux principes: l'objectif primordial est de maintenir le nombre des cas déclarés aussi bas que possible grâce à des mesures de prévention adéquates («priorité de la prévention sur la réparation»). En cas d'accident, l'objectif premier doit être, dans la mesure du possible, la réadaptation médicale, professionnelle et sociale de la victime. Ce n'est qu'alors que les incapacités résiduelles ouvriront droit à une réparation en espèces («priorité de la réadaptation sur attribution de rentes»).

Nous verrons ci-après comment ces principes s'appliquent dans les domaines de responsabilité de l'assurance contre les accidents.

La prévention

L'activité de prévention est dictée par les considérations suivantes: le régime d'assurance contre les accidents, qui prend en charge les coûts de la réadaptation et de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, devrait tout d'abord être en mesure de les prévenir autant que possible. Les employeurs devraient être conscients de leurs devoirs en matière de sécurité et de santé au travail, même si leur responsabilité directe envers leur personnel a été endossée par le régime d'assurance contre les accidents. La relation entre assurance et prévention devrait indiquer aux parties en cause — en particulier aux employeurs — qu'il est avantageux d'investir dans la sécurité au travail, avant tout pour des raisons humanitaires en évitant des souffrances, mais aussi par intérêt financier grâce à la réduction des primes et des coûts des accidents pour l'entreprise. L'organisation de l'assurance contre les accidents en fonction des différentes branches d'activité et la représentation paritaire des employeurs et des salariés au sein de ses conseils d'administration ont permis d'acquiescer une solide expérience de la prévention et de motiver les intéressés. Cette relation étroite entre réparation et prévention distingue le régime allemand de ceux de la plupart des autres pays qui prévoient d'ordinaire l'inspection, par des fonctionnaires, de la sécurité dans les établissements. Il est vrai qu'il existe aussi en Allemagne un corps d'inspecteurs de la sécurité à côté des services techniques de surveillance de l'assurance contre les accidents; les deux institutions se complètent et collaborent. Les fonctions de l'inspection des fabriques sont toutefois plus étendues et portent sur la réglementation de la durée du travail, la protection des groupes à risque tels les jeunes ou les femmes enceintes, et la protection de l'environnement.

Le mandat de prévention conféré au régime d'assurance contre les accidents n'est indiqué que dans les grandes lignes et laisse aux caisses une grande liberté d'action sur les points de détail, notamment en ce qui concerne les particularités à l'intérieur même des différentes branches d'activité. De cette manière, les règles générales de sécurité sont modulées au gré de l'expérience concrète et spécifique acquise dans les entreprises.

Voici les aspects les plus importants de la notion de prévention dans le régime allemand d'assurance contre les accidents:

Les associations professionnelles sont tenues d'élaborer des règlements de sécurité spécifiques à chaque domaine de risque qui ont force de loi auprès des employeurs et des assurés. Les caisses peuvent en assurer l'application et, en cas d'infraction, infliger des amendes. Ces règlements sont dictés par l'expérience et sont revus périodiquement pour tenir compte des progrès de la technique.

Les caisses mettent à la disposition des entreprises des services techniques spécialisés pour les conseiller et les surveiller. Ces services emploient des inspecteurs hautement qualifiés (ingénieurs de sécurité et autres scientifiques) et sont soutenus par des experts appartenant à d'autres disciplines, selon les besoins de la branche d'activité. Les compétences de ces services d'inspection vont du conseil sur les règlements obligatoires à la fermeture d'une partie de l'établissement en cas de menace pour la santé.

Les caisses offrent aussi aux médecins d'entreprise et autres spécialistes de la sécurité des conseils, une formation, des moyens d'information et une assistance dans leur travail. Ces spécialistes de la sécurité qui travaillent en entreprise sont des consultants de valeur importants pour les services techniques; grâce à cette collaboration, il devient possible de déceler à temps les risques d'accidents et autres dangers pour la santé liés au travail et de prendre les mesures de protection appropriées.

Les services techniques des caisses veillent à ce que les employeurs respectent leur obligation d'engager des médecins du travail et autres spécialistes de la sécurité. Certaines associations professionnelles ont leurs propres services médicaux et techniques et leurs membres peuvent y recourir lorsqu'ils n'en comptent pas dans leur établissement.

La formation de base et la formation continue des responsables de la sécurité dans les entreprises est prioritairement entre les mains des caisses. Les programmes de formation sont adaptés aux besoins spécifiques des différentes branches d'activité et sont différenciés selon les niveaux de responsabilité dans l'établissement. De nombreuses caisses possèdent même leurs propres centres de formation.

Les caisses adressent aux employeurs et aux chefs d'entreprise des questionnaires sur la sécurité au travail afin de les mettre au courant des risques éventuels et de les inciter à renforcer la prévention. Les PME sont devenues récemment le point de mire des activités de prévention.

Les services techniques d'inspection des caisses conseillent aussi les travailleurs et les informent des dangers qu'ils courent, pour leur sécurité et leur santé, sur leur lieu de travail. De ce point de vue, la collaboration des comités d'entreprise est très importante, puisque ce sont eux qui représentent les intérêts des travailleurs. Les travailleurs devraient contribuer à l'aménagement du milieu de travail et il faudrait tirer profit de leur expérience. En effet, une participation renforcée des travailleurs aide souvent à trouver des solutions pratiques aux problèmes de sécurité. Une meilleure sécurité peut motiver les salariés, accroître la satisfaction au travail et avoir un effet positif sur la productivité.

Les services techniques de surveillance des caisses d'assurance contre les accidents visitent régulièrement les entreprises et enquêtent sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles. Ils prennent des mesures et établissent des constats en fonction des risques courus, afin de bien cibler les mesures de protection. Les résultats de ces analyses et l'étude du poste de travail et de ses

astreintes, ainsi que les connaissances déduites des soins médicaux, font l'objet d'un traitement informatisé moderne et sont utilisés pour développer la prévention dans tous les établissements.

Les caisses disposent d'ateliers spécialisés pour vérifier la conformité technique des machines, installations et équipements de protection avec les normes de sécurité. De cette manière, et fortes de l'avis des fabricants et des opérateurs, les caisses obtiennent des informations précises dont elles tirent des mesures pratiques de prévention dans les établissements et qu'elles s'efforcent aussi d'introduire dans les normes de sécurité nationales, européennes et internationales.

Les associations professionnelles ont mené ou financé de nombreux projets de recherche orientés vers les besoins ou l'utilisation pratique, afin de contribuer à l'enrichissement des connaissances en matière de sécurité et de santé au travail.

Dans l'intérêt des employeurs et des salariés, tout le travail de prévention des caisses d'assurance contre les accidents vise à rendre les mesures de sécurité et de santé au travail aussi efficaces et économiques que possible. C'est pourquoi les stratégies de mise en application doivent aussi être pratiques. L'efficacité du travail de prévention est surveillée de près.

L'étendue de la protection

Les assurés

Les salariés en emploi ou en formation sont assurés aux termes du régime d'assurance contre les accidents. La protection est accordée indépendamment de l'âge, du sexe, du statut matrimonial, de la nationalité, du niveau de la rémunération ou de l'ancienneté; elle est garantie même lorsque l'entreprise n'est pas encore inscrite dans une caisse d'assurance contre les accidents ou qu'elle n'a pas payé de primes.

Les travailleurs à domicile ou les salariés des petites industries à domicile sont obligatoirement protégés, comme le sont aussi les personnes qui sont au bénéfice de mesures de réadaptation prévues par la sécurité sociale et les employeurs de quelques branches d'activité. Tous les autres employeurs peuvent s'affilier à ce régime.

Dans l'agriculture, les travailleurs agricoles, les exploitants et leur conjoint collaborant à l'exploitation sont obligatoirement assurés.

Dans le secteur public, en plus des employés, de nombreuses catégories de personnes sont assurées (mais non les fonctionnaires et les militaires). C'est le cas, en particulier, des enfants et des jeunes — du jardin d'enfants à l'université —, des personnes qui exercent des activités d'intérêt public et des détenus qui travaillent. La plus grande partie des assurés du secteur public jouissent d'une protection gratuite, financée par l'Etat fédéral, les *Länder* et les communes.

Les éventualités couvertes

Les éventualités couvertes sont les accidents du travail et les maladies professionnelles. Les accidents qui se produisent à l'occasion d'activités liées à l'utilisation de machines et les accidents de trajet sont aussi réputés accidents du travail. Voici les conditions à remplir pour avoir droit à l'assurance:

- appartenir à une catégorie assurée;
- avoir subi une atteinte à l'intégrité physique à la suite d'un événement subit ressortissant à l'emploi;
- avoir exercé une activité couverte par l'assurance au moment de l'accident ou de l'atteinte à la santé (les activités couvertes sont celles qui sont étroitement liées à la relation d'emploi);
- avoir été victime d'un accident ou d'une atteinte à la santé causés par l'exercice d'une activité couverte par l'assurance.

Une faute de l'assuré ne supprime pas le droit à l'assurance mais, si la seule cause de l'accident ressort de la sphère privée (par exemple, si l'assuré était pris de boisson ou participait à une bagarre), l'accident n'ouvre pas droit à l'assurance. Il en va de même si le dommage corporel, quand bien même serait-il survenu au cours de l'emploi, est manifestement dû à un problème de santé antérieur (c'est le cas, la plupart du temps, des crises cardiaques ou des hernies discales).

Une liste officielle énumère les maladies professionnelles, c'est-à-dire celles qui, d'après les connaissances médicales, sont causées par les effets de substances auxquelles certaines catégories de personnes, du fait de leur activité professionnelle, sont nettement plus exposées que la population en général. Une maladie dont l'origine professionnelle vient d'être établie par de nouvelles découvertes scientifiques, mais qui ne figure pas encore sur la liste officielle, peut ouvrir droit à réparation par les caisses d'assurance.

La déclaration et l'enregistrement des accidents

En règle générale, la victime n'a pas à adresser de demande de prestations à la caisse d'assurance contre les accidents qui les lui sert de sa propre initiative. Cela signifie que les déclarations sont faites par d'autres personnes; les employeurs, les médecins et les hôpitaux sont tenus d'informer les caisses d'assurance contre les accidents. De cette façon, tous les cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont enregistrés dans les statistiques.

