



Distinction entre l'accident (LAA) et la maladie (LAMal)

Suva Medical

Pour les patients et les patients, il est primordial de savoir si les coûts de leurs soins de santé sont couverts par l'assurance-maladie ou l'assurance-accidents. Cette prise en charge dépend de la participation aux frais prévue dans l'assurance-maladie par la franchise ou la quote-part.

Autorenschaft

Josef Grab, Chirurgie, médecine des assurances
de la Suva

Nicole Pfrunder, avocate, division juridique de la Suva

Distinction entre l'accident (LAA) et la maladie (LAMal)

La loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) stipule que les prestations d'assurance sont accordées en cas d'accidents professionnels et non professionnels, de maladies professionnelles ou de lésions corporelles assimilées à un accident conformément à cette loi (article 6 LAA). L'assurance-maladie sociale verse quant à elle des prestations en cas de maladie, d'accident, pour autant qu'aucune assurance-accidents n'intervienne, ainsi qu'en cas de maternité. (article 1a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; LAMal).

Accident

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) définit quand un accident est considéré comme tel dans le sens du droit de l'assurance-accidents. Aux termes de cette loi, est réputée accident «toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.» (article 4 LPGA). En revanche, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (article 3 alinéa 1 LPGA). Dans le contexte de l'assurance-accidents, savoir si la notion d'accident est remplie n'est pas une question médicale mais une question juridique, qui doit donc faire l'objet d'une réponse à la lumière de l'application du droit [1]. Pour reconnaître un accident au sens de la loi, tous les critères cités doivent être remplis. Lorsque l'on s'interroge sur la présence d'un facteur extérieur extraordinaire, notamment, il existe une abondante jurisprudence du Tribunal fédéral [2]. Il convient de souligner que, selon une jurisprudence constante, la notion médicale de «traumatisme» ne se confond pas avec la notion d'accident relevant du droit des assurances au sens de l'article 4 LPGA [3]. C'est pourquoi dans le cadre du travail médical, il s'avère souvent fastidieux de déterminer s'il s'agit d'un accident au sens de la loi, de sorte que le terme d'accident doit être évité dans ce contexte.

Il découle de la définition d'accident qu'un lien doit exister entre l'atteinte dommageable à la santé et l'événement dommageable de caractère accidentel. Selon la définition du Tribunal fédéral et de la doctrine, l'assureur-accident est tenu de verser des prestations lorsqu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé [4].

Le lien de causalité naturelle évalue le lien effectivement explicable entre la cause et le tableau clinique sur la base d'une discussion des aspects scientifiques et techniques; il s'agit donc d'une interrogation relevant de la médecine ou des sciences naturelles. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral statue que sont considérées comme causes au sens du lien de causalité naturelle toutes les circonstances en l'absence desquelles il y a lieu d'admettre que le résultat constaté [ajout des auteurs: des atteintes à la santé] ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne se serait pas produit de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire qu'un accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire que l'accident se présente comme la condition sine qua non de celle-ci [4].

Ce lien de causalité naturelle doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité qu'il existe un rapport de cause à effet ne suffit pas pour que l'assureur-accidents soit tenu de prendre en charge des prestations [4]. Selon le degré de la vraisemblance prépondérante, une preuve est considérée comme apportée lorsque, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude de l'affirmation factuelle sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération [5]. En d'autres termes, le Tribunal doit retenir l'exposé des faits qu'il estime le plus probable par rapport à tous les déroulements possibles [6].

Au-delà du lien de causalité naturelle, l'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations suppose également qu'il existe un lien de causalité adéquate [4]. Ce lien est examiné lorsqu'il n'y a pas de résultats pouvant être mis en évidence du point de vue organique à la suite d'un accident, mais que le patient ou la patiente continue malgré tout à se plaindre de troubles [7]. À titre d'exemple, on peut mentionner des douleurs cervicales persistantes sans preuve d'une modification structurellement objectivable par une radiographie ou une IRM après un léger choc arrière. Par rapport à la causalité naturelle, il ne s'agit pas d'une théorie de causalité logique, mais d'une théorie d'imputabilité basée sur l'évaluation. Par conséquent, la question du lien de causalité adéquate est d'ordre juridique, contrairement à la question du lien de causalité naturelle [8]. Selon la jurisprudence, un événement est considéré comme la cause adéquate des troubles si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, la cause considérée était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par le fait en question [4]. Le Tribunal fédéral a développé deux catalogues de critères qui doivent être examinés dans l'application du droit en fonction de la situation donnée lors de la question du lien de causalité adéquate [9].

Même si un assureur-accidents a reconnu son obligation de verser des prestations, cela ne signifie pas dans tous les cas une prise en charge à vie des prestations. Un assureur-accidents est par exemple tenu de suspendre, naturelle entre les symptômes de la personne assurée et l'événement dommageable de caractère accidentel, ou que celui-ci a disparu avec une probabilité prépondérante. Mentionnons en particulier les cas de figure dans lesquels l'événement porte atteinte à une partie du corps déjà touchée par un état antérieur (usure ou maladie), souvent inconnu de la personne assurée. Pour que l'obligation d'allouer des prestations soit illimitée, une aggravation durable ou déterminante de l'état antérieur comme conséquence de l'accident doit être avérée. Dès que la personne accidentée retrouve l'état de santé qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou présente celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident au degré de vraisemblance prépondérante par suite de l'évolution ordinaire d'un état pathologique préexistant (*statu quo sine*), l'assureur-accidents doit suspendre ses prestations [10].