La réadaptation

Le régime allemand est tenu par la loi de servir des prestations aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, en vue de leur réadaptation médicale, professionnelle et sociale. L'objectif est de rétablir, aussi complètement que possible, la santé de la victime et de la réintégrer dans la vie professionnelle et sociale. En plus de l'adage déjà mentionné, «priorité de la réadaptation sur l'attribution de rentes», le régime prévoit le service de toutes les prestations par la même caisse. Cette manière de faire garantit un programme de réadaptation rapide et coordonné qui tient compte de l'état de santé de la victime, de son niveau d'instruction et de sa situation personnelle. La caisse d'assurance contre les accidents ne se limite pas à verser des prestations et à offrir des soins médicaux, elle cherche à assurer la meilleure réadaptation possible; pour cela, elle s'adresse aux médecins les plus qualifiés et aux hôpitaux les mieux équipés et crée ses propres cliniques, en particulier pour les grands brûlés, les victimes de graves lésions de la colonne vertébrale et du cerveau, fait procéder, en outre, au suivi médical et, si nécessaire, réoriente les programmes de réadaptation.

La réadaptation médicale

Les caisses d'assurance doivent veiller à ce qu'un traitement approprié soit entrepris aussi rapidement que possible après l'accident et comporte, au besoin, les soins de spécialistes ou de médecins du travail. Le traitement relève donc de médecins particulièrement qualifiés — chirurgiens et orthopédistes, spécialistes de la traumatologie du travail —, disposant de moyens techniques et d'installations adéquates et prêts à s'acquitter de certaines tâches administratives — remplir des déclarations et présenter des rapports d'expertise. Après un accident, les victimes devraient immédiatement s'adresser à un médecin conventionné et dûment qualifié. Les caisses confèrent à ces médecins le droit d'ordonner la suite du traitement et de décider si celui-ci est d'ordre général ou, dans les cas graves, d'apporter des soins spéciaux.

C'est justement pour ces cas graves que les caisses d'assurance sont les plus exigeantes en matière de soins: elles ne confient les

victimes qu'à quelques hôpitaux très spécialisés qui sont soumis à des directives et à des contrôles stricts.

Pour surveiller et diriger le traitement, les caisses d'assurance recourent à des experts qui ont pour mission de suivre le déroulement des soins, d'établir des rapports et, si besoin est, de proposer des mesures complémentaires de réadaptation.

Les prestations de soins médicaux et de réadaptation sont entièrement prises en charge par les caisses, selon le principe du tiers payant.

La réadaptation professionnelle

Si le traitement médical ne permet pas aux victimes de reprendre leur travail, les caisses d'assurance doivent offrir une réadaptation professionnelle. La loi prévoit que les moyens de réadaptation s'ajustent à chaque cas particulier (gravité de l'incapacité, niveau d'instruction, qualifications et préférences professionnelles, âge). La réadaptation peut comprendre des mesures spécifiques à l'établissement comme l'aménagement du poste de travail pour tenir compte de l'incapacité; l'aide à la recherche d'un emploi soit dans l'entreprise où s'est produit l'accident, soit dans une autre entreprise; une aide financière à l'employeur disposé à offrir un emploi. Une formation professionnelle, y compris une formation de reconversion, est également assurée.

Comme le régime est responsable à la fois des soins médicaux et de la réadaptation professionnelle, les mesures nécessaires de réadaptation peuvent être planifiées et commencer pendant la réadaptation médicale, avec la participation des victimes et des médecins. Cette tâche est dévolue à des conseillers professionnels qui sont des collaborateurs des caisses d'assurance qualifiés et expérimentés. Ils rendent visite aux blessés graves durant leur hospitalisation, assistent les assurés dans la recherche et le choix des meilleurs moyens de réadaptation professionnelle et les accompagnent jusqu'à leur retour dans le monde du travail.

La réinsertion sociale

La réadaptation médicale et la réadaptation professionnelle sont les premières conditions à remplir pour que les victimes puissent recommencer à vivre autant que possible comme avant l'accident. Il faut cependant les dépasser et faire en sorte que les personnes subissant des effets durables sur leur santé puissent non seulement reprendre leur travail, mais encore participer à la vie sociale, familiale et culturelle. C'est dans cette perspective que les caisses d'assurance allouent des prestations dites de réinsertion sociale: véhicules ou chaises roulantes pour accroître la mobilité; activités sportives pour handicapés destinées à les maintenir en bonne santé et à les faire participer à la vie sociale; aides ménagères; aménagement d'un logement adapté aux besoins des personnes handicapées.

Les prestations en espèces

Durant la première période d'incapacité de travail après l'accident, l'employeur doit continuer à verser le salaire (pendant six semaines au moins selon les conventions collectives). Ensuite, la caisse d'assurance alloue des prestations pour perte de gain («salaire de remplacement») pendant la réadaptation médicale. La prestation en cas d'incapacité correspond généralement au salaire de la victime avant l'accident, déduction faite de sa cotisation à la sécurité sociale et à l'assurance contre le chômage (environ 13%). Durant la période de réadaptation professionnelle, elle verse une prestation pour perte de gain temporaire d'un montant un peu inférieur à celle qui est versée pour incapacité. Ces prestations sont versées pendant toute la durée de la réadaptation médicale et professionnelle, de sorte que la victime et sa famille sont à l'abri du besoin. Le paiement des cotisations aux autres branches de la sécurité sociale évite toute solution de continuité dans la protection de l'assurance.

La réparation financière par l'attribution de rentes

Les rentes

Les assurés reçoivent des rentes d'invalidité à titre de réparation pour les séquelles d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Les rentes ne sont allouées qu'à la fin de la réadaptation et supposent une diminution de la capacité de gain (en général 20%) pendant une période de temps minimale (au moins treize semaines après l'accident). Ces rentes sont calculées en fonction de la diminution de la capacité de gain et des gains annuels.

Un barème indicatif permet de déterminer le taux d'invalidité en fonction de la perte de la capacité de gain. En conséquence, ce n'est pas la perte réelle de gains entraînée par l'accident du travail ou la maladie professionnelle qui sert de référence, mais bien la perte de la capacité de gain sur le marché du travail. La perte de la capacité de gain, qui dépend essentiellement de la gravité de la lésion, est évaluée par un médecin expert. Cette technique contribue à maintenir les frais administratifs à un niveau assez bas et à alléger la charge de l'assuré et de l'employeur. Dans la plupart des cas, le barème indicatif pour le calcul des rentes s'applique de manière à ce que l'assuré ne tombe pas dans une situation économique pire que celle qui était la sienne avant l'accident. Dans de nombreux cas, on observe même une certaine amélioration de cette situation, en ce sens que les rentes contribuent de facto à la réparation des préjudices immatériels. Les principes du barème indicatif et de la priorité de la réadaptation sur l'allocation de rentes sont censés lutter contre le danger de voir l'assuré s'installer dans la sinistrose et adopter une mentalité d'assisté. Au contraire, les assurés sont incités, malgré leurs problèmes de santé persistants, à rechercher un travail rémunéré.

Le principe du barème indicatif est complété par l'évaluation du préjudice subi afin qu'une réparation appropriée soit accordée dans tous les cas.

Le calcul des rentes se fonde aussi sur le revenu annuel, c'est-à-dire la somme des salaires et du revenu d'un travail indépendant de l'assuré pendant l'année qui a précédé l'accident. Les gains annuels devraient correspondre au niveau de vie de l'assuré au moment de l'accident du travail.

Dans certaines conditions, les rentes d'invalidité peuvent être versées en totalité ou en partie.

Les rentes de survivants et autres prestations en cas de décès

Les veuves, les veufs, les orphelins et, dans certaines conditions, les parents d'un assuré décédé des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ont droit à des rentes de survivants qui réparent ainsi la perte des moyens d'existence de la famille. De même que pour les rentes d'invalidité, les rentes de survivants sont calculées sur la base du revenu du travail. Le montant est modulé en fonction des besoins des survivants, notamment des veuves avec ou sans enfants et des orphelins d'un ou des deux parents. On tient compte, dans le calcul des rentes de survivants, du revenu du travail et du revenu de remplacement, à l'exception des rentes pour orphelins de moins de 18 ans. Dans ce cas, le principe de la réparation du préjudice est ainsi respecté: seules les personnes véritablement dépendantes de cette aide reçoivent des prestations proportionnées à leurs besoins.

Outre les rentes de survivants, les frais de transport du corps et les frais funéraires sont pris en charge.

Le droit à la rente de veuf s'éteint par le remariage. En cas de remariage, la caisse verse une indemnité globale égale au double de la rente annuelle.

Le financement et la loi sur les primes d'assurance

Le financement et la loi sur les primes d'assurance diffèrent considérablement selon les domaines de l'assurance contre les acci-

dents (industrie, agriculture, secteur public). Nous ne traiterons ici que de l'assurance contre les accidents dans l'industrie.

Les dépenses du régime d'assurance contre les accidents dans l'industrie sont couvertes presque exclusivement par les primes versées par les employeurs; d'autres ressources existent, mais elles sont plus modestes. Ce sont les dommages-intérêts payés par des tiers (par exemple, pour les accidents de la route), les gains en capital, les majorations imposées en cas de retard dans le versement des primes et les amendes. Il faut souligner que le régime d'assurance contre les accidents dans l'industrie ne reçoit aucune subvention de l'Etat. Les primes ne sont perçues que pour remplir une obligation légale, à l'exclusion de tout bénéfice.

Les primes de chaque entreprise sont calculées en fonction des salaires assujettis à l'assurance (ou du revenu du travail ou du montant de l'assurance de l'employeur). La loi sur les primes d'assurance tient particulièrement compte du nombre d'accidents survenus et du risque couru dans les branches d'activité et dans chaque entreprise. Il faut distinguer ici trois niveaux:

Le premier niveau de prime est fixé en rassemblant une ou plusieurs branches d'activité dans une caisse d'association professionnelle constituant une communauté de risques. Par exemple, l'industrie de la construction enregistre un nombre plus élevé d'accidents et d'accidents graves que l'industrie des instruments de précision. En conséquence, les primes de la première sont beaucoup plus élevées que celles de la seconde.

Dans un deuxième temps, on établit, à l'intérieur de chacune des associations professionnelles où sont réunis différents métiers (par exemple, l'industrie de la construction regroupe les maçons, les couvreurs, les gardiens, etc.) un nouveau classement en fonction du coût des accidents dans les différentes communautés ou classes de risques. La division générale des branches d'activité en classes de risque donne lieu à une tarification (taux de risque) pour chacune des associations professionnelles. Chaque entreprise est inscrite par l'association professionnelle dans une classe de risque; les secteurs d'une même entreprise peuvent appartenir à des classes de risque différentes. Les taux sont revus tous les cinq ans, en prenant en compte les enquêtes statistiques sur la fréquence et les coûts des accidents. Le montant des primes, pour chacune des branches appartenant à une association professionnelle, est fixé en fonction des classes de risque.

Intervient alors une troisième modulation du montant de la prime pour chaque entreprise considérée individuellement. Les données prises en compte sont le nombre, la gravité et le coût des accidents du travail (à l'exclusion des accidents de trajet) qui se sont produits durant les années d'activité antérieures (de un à trois ans). Si les statistiques révèlent une incidence des accidents inférieure à la moyenne dans une entreprise, l'association professionnelle peut réduire sa prime et inversement. Les associations professionnelles ont toute latitude pour appliquer le système du bonus ou du malus, ou encore une combinaison des deux.

La progressivité des primes des entreprises en fonction de l'évolution des accidents est censée convaincre les employeurs de l'effet bénéfique des mesures de prévention, sur ce poste de dépense, et les encourager à accroître leurs efforts dans ce domaine.

Le régime d'assurance contre les accidents est financé par une procédure de répartition rétroactive des dépenses dont le montant dépend de la balance entre dépenses et recettes pour chaque année budgétaire. Le solde débiteur, déterminé selon les mêmes critères que les primes (classe de risque des entreprises, total des salaires versés durant l'année en cause, éventuellement existence d'un bonus ou d'un malus), est réparti entre toutes les entreprises membres d'une association professionnelle. Naturellement, les dépenses courantes doivent être financées à l'avance, par la constitution d'un fonds de roulement et par la perception de primes par anticipation. Pour équilibrer les variations à long terme des primes, les caisses d'assurance contre les accidents sont tenues de

constituer des réserves qui sont investies en priorité dans des institutions qui contribuent à la réalisation des tâches de l'assurance contre les accidents, par exemple aux centres de formation ou aux hôpitaux spécialisés dans les soins à donner aux victimes d'accidents du travail.

Comme les primes ne peuvent pas être fixées par l'employeur, c'est la caisse d'assurance contre les accidents qui s'en charge et qui en donne notification à l'employeur.

Dans le régime allemand d'assurance contre les accidents, qui est organisé par branche d'activité, les changements structurels de l'économie peuvent entraîner pour certaines caisses une charge financière intolérable. C'est ce qui s'est passé notamment pour les mines de charbon. Le nombre des mineurs a fortement décliné ces dernières décennies, mais l'association professionnelle doit continuer de verser des rentes qui remontent à la période où les houillères occupaient beaucoup plus de salariés qu'aujourd'hui. Pour faire face à cette augmentation insupportable des primes, des mesures législatives ont été prises en 1968 pour répartir la charge financière entre les caisses des différentes associations professionnelles qui sont tenues de verser un supplément pour compenser les pertes de celles qui ont droit à cette péréquation. Ce faisant, le législateur a étendu à toutes les entreprises industrielles le principe de solidarité qui s'applique à l'intérieur de chaque caisse d'assurance contre les accidents.

LA RÉPARATION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES EN ISRAËL

Haim Chayon

La couverture et les objectifs de l'assurance

La couverture

En Israël, le régime de réparation des accidents du travail est placé sous le contrôle et l'administration de l'Institut national d'assurance et se fonde sur la loi sur l'assurance, telle que codifiée (1995-5775, chapitre 5 — «Assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles»).

Les personnes assurées et les conditions d'assurance

Le régime s'applique obligatoirement à tous les employeurs qui sont tenus d'assurer tous leurs salariés (à l'exception des policiers, des gardiens de prison et du personnel de la défense) occupés régulièrement ou temporairement, rémunérés à la journée ou au mois, à temps plein ou à temps partiel. Sont également couverts les travailleurs indépendants, les stagiaires, les détenus qui travaillent, les étrangers résidant en Israël, les personnes en stage de réadaptation professionnelle, les résidents israéliens travaillant à l'étranger pour un employeur israélien (sous certaines conditions) et les personnes dont le salaire est fixé par la loi (comme les membres de la Knesset, les juges et les maires) indépendamment de l'âge ou de la nationalité.

Les risques couverts

La loi prévoit l'allocation de prestations afin de protéger rapidement et équitablement les travailleurs contre les accidents du travail, les maladies professionnelles, l'invalidité ou le décès liés au travail.

Si un assuré décède du fait d'une lésion professionnelle (accident ou maladie), ses parents — veuve/veuf, orphelins, père, mère ou autres parents (ci-après dénommés personnes à charge) — ont droit, sous certaines conditions, à des prestations pour lésions professionnelles.

Le terme *lésion professionnelle* s'applique aux accidents, incapacités ou décès résultant de l'emploi. Le terme *accident du travail* se réfère à tout accident «survenant au cours et du fait de l'emploi et/ou d'une activité exercée au nom de l'employeur de l'intéressé». Dans le cas d'un travailleur indépendant, la définition est différente: il s'agit de tout accident dont l'intéressé est victime «au cours et du fait de l'exercice de son activité professionnelle».

L'assurance s'applique également à un accident qui survient alors que la victime se rend en voiture, comme conducteur ou comme passager, ou à pied de son domicile — ou de l'endroit où elle a passé la nuit — à son lieu de travail, ou vice versa, ou d'un lieu de travail à un autre, même si les dommages sont dus à un accident de la circulation, à condition que les obligations ou nécessités du travail de la victime constituent la raison principale de sa présence sur les lieux de l'accident.

L'assurance s'applique également aux maladies professionnelles telles qu'elles sont définies à l'article 2 de la loi susmentionnée.

On entend par *maladie professionnelle* toute maladie contractée du fait du travail ou d'une activité exercée au nom de l'employeur ou, dans le cas des travailleurs indépendants, toute maladie contractée du fait de la profession. Les maladies professionnelles sont énumérées dans une liste établie par l'Institut et publiée dans son règlement.

La liste comprend les maladies dues aux lésions professionnelles causées par des agents physiques, chimiques ou biologiques, ou par différentes formes de travail, et celles qui sont apparemment dues au travail.

Tous les salariés, sans exception, sont couverts par l'assurance. Il appartient à chaque employeur d'assurer ses salariés dans la catégorie correspondante. La couverture par l'assurance est également obligatoire pour le gouvernement, lorsqu'il est l'employeur, et pour tous les employeurs du secteur public.

Les conditions requises pour bénéficier de l'assurance

Le droit aux prestations

- Tout assuré victime d'une lésion professionnelle (accident du travail ou maladie professionnelle) a droit à réparation.
- Tout assuré devenu invalide à la suite d'une lésion professionnelle a droit à une rente ou à une indemnité globale.
- Tout assuré auquel est reconnu un degré d'invalidité de 10% ou plus a droit à une réadaptation professionnelle. Voir ci-après la façon dont est déterminé le degré d'incapacité.

Les conditions requises pour l'ouverture du droit à prestations en cas de lésion professionnelle

Une prestation pour lésion professionnelle est attribuée à tout assuré victime d'un accident en cours d'emploi ou atteint d'une maladie professionnelle, qui se trouve dans l'incapacité d'exercer son emploi initial ou tout autre emploi convenable, et qui, effectivement, ne travaille pas.

Une indemnité globale ou une rente d'invalidité (appelées ci-après *prestations d'invalidité*) est payée à condition que l'invalidité ait été reconnue comme due à un accident du travail et que l'assuré reste frappé d'incapacité du fait de la lésion.

Les conséquences de la lésion sont évaluées en comparant l'état de la victime avec celui d'une personne du même âge et du même sexe en bonne santé. Les tests qui servent à déterminer le degré d'invalidité sont une combinaison de pourcentages fixés pour chaque type de lésion et de prise en compte subjective de certains facteurs; dans certaines professions, la perte de tel ou tel membre est affectée d'un coefficient de pondération plus important dans l'évaluation.

Le degré d'invalidité est déterminé par des commissions médicales qui se divisent en deux catégories:

- les commissions de première instance;
- les commissions d'appel.

Les commissions établissent d'abord le lien de cause à effet entre l'accident du travail ou la maladie professionnelle qui doit être reconnu comme étant à l'origine de l'invalidité, de même que le degré de ce lien. Les commissions médicales indépendantes sont des institutions quasi officielles qui prennent des décisions plutôt que des mesures administratives et qui, à ce titre, sont soumises au contrôle des tribunaux du travail.

Les prestations pour personnes à charge (pensions ou indemnités globales)

Pour avoir droit à une prestation pour personne à charge, une veuve doit être âgée de 40 ans ou plus, ou avoir un enfant qui vit avec elle, ou être incapable de subvenir à ses propres besoins; un veuf doit avoir un enfant qui vit avec lui. *Définition de l'enfant*: tout enfant de l'assuré âgé de moins de 18 ans, ou de moins de 22 ans dans certains cas.

La réadaptation professionnelle

Pour avoir droit à une réadaptation professionnelle, l'assuré doit, du fait des lésions professionnelles dont il a été victime, se trouver dans l'incapacité d'exercer son activité antérieure ou d'occuper tout autre emploi convenable; il doit avoir besoin d'une réadaptation professionnelle et s'y prêter.

Les cotisations des travailleurs indépendants

L'existence d'un arriéré de cotisations met fin aux droits ou réduit le montant des prestations en espèces. Un travailleur indépendant non enregistré comme tel auprès de l'Institut national d'assurance au moment où survient la lésion professionnelle n'a pas droit aux prestations.

Les prestations

La loi sur l'assurance nationale prévoit qu'en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'assuré a droit à deux principaux types de prestations:

Les prestations en nature

Les prestations en nature comprennent les soins médicaux, les séjours de convalescence et la réadaptation médicale et professionnelle.

Les soins médicaux comprennent l'hospitalisation, les médicaments et autres fournitures, la réparation et le remplacement des appareils orthopédiques et moyens thérapeutiques. Les soins médicaux en général sont fournis dans la mesure où la lésion professionnelle et ses effets tout au long de la vie de l'assuré les rendent nécessaires. En fait, ils sont fournis au nom de l'Institut par les caisses maladie agréées et reconnues en tant que services médicaux. La réadaptation professionnelle est offerte par l'Institut, soit directement, soit par l'intermédiaire des services d'autres organismes.

Les prestations en espèces

Allocation pour lésion professionnelle: il s'agit d'une prestation versée pendant une période d'incapacité de travail due à une lésion professionnelle, qui ne peut excéder 182 jours, à compter du lendemain du jour où est survenue la lésion; l'allocation est journalière et son montant est égal à 75% des salaires assujettis à contributions pendant le trimestre qui précède l'accident du travail ou la maladie professionnelle. L'allocation journalière est plafonnée (voir tableau 26.2).