On peut citer comme exemple d'aggravation durable ou déterminante une chute sur un genou, à la suite de laquelle une gonarthrose est constatée, mais où une rupture du ligament croisé antérieur est également diagnostiquée. Avec ou sans traitement chirurgical, on peut supposer que la rupture du ligament croisé antérieur a une influence négative sur l'évolution de la gonarthrose. Il faut en revanche s'attendre à une aggravation limitée dans le temps si une gonarthrose devient symptomatique à la suite d'une contusion sans lésion supplémentaire des ligaments ou du ménisque. L'assurance-accident est tenue de verser des prestations pendant quelques semaines à quelques mois, selon la gravité de la contusion. La nature même de l'usure fait que des douleurs peuvent apparaître indépendamment de tout accident.

Lésion corporelle assimilée à un accident

Au-delà de l'octroi de prestations d'assurance en cas d'accidents professionnels et non professionnels, l'assurance-accidents fournit également ses prestations pour une liste exhaustive de huit diagnostics, pour autant qu'ils ne soient pas dus de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 pour cent [11], à l'usure ou à une maladie. (article 6 alinéa 2 LAA).

L'obligation d'allouer des prestations est conditionnée par l'existence de l'un de ces diagnostics. L'élément central de l'évaluation de la médecine des assurances est l'étude de la pathogenèse au cas par cas. Si l'étude de la pathogenèse conclut l'existence d'une pathologie principalement due à l'usure ou à une maladie, la compétence de l'assureur-accidents doit être déclinée [12].

Maladie professionnelle

Enfin, l'assureur-accident est tenu de verser des prestations en cas de maladie professionnelle. Il convient ici d'évaluer s'il s'agit d'une maladie due exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux (article 9 al. 1 LAA). D'après le Tribunal fédéral, une causalité «prépondérante» de maladies par des substances nocives ou certains travaux n'existe que lorsque ceux-ci pèsent plus que toutes les autres causes participantes, et par conséquent pèsent plus de 50 pour cent dans l'ensemble du spectre des causes. En revanche, une causalité «exclusive» signifie pratiquement 100 pour cent de la part causale des substances nocives ou de certains travaux dans la maladie professionnelle [13]. Mais d'autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle, sont également considérées comme des maladies professionnelles (article 9 al. 2 LAA). Ici, la maladie professionnelle doit avoir été causée à plus de 75 pour cent par l'activité professionnelle. Ces maladies non listées engendrent tout particulièrement des discussions répétées dans le quotidien du cabinet médical. Pour qu'une maladie professionnelle soit reconnue selon l'article 9 alinéa 2 LAA, le taux d'incidence dans le groupe professionnel spécifique doit être quatre fois supérieur à celui du grand public, afin de remplir le critère de causalité exclusive ou nettement prépondérante par l'activité professionnelle [14, 15].

Conclusion

Différentes questions sont à examiner pour déterminer la prise en charge d'une atteinte à la santé par un assureur-accidents ou un assureur-maladie. Certaines de ces questions, notamment celle de savoir si un événement relève de la notion d'accident au sens de la loi, sont d'ordre juridique et doivent être examinées par des personnes appliquant le droit. Les médecins doivent quant à eux répondre aux questions de fait, comme celle du lien de causalité naturelle entre un événement et une atteinte à la santé.

Message à retenir

- L'assurance-accidents prend en charge les prestations dans les cas d'accident, de lésions corporelles assimilées à un accident et de maladies professionnelles.
- Pour de nombreuses questions, l'application de la loi dépend d'une évaluation médicale lors de l'examen de l'obligation de prestation. En particulier, il incombe au corps médical de prendre position sur les questions de causalité naturelle.
- La notion d'accident est définie dans la partie générale du droit des assurances sociales. La question de savoir si elle est remplie relève du droit et doit faire l'objet d'une réponse à la lumière de l'application du droit. Il ne s'agit pas ici d'une question médicale.
- La reconnaissance d'une obligation d'allouer des prestations par un assureur ne signifie pas systématiquement une prise en charge à vie des prestations.

Jurisprudence et bibliographie

1. Urteil des BGER 8C_226/2010 vom 09.11.2010 E. 5
2. BGE 134 V 72 E. 4.1
3. Urteil des BGER 8C_645/2022 vom 16.02.2023 E. 4.1.
4. BGE 129 V 177 E. 3
5. BGE 140 III 610 E. 4.1
6. BGE 138 V 218 E. 6
7. BGE 140 V 356 E. 3.2
8. Urteil des BGER 8C_592/2023 vom 30.01.2024 E. 6.1 mit Hinweis auf BGE 132 III 715 E. 2.2
9. BGE 115 V 133 und BGE 134 V 109
10. Urteil des BGER 8C_7/2022 vom 22.04.2022 E. 5.1
11. BGE 146 V 51 E. 8.2.2.1
12. Koch H, Henseler S. Zur versicherungsmedizinischen Bewertung des Art. 6 Abs. 2 und der hiermit angegebenen Listendiagnosen im Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) der Schweiz. Der medizinische Sachverständige. 2020;116 (4):187-92.
13. BGE 117 V 354 E. 2a
14. BGE 116 V 136 E. 5c
15. Urteil des BGER 8C_620/2018 vom 15.01.2019 E. 2.2

Adresse de correspondance

Dr. med. Josef Grab
josef.grab@suva.ch

Médecin-chef médecine d'assurance
Fluhmattstrasse 1
6004 Luzern