L'allocation pour lésion professionnelle n'est pas payée pendant les deux premiers jours qui suivent celui de l'accident, à moins

Tableau 26.2 • Bénéficiaires des prestations de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles en Israël

Période	Pensions pour personnes à charge ¹		Pensions d'invalidité permanente ¹		Prestations pour lésion professionnelle ¹			
	Travailleurs indépendants	Salariés	Travailleurs indépendants	Salariés	Nombre de jours payés aux		Nombre de victimes	
					Travailleurs indépendants	Salariés	Travailleurs indépendants	Salariés
1965	—	891	150	1 766	132 948	747 803	6 455	54 852
1975	—	2 134	508	4 183	237 112	1 067 250	10 819	65 291
1980 ²	382	2 477	950	6 592	23 617	1 017 877	10 679	63 234
1985	445	2 841	1 232	8 640	165 635	921 295	6 619	50 302
1986	455	2 883	1 258	8 760	169 035	964 250	6 472	51 351
1987	470	2 911	1 291	9 078	183 961	1 026 114	6 959	50 075
1988	468	2 953	1 229	9 416	172 331	1 004 906	6 683	47 608
1989	481	2 990	1 375	9 824	240 995	1 126 001	8 259	51 197
1990	490	3 022	1 412	10 183	248 234	1 159 645	5 346	51 367
1991	502	3 031	1 508	10 621	260 440	1 351 342	8 470	55 827
1992	520	3 078	1 566	11 124	300 034	1 692 430	9 287	64 926
1993	545	3 153	1 634	11 748	300 142	1 808 848	8 973	65 728
1994	552	3 200	1 723	12 520	351 905	2 134 860	9 650	71 528
1995	570	3 260	1 760	12 600	383 500	2 400 000	9 500	73 700

¹ Pour les pensions d'invalidité et la pension pour personnes à charge, le chiffre annuel indiqué correspond au nombre de bénéficiaires au mois d'avril de chaque année. Pour les prestations pour lésion professionnelle, il correspond au nombre total des bénéficiaires au cours de l'année. ² Depuis 1980, le chiffre annuel indiqué pour les pensions d'invalidité est calculé sur la base d'une moyenne mensuelle du nombre de bénéficiaires.

que l'assuré ne soit incapable de travailler pendant 12 jours au moins.

Prestation pour incapacité de travail (pension pour incapacité de travail): cette prestation est servie aux personnes dont le degré d'incapacité est égal ou supérieur à 20%. La pension mensuelle est fixée en fonction du degré d'incapacité médicalement reconnu; son montant est proportionnel au salaire et au degré d'incapacité. Les bénéficiaires de pensions pour incapacité de travail qui appartiennent aux catégories à faible revenu reçoivent en outre une pension complémentaire au titre de «soutien du revenu» (voir tableau 26.2).

Indemnité globale pour incapacité de travail: elle est payée en une seule fois aux personnes dont le degré d'incapacité de travail est compris entre 5 et 19%; son montant est égal à celui de l'allocation journalière pour lésion professionnelle multipliée par 21 fois le pourcentage d'incapacité de travail.

Pension spéciale: elle est payée aux personnes dont le degré d'incapacité de travail est égal ou supérieur à 75%, ou compris entre 65 et 74% pour les personnes qui éprouvent des difficultés à marcher; elle a pour but de fournir une aide financière supplémentaire pour payer les dépenses personnelles et les frais de transport et elle est plafonnée par la loi.

Indemnité spéciale: elle est payée aux personnes dont le degré d'incapacité de travail est égal ou supérieur à 75%, ou compris entre 65 et 74% pour les personnes qui éprouvent des difficultés à marcher; elle aide à l'achat d'une voiture (sous conditions spéciales), à la solution des problèmes de logement et à l'acquisition des appareils rendus nécessaires par l'invalidité.

Prestation de réadaptation professionnelle: ces prestations comprennent l'aide au diagnostic, l'orientation professionnelle, l'allocation

de réadaptation payée pendant les études (comme supplément à la pension d'invalidité), le remboursement ou le paiement de frais divers liés aux études, comme par exemple les voyages, les cours et le matériel pédagogique; dans certains cas, une indemnité est versée pour l'achat d'instruments de travail.

Les prestations pour personnes à charge

Pension pour personnes à charge: son montant est compris entre 40 et 100% de la pension complète à laquelle l'assuré aurait eu droit s'il avait été handicapé à 100%; il est tenu compte du nombre des enfants. Les bénéficiaires d'une pension pour personnes à charge qui appartiennent aux catégories à bas revenus reçoivent en outre une pension complémentaire au titre de «soutien du revenu» (voir tableau 26.2).

Indemnité globale pour personne à charge: cette prestation est payée à une veuve qui n'a pas d'enfants vivant avec elle et qui n'avait pas atteint l'âge de 40 ans lors du décès de son conjoint assuré; elle est égale à 36 fois la pension mensuelle pour personnes à charge.

Indemnité globale en cas de mariage: elle est payée à une veuve ou à un veuf qui se remarie. D'un montant égal à 36 fois la pension mensuelle, elle est versée en deux fractions: une première fois immédiatement après le remariage, une seconde fois deux ans après le remariage (c'est-à-dire au moment où s'éteint le droit à la prestation de survivant).

Réadaptation professionnelle: cette prestation couvre l'enseignement professionnel — formation professionnelle, allocation d'entretien pendant les études, différentes dépenses liées aux études.

Allocation d'entretien pour orphelins: elle est versée à un enfant qui passe la plupart de son temps à étudier dans un établissement du

second degré ou à suivre une formation professionnelle. Son montant est de 9% du salaire moyen au 1^{er} janvier de l'année; elle est versée sous condition de ressources du parent. L'allocation d'entretien est indexée en fonction du taux de l'indemnisation versée au cours de l'année.

Prime de Bar-Mitsva: elle est payée au parent d'un garçon qui atteint l'âge de 13 ans et d'une fille qui atteint l'âge de 12 ans. Son montant est égal aux deux tiers du salaire moyen au 1^{er} janvier, et elle est indexée en fonction du taux de l'indemnisation versée au cours de l'année.

Indemnité globale en cas de décès: cette prestation est versée lors du décès d'une personne dont le degré d'incapacité de travail était égal ou supérieur à 50% et à laquelle était payée une pension d'invalidité, ou lors du décès d'une personne handicapée âgée d'au moins 65 ans (homme) ou 60 ans (femme), ou encore lors du décès d'une personne qui recevait une allocation pour personnes à charge; elle est égale au salaire moyen au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle a eu lieu le décès et elle est indexée en fonction du taux de l'indemnisation versée au cours de l'année; elle est payée au conjoint du défunt (ou, à défaut, à l'enfant du défunt). Pour les bénéficiaires du soutien du revenu, l'indemnité de décès est égale à 150% du salaire moyen tel que défini ci-dessus.

Autres aspects

La réadaptation

Le principal objectif de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles est d'améliorer le bien-être des victimes en les encourageant à reprendre le travail. L'Institut finance les services de réadaptation professionnelle fournis aux personnes dont le degré d'invalidité médical est égal ou supérieur à 10%. En outre, la personne frappée d'invalidité conserve le droit de tirer un revenu supplémentaire d'un travail sans perdre son droit à la pension d'invalidité servie par l'Institut.

L'extension de la couverture

Comme cela a déjà été indiqué ci-dessus, les personnes qui ne sont pas des travailleurs au sens administratif strict du terme, tels que les travailleurs indépendants, les stagiaires, etc., sont elles aussi assurées par l'Institut.

Description du régime

Historique

La première loi sur le travail, promulguée sous le mandat britannique en Palestine (1922 à 1948), a été l'ordonnance de 1922 sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle a été remplacée en 1947 par une loi plus moderne, fondée sur la loi anglaise de 1925. Le principal avantage de ces lois a été de permettre l'introduction en Israël des innovations britanniques dans le domaine de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les lois susmentionnées sont restées en vigueur jusqu'au 1^{er} avril 1954, date à laquelle la Knesset a adopté la loi sur l'assurance nationale. Cette loi a autorisé l'Institut national d'assurance à agir conformément aux dispositions établies. C'est le premier texte général sur la sécurité sociale aux termes duquel a été créé un large éventail de régimes d'assurance et de prestations obligatoires inexistants jusqu'alors.

Cette loi instituait trois grands régimes d'assurance:

- l'assurance vieillesse et survivants;
- l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- l'assurance maternité.

Au fil des ans, la loi sur l'assurance a été modifiée à plusieurs reprises. Voici les principales modifications apportées à la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles:

- l'inclusion des travailleurs indépendants dans le régime d'assurance (1957);
- l'élargissement de la définition de l'«accident du travail», de manière à y inclure les accidents de trajet (à pied ou dans un véhicule) entre le domicile et le lieu de travail.

Les types de couverture

L'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles est administrée par l'Institut national d'assurance. Elle fournit à la fois des prestations en nature et des prestations en espèces. Les employeurs qui cotisent à cette assurance pour leurs salariés sont dégagés de leur responsabilité délictuelle, bien qu'ils puissent être tenus pour responsables en cas de négligence. Les prestations payées par l'assurance nationale sont déduites de la rémunération perçue par le salarié.

En plus des accidents du travail, l'Institut couvre les maladies professionnelles. Une liste de ces maladies figure dans la deuxième annexe aux points 44 et 45 du règlement de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Cette liste est presque complète et contient 49 types de maladies liées au travail. Le système de reconnaissance des maladies professionnelles est un système mixte. Il comprend les maladies professionnelles qui figurent sur la liste, mais d'autres maladies d'origine professionnelle peuvent également ouvrir droit à réparation, sous certaines conditions.

Aux termes de la loi sur l'assurance nationale, est considérée comme «maladie professionnelle» toute maladie définie comme telle par la loi (chap. 85) et contractée du fait du travail, ou dans l'exercice d'une activité exercée au nom de l'employeur ou, dans le cas d'un travailleur indépendant, du fait de sa profession.

Quelques principes applicables en matière de réparation

En vertu de la loi sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, la victime a droit aux prestations prévues par la loi, que son employeur ait ou non versé des contributions à l'Institut; elle a le droit de déposer une demande afin d'obtenir lesdites prestations.

Le fonctionnaire chargé du traitement des demandes de prestations est habilité par le conseil d'administration de l'assurance nationale à statuer sur la validité d'une demande relative à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Si le demandeur n'est pas satisfait de cette décision, il peut porter l'affaire devant le tribunal du travail et, ensuite, interjeter appel auprès de la cour d'appel du travail.

Le requérant auprès du tribunal du travail bénéficie d'une assistance juridique gratuite qui lui est accordée par l'Institut national d'assurance.

Le mécanisme d'indexation des prestations

Les prestations de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles sont adaptées à partir du 91^e jour en fonction de l'augmentation du salaire moyen au 1^{er} janvier qui suit le paiement, puis au cours de l'année, en fonction de l'augmentation du salaire moyen dont les travailleurs bénéficient pour tenir compte de l'inflation.

L'allocation pour lésion professionnelle servie pendant 182 jours est imposable à la source. Les prestations d'invalidité et les prestations de longue durée sont adaptées en fonction de l'augmentation du coût de la vie et de l'évolution du salaire moyen au 1^{er} janvier; elles ne sont pas assujetties à l'impôt.

Lorsqu'un assuré atteint l'âge de l'ouverture du droit à une pension de vieillesse (65 ans pour les hommes, 60 ans pour les femmes), il a la possibilité de choisir entre les deux types de prestations.

Le financement — les contributions

Tous les employeurs doivent verser des contributions pour leurs salariés. Lorsqu'un assuré travaille pour plusieurs employeurs, chacun d'eux doit s'en acquitter comme s'il était le seul employeur. Les travailleurs indépendants et les personnes qui ne sont ni des salariés ni des travailleurs indépendants doivent cotiser pour eux-mêmes. L'employeur verse ses contributions à l'Institut national d'assurance. Jusqu'au 31 mars 1970, le taux de contribution moyen se situait entre 0,5% et 3,0% et, depuis le 1^{er} avril 1971, entre 0,7% et 4,0%. A partir du 1^{er} octobre 1981, le taux minimum a été de 0,7% et le taux maximum de 2,4%. Depuis le 1^{er} juillet 1986, le taux standard des contributions à l'assurance (0,7%) est déterminé indépendamment de l'ampleur du risque dans les différentes branches d'activité, contrairement à ce qui se faisait avant 1986. Depuis le 1^{er} avril 1987, les taux ont baissé en raison du faible coût de la main-d'œuvre.

Pour les salariés, le taux de la cotisation mensuelle est un pourcentage du montant de leur revenu mensuel. Pour les autres travailleurs, le pourcentage est fondé sur leur revenu trimestriel.

Le revenu assujéti aux cotisations est limité par un plancher et un plafond. Pour les salariés et les non-salariés, le plafond de revenu pris en compte pour le recouvrement des cotisations est égal à quatre fois le salaire moyen.

La loi sur l'assurance nationale prévoit un certain nombre d'exonérations de cotisations, par exemple pendant la période où un salarié a perçu des prestations en cas d'accident.

La prévention

La loi sur l'assurance ne traite pas de la prévention des accidents du travail. L'article 82 de la loi se réfère aux lésions provoquées du fait de la négligence de l'assuré. Des sanctions sont appliquées sous la forme d'un non-paiement des prestations lorsque l'incapacité de travail de l'assuré est inférieure à dix jours.

L'Institut national d'assurance participe au financement des associations actives dans le domaine de la prévention des accidents du travail, comme par exemple l'Institut de sécurité et d'hygiène du travail.

L'Institut national d'assurance dispose d'un fonds spécial pour financer les activités de prévention des accidents du travail, comme la recherche et la mise au point de moyens expérimentaux utilisables dans des domaines tels que la sécurité, la technique, la médecine, la chimie industrielle et l'hygiène.

● LA RÉPARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL AU JAPON

Kazutaka Kogi et Haruko Suzuki

Bref aperçu de la couverture et des objectifs

La couverture

Les risques couverts

Le régime japonais de réparation des accidents du travail est placé sous le contrôle du gouvernement et il est régi par la loi sur la réparation des accidents du travail de 1947. Ses prestations ont

pour but de protéger les travailleurs, d'une manière rapide et équitable, contre les accidents, maladies, incapacités ou décès dus à «l'exercice de (leurs) fonctions». La loi ne définit pas «l'exercice des fonctions». D'après les critères utilisés par l'administration publique, cependant, le régime s'applique en cas d'accident, de maladie ou de décès résultant de l'emploi, survenus «pendant une période d'exercice de fonctions durant laquelle le travailleur est sous le contrôle d'un employeur aux termes d'un contrat de travail», et «résultant d'un accident ou de circonstances provoqués par l'exercice de ces fonctions». Le régime s'applique donc à tous les accidents, invalidités ou décès survenus alors que les victimes travaillaient ou se rendaient à leur travail. Il s'applique également aux «maladies ou troubles dont sont victimes les travailleurs exposés, de par leurs fonctions, à des risques aux conséquences soudaines ou chroniques nuisibles à leur santé». Ces maladies dues à l'exercice des fonctions comprennent les maladies provoquées par des lésions résultant de l'emploi, les maladies professionnelles causées par des agents physiques, chimiques et biologiques ou par certaines formes particulières d'exercice de l'activité professionnelle et les maladies apparemment causées par le travail.

Les branches d'activité et les travailleurs couverts

Le régime de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles s'applique obligatoirement à tous les travailleurs salariés employés par des entreprises assujéties à la loi sur les normes du travail. Ces travailleurs comprennent les personnes employées régulièrement ou temporairement, les travailleurs journaliers et les travailleurs à temps plein et à temps partiel, quelle que soit la taille de l'entreprise.

Toutes les branches d'activité sont couvertes par le régime, à l'exception d'une partie de l'agriculture, de la foresterie et de la pêche. Ces exceptions sont les exploitations agricoles individuelles qui emploient moins de cinq personnes, les entreprises forestières qui n'occupent pas de travailleurs réguliers et les entreprises du secteur de la pêche qui emploient moins de cinq personnes et opèrent dans des zones maritimes où la fréquence des accidents est peu importante. Les fonctionnaires, les employés des collectivités locales et les marins sont couverts par des régimes de réparation distincts.

Les prestations

Les accidents du travail et les maladies professionnelles ouvrent droit aux prestations suivantes:

- *prestation médicale*: en principe, le traitement médical (dans certains cas exceptionnels, le remboursement en espèces du traitement);
- *prestation en cas d'incapacité de travail temporaire*: lorsque, du fait de son traitement, l'assuré se trouve dans l'incapacité de travailler et de percevoir un salaire;
- *pension en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle*: lorsque l'intéressé n'a pas recouvré la santé un an et demi après le début du traitement et que son degré d'invalidité perdure;
- *prestation d'invalidité*: elle est fonction du degré d'invalidité des travailleurs;
- *prestation de survivants*: versée aux conjoint, enfants, parents, petits-enfants, grands-parents ou frères et sœurs qui étaient à la charge du défunt;
- *indemnité pour frais funéraires*;
- *prestation pour soins infirmiers*: pour le financement de soins infirmiers à temps plein ou occasionnels, dans le cas du versement d'une pension pour indemnisation de handicaps physiques de grade 1 ou 2, ou dans le cas du versement d'une pension en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

En cas d'accident, de maladie, d'invalidité ou de décès survenant pendant le trajet, la victime bénéficie des prestations suivantes: a) prestation médicale; b) prestation en cas d'incapacité temporaire; c) pension en cas d'accident ou de maladie; d) prestation d'invalidité; e) prestation de survivants; f) indemnité pour frais funéraires; g) prestation pour soins infirmiers. Ces prestations sont les mêmes que celles qui sont servies lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle surviennent sur le lieu de travail.

Les prestations en espèces sont calculées sur la base du salaire journalier moyen des travailleurs concernés. La prestation pour incapacité de travail temporaire est égale à 60% du salaire journalier moyen et elle est versée à partir du quatrième jour d'absence au travail, en même temps que le supplément spécial pour incapacité temporaire, qui est égal à 20% du salaire journalier moyen (l'employeur doit verser pendant les trois premiers jours une indemnisation égale à 60% du salaire moyen). Le montant de la pension servie en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle lorsque le travailleur n'a toujours pas recouvré la santé après un an et demi est compris entre 245 et 313 jours de salaire journalier moyen. La prestation d'invalidité est comprise entre 131 et 313 jours de salaire journalier moyen. Le montant de la somme forfaitaire versée aux survivants est compris entre 153 et 245 jours du salaire journalier moyen.

La prestation en cas d'incapacité temporaire, la pension et la somme forfaitaire sont soumises au système de l'échelle mobile qui reflète l'évolution des salaires. Lorsque pendant un trimestre, le salaire moyen de tous les travailleurs est supérieur de 110% ou inférieur de 90% au salaire moyen du trimestre pendant lequel est survenu l'accident ou la maladie du travailleur concerné, le salaire journalier moyen utilisé pour le calcul de la prestation d'incapacité de travail temporaire est automatiquement révisé en fonction du taux de variation du salaire moyen. Des calculs semblables s'appliquent à la pension et à la somme forfaitaire lorsque pendant une année le salaire moyen de tous les travailleurs est supérieur ou inférieur au salaire moyen pour l'année pendant laquelle le travailleur concerné est décédé ou est tombé malade.

Autres aspects

Les services d'aide sociale

L'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles a pour objectif d'améliorer le bien-être des travailleurs en encourageant et facilitant leur retour au travail ou à la vie sociale, en leur apportant une aide en cas de besoin ou en aidant leur famille en cas de décès, et en leur assurant des conditions de travail appropriées. Le régime comporte donc des dispositions relatives à différents services d'aide sociale et à un certain nombre de mesures de prévention. Certains de ces services sont gérés par l'association des services sociaux du travail, qui est financée par le régime d'assurance. Les services d'aide sociale comprennent la création et la gestion d'hôpitaux et de centres spécialisés dans le traitement des lésions professionnelles, dont les lésions de la moelle épinière; des ateliers de réadaptation; des prêts au logement; des caisses de secours pour l'éducation et les soins infirmiers de longue durée; la mise en place et l'administration d'établissements de soins spéciaux pour les travailleurs victimes de lésions professionnelles; des services d'aide à domicile; la location d'appareils de prothèse et d'orthopédie avec option d'achat.

L'extension de la couverture

Les employeurs des petites et moyennes entreprises et les travailleurs indépendants auxquels, compte tenu de la nature de leur activité, il convient d'offrir la même protection qu'aux salariés, peuvent être couverts par le régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. L'affiliation au régime est autorisée pour les employeurs des petites et moyennes

entreprises qui sont assurés, au niveau général, auprès d'une compagnie d'assurances, de même que pour les travailleurs indépendants qui sont affiliés à un organisme d'assurance générale.

Les travailleurs envoyés en poste à l'étranger par leurs employeurs japonais, ou ceux qui sont détachés comme représentants de petites et moyennes entreprises étrangères sont, eux aussi, couverts.

Description du régime

Historique

La nécessité de réparer les lésions dont les travailleurs sont victimes sur leur lieu de travail a été reconnue pour la première fois dans la loi sur les fabriques (1911) et la loi sur les mines (1905). Ces lois disposaient que les employeurs étaient tenus de prêter assistance aux victimes de lésions professionnelles. La loi sur l'assurance maladie (1922) couvrait les lésions de courte durée dont étaient victimes, sur leur lieu de travail ou non, les travailleurs occupés par les entreprises visées par la loi. La couverture a ensuite été élargie aux lésions de longue durée, ainsi qu'aux travailleurs du génie civil, de la construction et des transports. Une nouvelle étape a été franchie lorsque les deux principales lois susmentionnées sont entrées en vigueur en 1947, après la fin de la seconde guerre mondiale. La loi sur les normes du travail a introduit pour la première fois l'idée de la responsabilité des employeurs et d'une réparation au lieu d'une «assistance» en cas de lésion professionnelle. La loi a placé le régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles sous la tutelle du ministère du Travail nouvellement créé. Le régime d'assurance a été amélioré par des révisions successives de cette loi. Il fonctionne indépendamment des programmes de sécurité sociale en vigueur dans le pays.

Les éventualités couvertes

L'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles est un régime d'assurance public administré par le gouvernement. Elle s'étend à tous les accidents du travail, maladies professionnelles et aux accidents de trajet. Elle fournit des prestations médicales et des prestations en espèces. Les frais médicaux et de réadaptation des travailleurs victimes de lésions professionnelles couvertes par le régime sont payés par l'assurance; ce traitement n'est pas couvert par les régimes d'assurance maladie.

Dans les cas couverts par l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, les employeurs ne sont plus tenus d'indemniser les victimes comme le prévoyait la loi sur les normes du travail. Il existe cependant des conventions collectives qui prévoient une réparation qui va au-delà de celle de l'assurance publique. En outre, certaines entreprises privées se sont affiliées à des régimes de réparation gérés par des compagnies d'assurances privées.

Les différends relatifs au montant des indemnités supplémentaires payées aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et à leurs familles sont souvent portés devant les tribunaux.

Tous les types d'accidents du travail et d'accidents de trajet sont couverts. En ce qui concerne les maladies, une liste des maladies professionnelles est annexée à l'article 35 du décret d'application de la loi sur les normes du travail (révisée en 1978). Cette liste est complète et elle inclut en fait tous les types de maladies liées au travail et classées en neuf catégories:

- les maladies causées par un accident dû au travail;
- les maladies causées par des agents physiques (treize rubriques);
- les maladies causées par des formes particulières d'exercice de l'activité professionnelle impliquant une tension physiologique extrême (cinq rubriques);

- les maladies causées par des produits chimiques et autres (huit rubriques);
- les pneumoconioses causées par un travail dans un lieu où des poussières sont en suspension dans l'air et les maladies compliquées par les pneumoconioses indiquées dans le décret d'application de la loi sur les pneumoconioses (1960);
- les maladies causées par des bactéries, des virus et d'autres organismes pathogènes (cinq rubriques);
- les maladies causées par des substances ou agents cancérogènes, ou par un travail inhérent à un procédé de fabrication cancérogène (dix-huit rubriques);
- les autres maladies désignées par le ministère du Travail;
- les autres maladies apparemment causées par l'exercice de l'activité professionnelle.

Le rôle des partenaires sociaux

L'évolution des principes de la réparation

L'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles a d'abord été un régime d'assurance entièrement financé par les employeurs. Son financement partiel par l'Etat a débuté

en 1960, lorsque la réparation de l'incapacité de longue durée a été adoptée et lorsque le versement d'une somme forfaitaire aux personnes handicapées physiques a été remplacé par le paiement d'une rente. En 1965, l'Etat a commencé à subventionner les dépenses de gestion et les prestations en espèces de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Il a fallu pour cela adopter différentes modifications à la loi sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui n'était applicable, à l'origine, qu'aux entreprises occupant régulièrement cinq travailleurs au moins, à l'exception de l'agriculture, de la foresterie et de la pêche. Les entreprises étaient tenues de s'affilier au régime d'assurance dès le début de leurs activités. L'administration du régime d'assurance est placée sous le contrôle du bureau des normes du travail du ministère du Travail. Des sanctions sont appliquées en cas d'infraction. Les rôles respectifs des employeurs et des travailleurs sont restés fondamentalement les mêmes que ce qu'ils étaient au début du régime.

Les prestations dont bénéficient les travailleurs victimes de lésions et les survivants ont été revues à la hausse à la suite de plusieurs modifications de la loi, qui ont permis: d'améliorer les prestations de longue durée et les pensions versées aux survivants; d'introduire l'indexation des prestations sur les salaires; d'étendre l'ensemble des prestations à tous les accidents de trajet; d'instaurer un régime de supplément spécial et des services d'aide sociale en 1976. C'est en 1981 qu'ont été adoptées les règles sur l'ajustement entre prestations de l'assurance et dommages-intérêts. Des prestations pour soins infirmiers sont en cours d'instauration.

La décision de considérer un accident ou une maladie comme ayant été causés par l'exercice des fonctions fait l'objet d'une interprétation administrative. Les personnes qui ne sont pas satisfaites des décisions ont la possibilité de demander un examen de leur cas ou un arbitrage par arbitre-expert de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, lequel est nommé par le ministre du Travail. Si elles ne sont pas satisfaites de la décision de l'arbitre-expert, elles peuvent demander un réexamen de leur cas par le conseil de l'assurance du travail. Enfin, les personnes qui ne sont pas satisfaites non plus de la décision de ce conseil peuvent saisir les tribunaux.

Le mécanisme de mise à jour

Le mode de fonctionnement du régime d'assurance est approuvé par le conseil de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, qui comprend des représentants des employeurs, des travailleurs et des milieux universitaires. Le développement du régime et les modifications des prestations sont examinés par le conseil dont les travaux ont abouti à plusieurs révisions de la loi sur l'assurance.

Les décisions de la cour d'appel et des tribunaux civils sur les cas de réparation sont prises en compte pour la mise à jour du montant des prestations et des conditions d'attribution.

Le financement

Le gouvernement recouvre les primes d'assurance auprès des employeurs. La prime est calculée en multipliant le total des salaires payables à tous les travailleurs de l'entreprise durant l'année d'assurance par le taux de prime. Celui-ci est calculé pour chaque catégorie d'entreprise, en tenant compte des taux d'accidents antérieurs et d'autres facteurs. Un système au mérite est utilisé pour déterminer le taux de prime de chaque branche d'activité. Les taux des différentes branches au mois d'avril 1992 sont indiqués dans le tableau 26.3.

Des mesures exceptionnelles visant à augmenter ou réduire le taux de prime déterminé par le système au mérite sont applicables depuis 1997 aux petites et moyennes entreprises qui ont adopté

Tableau 26.3 • Taux des primes d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles au Japon (avril 1992)

Branche d'activité	Type d'entreprise	Taux de prime
Foresterie	Abattage et transport de bois	0,142
	Autres	0,041
Pêche	Pêche en mer (sauf cas ci-dessous)	0,067
	Pêche avec des filets stationnaires ou pisciculture	0,042
Mines	Mines de charbon	0,111
	Extraction de minerais métalliques et non métalliques	0,099
	Extraction d'autres minéraux	0,040-0,072
	Extraction de pétrole et de gaz naturel	0,010
Construction	Nouvelles constructions, centrales électriques, tunnels	0,149
	Construction de nouvelles lignes de chemins de fer	0,068
	Construction de nouvelles routes	0,049
	Autres	0,025-0,038
Industries manufacturières	Céramique	0,020-0,027
	Produits ligneux	0,026
	Construction et réparation navales	0,023
	Produits métalliques	0,022
	Fonderie	0,021
	Autres	0,006-0,018
Transports	Chargement/déchargement de bateaux	0,053
	Autres manutentions portuaires	0,029
	Autres manutentions	0,019
	Trafic et transport	0,007
Fourniture d'électricité, de gaz, d'eau ou de chauffage	—	0,006
Autres	Nettoyage, incinération ou transformation de la viande	0,014
	Autres	0,006-0,012

Tableau 26.4 • Entreprises et travailleurs auxquels s'applique l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles et montant des prestations au Japon

Exercice budgétaire (avril-mars)	Etablissements (en milliers)	Travailleurs (en milliers)	Prestations (en millions de yens)	Nouveaux bénéficiaires (en milliers)
1960	808	16 186	27 172	874
1965	856	20 141	58 372	1 341
1970	1 202	26 530	122 019	1 650
1975	1 535	29 075	287 640	1 099
1980	1 840	31 840	567 288	1 099
1985	2 067	36 215	705 936	902
1986	2 110	36 697	724 260	859
1987	2 177	38 800	725 922	847
1988	2 270	39 725	733 380	832
1989	2 342	41 249	741 378	818
1990	2 421	43 222	753 128	798
1991	2 492	44 469	770 682	765
1992	2 542	45 832	791 626	726
1993	2 577	46 633	799 975	696
1994	2 604	47 008	806 932	675

des dispositions spéciales pour assurer la sécurité et la santé de leur personnel.

Les travailleurs victimes de lésions professionnelles, ou les survivants, sont censés fournir les informations nécessaires lorsqu'ils déposent une demande de prestations. Les travailleurs qui reçoivent des soins médicaux pour accident de trajet doivent contribuer eux-mêmes aux dépenses jusqu'à un maximum de 200 yens pour le premier traitement médical.

La prévention

Un certain nombre de mesures de prévention sont prises par les services d'aide sociale qui relèvent de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles:

- création et gestion de centres de santé professionnelle;
- apport d'un soutien financier à des associations de sécurité et de santé au travail.

Des mesures de prévention fort diverses sont donc financées par des fonds de l'assurance.

Aperçu général des coûts

L'évolution du nombre des entreprises et des travailleurs couverts par le régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles et le montant annuel total des paiements de l'assurance sont indiqués au tableau 26.4. Il convient de noter que l'échelle mobile des pensions a été appliquée pour la première fois en 1983 et que le plafond et le plancher du salaire journalier moyen utilisé pour le calcul du montant de la prestation pour incapacité temporaire servie aux personnes ayant besoin de soins de longue durée ont été instaurés en 1990. Le tableau montre que le nombre des travailleurs protégés par le régime d'assurance a augmenté de façon régulière, mais que le nombre des cas ayant bénéficié de prestations a diminué depuis 1988.

En 1994, 25% du total des prestations de l'assurance étaient consacrés aux soins médicaux, 14% aux prestations pour incapacité temporaire, 6% aux sommes forfaitaires payées en cas d'invalidité, 39% aux pensions et 14% aux indemnités spéciales. On trouvera la répartition des prestations de l'assurance par branche d'activité au tableau 26.5.

ÉTUDE DE CAS: LA SUÈDE

Peter Westerholm

Les objectifs

Le régime suédois de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles a été instauré par la loi de 1993 sur

Tableau 26.5 • Paiement des prestations de l'assurance, par branche d'activité, au Japon

Branche d'activité	Entreprises ¹		Travailleurs ¹		Prestations ²	
	Nombre	(%)	Nombre	(%)	(en milliers de yens)	(%)
Foresterie	26 960	(1,0)	126 166	(0,3)	33 422 545	(4,2)
Pêche	6 261	(0,3)	56 459	(0,1)	3 547 307	(0,4)
Mines	6 061	(0,2)	55 026	(0,1)	58 847 081	(7,3)
Construction	666 500	(25,6)	5 886 845	(12,5)	268 977 320	(33,6)
Industries manufacturières	544 275	(20,9)	11 620 223	(24,7)	217 642 629	(27,2)
Transports	70 334	(2,7)	2 350 323	(5,0)	64 536 818	(8,1)
Fourniture d'électricité, de gaz, d'eau ou de chauffage	1 962	(0,1)	188 255	(0,4)	1 344 440	(0,2)
Autres	1 281 741	(49,2)	26 724 978	(56,9)	151 657 177	(19,0)
Total	2 604 094	(100,0)	47 008 275	(100,0)	799 975 317	(100,0)

¹ A la fin de l'exercice budgétaire 1994. ² A la fin de l'exercice budgétaire 1993.

l'assurance invalidité professionnelle (Lagen om arbetskadeförsäkring). Il fait partie intégrante du système suédois de sécurité sociale. Il est financé par le budget général de l'Etat, mais également par les contributions recouvrées auprès des employeurs.

Aux termes de la loi, le régime se propose de compenser la perte de revenu et la perte évaluée de la capacité de gain. Un grand nombre de participants au marché du travail disposent en outre d'un régime complémentaire fondé sur les conventions collectives conclues entre les partenaires sociaux (organisations d'employeurs et syndicats des secteurs public et privé); il prévoit de réparer la peine et la souffrance, l'invalidité et autres types d'incapacité. Ce régime d'assurance collective couvre la responsabilité civile sans faute (TFA, selon le sigle suédois): pour qu'une demande soit acceptée, l'intéressé n'a donc pas à apporter la preuve d'une négligence de son employeur ou d'une tierce partie. Ce régime d'assurance complémentaire n'est ni imposé ni régi par la loi; il est administré conjointement, sur la base du partenariat, par les organisations d'employeurs et les syndicats. Il ne sera ici question que du régime suédois obligatoire établi par la loi.

L'organisation

Le régime fonctionne sur la base des déclarations faites par les assurés en cas d'accident ou de maladie. La population assurée comprend quiconque est employé sur le marché du travail au moment où la maladie ou les problèmes de santé se manifestent. La déclaration — qui implique que la victime remplisse un formulaire — est faite à l'employeur, qui est tenu de la transmettre au bureau local ou régional de l'assurance sociale. Après examen du dossier et des justificatifs annexés à la déclaration, le conseil régional de l'assurance sociale décide d'accepter ou de rejeter la demande.

Lorsque le demandeur ou une tierce partie n'est pas satisfait de la décision prise par le conseil régional de l'assurance sociale, il peut porter l'affaire devant une cour d'appel administrative. Cette cour fait partie du système judiciaire suédois.

Le régime est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1993 et fonctionne sur la base de trois grands principes:

- la notion de lésion professionnelle;
- la notion de risque sur le lieu de travail;
- la relation de cause à effet entre le risque et la maladie en question.

La lésion professionnelle

La notion de lésion professionnelle comprend deux éléments principaux: les accidents du travail et les maladies professionnelles. Le mot important ici est celui de *lésion*. Cette lésion peut être causée soit par un accident survenu au travail, soit par l'exposition à un risque provoquant une maladie sur le lieu de travail actuel ou sur un lieu de travail précédent. La notion de lésion comprend donc à la fois les conséquences des dommages corporels causés par les accidents et les maladies ou les atteintes à l'intégrité physique considérées comme causées par d'autres agents physiques, chimiques, psychologiques ou d'autres facteurs liés au milieu de travail. La notion de maladie, telle qu'elle est retenue par le régime suédois, est très large. Elle comprend à la fois les maladies qui figurent, par exemple, dans la Classification internationale des maladies de l'OMS, et les troubles fonctionnels, affections ou atteintes à l'intégrité physique perçus par l'intéressé comme des altérations de sa santé. La Suède n'a donc pas établi de liste officielle des maladies professionnelles ou liées au travail. Toute maladie ou atteinte à l'intégrité physique, telles que définies ci-dessus, peuvent être considérées et reconnues comme étant d'origine professionnelle, d'après les éléments de preuve présentés à l'appui de la demande de réparation. Cela implique que, outre les maladies ou les problèmes de santé directement causés par le

travail ou par des facteurs propres au lieu de travail, il faut inclure également dans la notion de lésion professionnelle les facteurs suivants:

- la manifestation précoce d'une maladie qui est liée au travail, mais qui affecte également la population en général sans qu'il y ait pour autant une quelconque association avec les conditions de travail;
- la maladie ou les troubles fonctionnels sans lien de cause à effet avec les conditions de travail, mais dont l'accélération ou l'aggravation peuvent être dues à des facteurs propres au lieu de travail.

Cette notion très large des lésions professionnelles est appliquée depuis 1977 et elle n'a pas subi de changement dans la loi telle que modifiée, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1993. Cela signifie qu'il n'existe pas de liste «fermée» des maladies professionnelles. Il n'y a pas non plus de distinction entre les maladies causées par l'exercice de l'activité professionnelle et celles qui sont liées au travail. La reconnaissance d'une maladie ou d'un trouble fonctionnel notifiés par une victime (couverte par le système de sécurité sociale) comme étant une maladie professionnelle dépend des éléments de preuve présentés par le demandeur.

Le recours à une notion aussi large permet au régime d'identifier tout problème de santé dont la cause pourrait être les conditions de travail ou auquel celles-ci auraient pu contribuer.

Le facteur de risque sur le lieu de travail

La reconnaissance d'une maladie professionnelle dépend de l'identification d'un facteur de risque sur le lieu de travail. Lorsque ce facteur ne peut pas être identifié et évalué comme étant assez significatif dans le type de lésion en cause, la maladie ou l'incapacité fonctionnelle ne peuvent pas non plus être reconnues comme étant d'origine professionnelle.

Par *facteur de risque*, il faut entendre tout agent physique, chimique ou autre susceptible d'avoir un effet négatif sur l'état de santé des travailleurs. Cette notion est cependant limitée: la loi ne considère pas comme facteurs de risque ceux qui sont liés à la fermeture des entreprises, aux conflits du travail, à l'absence de tout soutien social, à la non-adaptation à la culture de l'entreprise et à d'autres considérations de même ordre.

La législation en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1993 dispose qu'«un facteur de risque est celui dont il existe une forte probabilité qu'il provoque une maladie ou une atteinte à l'intégrité physique».

Ce libellé impose des règles plus strictes — par comparaison avec la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 1992 — sur les éléments de preuve à soumettre à l'examen des conseils de l'assurance sociale. Les textes explicatifs annexés à la loi précisent également que l'évaluation des risques que présente le facteur en cause doit être conforme à l'opinion dominante — ou, idéalement, au consensus — des experts médicaux qualifiés. Si les opinions divergent sur l'évaluation des propriétés dangereuses du facteur, celui-ci ne sera pas considéré comme ayant satisfait à la condition de la plus forte probabilité.

L'évaluation du facteur de risque implique aussi une évaluation quantitative. L'exposition au facteur en cause doit donc être prise en compte sous ses différents aspects, tels que la durée, l'intensité et autres critères à considérer pour en déterminer les propriétés dangereuses.

La relation de cause à effet

Une fois établie comme fortement probable l'existence ou l'intervention antérieure d'un facteur de risque — ce qui comprend également une évaluation quantitative —, la prochaine étape consiste à parvenir à une conclusion quant à la plausibilité d'un lien de cause à effet dans le cas individuel en examen. Voici la règle

générale à suivre en la matière: le poids des éléments de preuve devrait faire apparaître un lien de cause à effet entre l'exposition au risque et la maladie ou le problème de santé pour qu'elle puisse être reconnue comme une lésion professionnelle. Dans la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 1992, la notion de lien de cause à effet était nettement plus large. On présumait en effet l'existence d'un lien de cause à effet dès que la présence d'un facteur de risque avait été acceptée comme probable et qu'aucune preuve du contraire ne pouvait être apportée. La charge de la preuve a maintenant été renversée. Il faut aujourd'hui disposer d'une preuve de l'existence d'un lien de causalité. Dans la pratique, cela signifie qu'il faut également prendre en considération d'autres causes, par exemple certains aspects du mode de vie du demandeur, ses activités de loisirs ou sa situation personnelle en général.

L'évaluation de la vulnérabilité individuelle

Le principe fondamental, dans l'application de la législation, est que tous les assurés doivent être acceptés, quels que soient leur faiblesse de constitution et leur degré de vulnérabilité. Il peut soulever des difficultés considérables, par exemple en ce qui concerne l'évaluation des problèmes de santé liés à des réactions d'hypersensibilité et à des allergies. Il peut être très difficile de porter un jugement, pondéré sur l'importance relative de la constitution d'une personne et des facteurs professionnels ou liés au milieu de travail. En l'espèce, la difficulté réside dans la définition et l'évaluation des propriétés du facteur de risque. L'agent (par exemple, l'exposition à un produit chimique sur le lieu de travail ou à un polluant atmosphérique) peut être sans danger pour les personnes les plus exposées, mais non pour celles qui y sont particulièrement sensibles.

La réparation des lésions professionnelles et les mesures de prévention

En Suède, le régime public de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles et les systèmes publics d'application des mesures de prévention en faveur de la santé au travail sont séparés et n'ont aucun lien direct. Le taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles n'a pas d'effet sur le montant des contributions financières des employeurs ou des entreprises: c'est un système de paiement à un taux forfaitaire.

Le régime de réparation ne fournit des prestations qu'aux personnes victimes de lésions dont l'origine professionnelle a été reconnue et il n'a aucun rapport avec la mise en œuvre des mesures de prévention.

Il en va de même en ce qui concerne la réadaptation professionnelle, et ce, que l'accident ou la maladie aient été ou non reconnus comme étant d'origine professionnelle. L'employeur a une obligation de principe: prendre des mesures en vue d'une réadaptation lorsque le travailleur a été absent de son poste pendant quatre semaines ou plus.

Le rôle des partenaires sociaux

La législation relative à l'assurance sociale n'accorde aucun rôle aux partenaires sociaux (c'est-à-dire aux organisations d'employeurs et aux syndicats) dans le rejet ou l'acceptation des demandes de réparation des lésions professionnelles. Dans l'entreprise, l'employeur est tenu par la loi de transmettre au régime

d'assurance sociale toute demande de réparation présentée par l'un de ses salariés. Les organisations syndicales fournissent généralement des conseils et un appui à ceux de leurs membres qui déposent des demandes. Cet appui comprend la rédaction de la demande, l'examen des conditions de travail, etc.

La situation actuelle

Depuis que la législation actuelle est entrée en vigueur, les autorités de contrôle ont passé beaucoup de temps à traiter le grand nombre de cas notifiés aux termes de la législation antérieure. Cela explique que les effets de la nouvelle loi soient encore peu connus et que les statistiques officielles soient incomplètes.

Il est devenu nécessaire aujourd'hui de mettre au point des directives pratiques pour la mise en œuvre de la législation. Le régime d'assurance TFA a récemment publié, conjointement avec l'institut national de la vie professionnelle, un rapport qui fait le point des connaissances actuelles sur les maladies et les facteurs professionnels liés à certaines catégories de maladies. De telles descriptions existent aujourd'hui pour les tumeurs, les maladies du système nerveux, les maladies des poumons et de la plèvre, les maladies malignes, les maladies cardio-vasculaires, les dermatoses et le déficit auditif lié à l'exercice de la profession (National Institute for Working Life and Labour Market No-Fault Liability Insurance Trust, 1995). Un autre volume consacré aux troubles psychologiques et aux troubles mentaux liés au stress est en préparation.

Avant le changement de la législation sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, le nombre des cas de maladies professionnelles ayant ouvert droit à réparation au début des années quatre-vingt-dix était d'environ 50 000 à 55 000 par an. Le nombre des accidents du travail déclarés et reconnus à la même époque était de 20 000 à 22 000 par an. Les affections musculo-squelettiques représentaient l'essentiel (80%) des cas de maladies déclarés.

La coordination automatique des paiements effectués par le régime de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le régime général d'assurance maladie est un facteur important, qui a des répercussions sur le nombre des lésions professionnelles déclarées. En 1993, le temps nécessaire à cette coordination est passé de 90 à 180 jours. Ainsi, une maladie ou un accident, même lorsqu'ils ont un lien de cause à effet avec l'activité professionnelle, n'ouvrent droit à réparation que s'ils entraînent une longue absence au travail (plus de 180 jours) ou une invalidité permanente. Pendant les 180 premiers jours, les prestations sont assurées par le régime général d'assurance maladie.

On s'attend que le nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles déclarés et, par conséquent, le nombre des cas reconnus commence à diminuer de façon importante dans un proche avenir. Les procédures utilisées pour l'établissement des statistiques officielles n'ont pas encore été adaptées aux changements intervenus dans la législation. En conséquence, le nombre des déclarations et des lésions professionnelles reconnues et enregistrées aujourd'hui est une combinaison des demandes déposées aux termes de la législation antérieure et des demandes relevant de la législation en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1993. Les statistiques officielles ne montrent donc pas encore l'effet des modifications apportées à la législation.

Références bibliographiques

- Abenham, L. et Suissa, S., 1987: «Importance and economic burden of occupational back pain», *Journal of Occupational Medicine*, vol. 29, pp. 670-674.
- Aronoff, G.M., McLary, P.W., Witkower, A. et Berdell, M.S., 1987: «Pain treatment programs: Do they return workers to the workplace?», *ibid.*, pp. 123-136.
- Berthelette, D., 1982: *Effects of Incentive Pay on Worker Safety*, n° 8062t (Montréal, IRSST).
- Brody, B., Letourneau, Y. et Poirier, A., 1990: «Indirect cost theory of work accident prevention», *Journal of Occupational Accidents*, vol. 13, pp. 255-270.
- Bureau international du Travail (BIT), 1964: convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964 [tableau I modifié en 1980] et recommandation (n° 121), 1964 (Genève).
- . 1993. *Proceedings of the International Symposium on Work-Related Diseases: Prevention and Health Promotion (October 1992)* (Linz).
- Burger, E.J., 1989: «Restructuring workers' compensation to prevent occupational disease», *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 572, pp. 282-283.
- Choi, B.C.K., 1992: «Definition, sources, magnitude, effect modifiers and strategies of reduction of the healthy worker effects», *Journal of Occupational Medicine*, vol. 34, pp. 979-988.
- Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail, 1989: *Epidemiology of Work-Related Diseases and Accidents*, Technical Report Series No. 777 (Genève, OMS).
- Cousineau, J.M., Lacroix, R. et Girard, A.M., 1989: *Occupational Hazard and Wage Compensating Differentials*, Cahier 2789 (Montréal, CRDE, Université de Montréal).
- Dejours, C., 1993: «Ergonomics, occupational health and health status of groups of workers», dans D. Ramaciotti et A. Bousquet (directeurs de publication): *Ergonomics and Health* (Genève, Medical Hygiene).
- Durrafourg, J. et Pélegrin, B., 1993: «Prevention as a benefit», dans *Ergonomics and Health*, *ibid.*
- Euzéby, A., 1993: *Financing the Social Security: Economical Efficacy and Social Rights* (Genève, BIT).
- Faverge, J.M., 1977: «Risk factor analysis of safety at the workplace», *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 25, pp. 229-241.
- François, M. et Liévin, D., 1993: «Is there a specific risk for uncertain jobs?», dans *Ergonomics and Health*, *op. cit.*
- Gressot, M. et Rey, P., 1982: «Analyse épidémiologique d'accidents professionnels, d'après les données de la CNA», *Sozial-und Präventivmedizin*, vol. 27, n° 4, pp. 167-172.
- Helmkamp, J.C. et Bone, C.M., 1987: «The effect of time in a new job on hospitalization rates for accidents and injuries in the US Navy, 1977 through 1983», *Journal of Occupational Medicine*, vol. 29, pp. 653-659.
- Johnson, M.R. et Schmieden, B.A., 1992: «Development of a library-based information service for the subject of worker's compensation: A proposal», *ibid.*, vol. 34, pp. 975-977.
- Judd, F.K. et Burrows, G.D., 1986: «Psychiatry compensation and rehabilitation», *Medical Journal of Australia*, vol. 144, pp. 131-135.
- Laflamme, L. et Arsenault, A., 1984: «Wage modes and injuries at the workplace», *Industrial Relations Journal*, vol. 39, pp. 509-525.
- Léger, J.P. et Macun, I., 1990: «Safety in South African industry: Analysis of accident statistics», *Journal of Occupational Medicine*, vol. 11, pp. 197-220.
- Mallino, D.L., 1989: «Workers' compensation and the prevention of occupational diseases», *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 572, pp. 271-277.
- Mikaelsson, B. et Lister, C., 1991: «Swedish occupational injury insurance: A laudable programme in need of reform», *International Social Security Review*, vol. 44, pp. 39-50.
- Morabia, A., 1984: *The Italian Preventive System for the Working Environment*, Cahiers ECOTRA, n° 5 (Genève, Université de Genève).
- National Institute for Working Life and Labour Market No-Fault Liability Insurance Trust, 1995: «Arbetsjukdom — skadlig inverkan — samband med arbete. Ett vetenskapligt underlag för försäkringsmedicinska bedömningar (6 skademråden)», *Arbete och Hälsa*, vol. 16, pp. 1-219.
- Niemcryk, S.J., Jenkins, C.D., Rose, R.M. et Hurst, M.W., 1987: «The prospective impact of psychological variables on rates of illness and injury in professional employees», *Journal of Occupational Medicine*, vol. 29, pp. 645-652.
- Lagen om arbetskadeförsäkring (1976:380)*, avec amendement (1993:357), 1993.
- Rey, P. et Bousquet, A., 1995: «Compensation for occupational injuries and diseases: Its effect upon prevention at the workplace», *Ergonomics*, vol. 38, pp. 475-486.
- Rey, P., Gonik, V. et Ramaciotti, D., 1984: *Occupational Medicine Inside the Swiss Health System*, Cahiers ECOTRA, n° 4 (Genève, Université de Genève).
- Rey, P., Meyer, J.J. et Bousquet, A., 1991: «Workers using VDT: Difficulties at their workplace and the attitude of the occupational physician in such a case», dans W.T. Singleton et J. Dirckx (directeurs de publication): *Ergonomics, Health and Safety: Perspectives for the Nineties* (Louvain, Louvain University Press).
- Stonecipher, L.J. et Hyner, G.C., 1993: «Health practices before and after a worksite health screening», *Journal of Occupational Medicine*, vol. 35, pp. 297-305.
- Tchopp, P., 1995: «Crises et mutations économiques: l'impact sur la sécurité sociale», *Réalités sociales*, vol. 29, pp. 75-83.
- Von Allmen, M. et Ramaciotti, D., 1993: «LBP occupation and everyday life», FNRS n° 402-7068.
- Walsh, N.E. et Dumitru, D., 1988: «The influence of compensation on recovery from low back pain», dans R. A. Deyo (directeur de publication): *Back Pain in Workers* (Philadelphie, Hanley and Belfus) (*Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, vol. 3, n° 1, pp. 109-121).
- Walters, V. et Haines, T., 1988: «Worker's use and knowledge of the 'internal responsibility system'. Limits to participation in occupational health and safety», *Canadian Health Policy*, vol. 14, pp. 411-423.
- Warsaw, L.J., 1988: «Occupational stress», *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, vol. 3, pp. 587-593.
- Yassi, A., 1983: *Recent developments in worker's compensation*, First Annual Conference of the Canadian Council of Occupational Medicine, November, Toronto.

Références complémentaires

- Böckle, B., 1993: *Injury Statistics, a Statistical Model*, Report n° 23, Switzerland (CFST).
- Djordjevic, D.D.P., 1983: «Multiphastic screening», dans L. Parmeggiani (directeur de publication): *ILO Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*, 3^e édition (Genève, BIT).
- Hansen, J.A., 1993: «OSHA regulation of ergonomic health», *Journal of Occupational Medicine*, vol. 35, pp. 42-46.
- Hill, A.B., 1971: *Principles of Medical Statistics* (Londres, *The Lancet*).
- Kochan, F., 1992: «Occupational diseases and possibility of preventing them», ISSA/AP/PC/XX/1, *Report of the Permanent Committee on Prevention of Occupational Risks, Acapulco, 22 November-1 December*.
- LaDou, L., 1991: «The challenge of international occupational health», *ICOH Quarterly Newsletter*, vol. 10, n° 2, pp. 1-8.
- Muir, D.C., 1995: «Cause of occupational diseases», *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 52, n° 5, pp. 289-293.