

RECOMMANDATIONS POUR L'APPLICATION DE LA LAA ET DE L'OLAA

N° 02/1986 - Lésion corporelle assimilée à un accident

Art. 6, al. 2 LAA ; art. 9 OLAA

Préambule

Selon l'ancien droit (art. 9 al. 2 OLAA dans la version en vigueur jusqu'au 31.12.2016), il s'avérait extrêmement difficile en pratique d'apporter la preuve de lésions semblables aux conséquences d'un accident. C'est pourquoi l'existence d'une telle lésion, et donc sa prise en charge par l'assurance-accidents, ne doit plus dépendre de la survenance d'un facteur extérieur. Une lésion corporelle doit être présumée être à la charge de l'assurance-accidents du seul fait qu'elle figure à l'art. 6, al. 2. L'assureur peut toutefois se libérer de son obligation d'allouer des prestations s'il parvient à prouver que la lésion est manifestement due à « l'usure ou à une maladie » (Message additionnel relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 19.09.2014, 7934 ; voir également p. 7918, 7922).

I. Liste des lésions

1. L'énumération des diagnostics de l'art. 6 al. 2 LAA est exhaustive.

Le diagnostic médical est déterminant. Si le tableau clinique peut être défini à l'aide de plusieurs diagnostics, l'assureur-accidents n'est tenu de verser des prestations que si la lésion de la liste constitue le constat principal (jugement du TFA du 20.08.1997, consid. 2b ; ATF 116 V 152, consid. 4d). Les constatations accessoires s'ajoutant à la lésion de la liste doivent également être prises en charge. En revanche, s'il s'agit de deux tableaux de pathologies distinctes ou plus, les art. 36 LAA et 64, al. 3 et 4 de la LPGA n'entrent pas en ligne de compte.

Remarque : Recommandation n° 13/1985 - Accident et maladie concomitants.

2. Remarques relatives à différentes lésions de la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA (ou art. 9 al. 2a OLAA)

Let. a) L'ostéochondrite disséquante (ramollissement et détachement d'un fragment de cartilage articulaire et de los sous-jacent) n'est pas une fracture tombant sous l'application de l'art. 6, al. 2, let. a LAA. En l'absence d'un accident prouvé, cette affection doit toujours être considérée comme la suite d'une maladie.

Let. b) L'art. 6 al. 2, let. b LAA ne recouvre que des déboîtements d'articulations proprement dits (luxations), mais non des déboîtements incomplets (subluxations) ou des distorsions entraînant une élongation des ligaments des capsules articulaires par suite de mouvements violents excessifs (cf. arrêt du TFA du 12.04.2000, U 110/99).

Let. c) Une extension analogue de la notion du ménisque à d'autres parties du corps de nature et de fonction comparables n'est pas prise en considération selon les motifs discutés de manière approfondie par le Tribunal fédéral pour un cas de déchirure du labrum acétabulaire (cf. arrêts TFA du 8 mai 2013 : 8C_141/2013 consid. 5 et du 9 novembre 2011 : 8C_118/2011 consid. 4.3.3).

Let. d) En cas de diagnostic principal indiquant un lumbago, la preuve d'une lésion aux articulations de la colonne vertébrale, aux muscles, aux tendons ou à l'appareil ligamentaire est pratiquement exclue. Le lumbago ne constitue donc pas une lésion selon la liste. Pour ce qui est de l'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations, les lésions corporelles assimilées à un accident, diagnostiquées en plus du lumbago, ne doivent pas être prises en considération, lorsque celles-ci ne représentent, globalement, que des diagnostics accessoires (cf. ATF 116 V 145 ss. du 17.04.1990).

Let. f) Les lésions de tendons (déchirures, élongations et extensions) ne peuvent pas toutes être qualifiées de lésions corporelles assimilées à un accident, ce sont uniquement les déchirures de tendons et, avec des exigences plus sévères en matière de preuve, les déchirures partielles de tendons (cf. arrêt du 29.08.2000 U 441/99 et ATF 114 V 298).

Conformément à l'arrêt du 19.08.2015, 8C_245/2015 consid. 2, l'obligation de verser des prestations se limite strictement aux déchirures de tendons. Sont plus particulièrement exclues les autres pathologies tendineuses, y compris les pathologies affectant les tissus associés. La déchirure partielle d'un tendon suffit à justifier le versement de prestations uniquement si elle est prouvée de manière indubitable.

Let. g) Les hernies discales ne font pas partie de la liste, ni les lésions de ligaments selon l'art. 6 al. 2, let. g de la LAA (ATF 116 V 145 du 17.04.1990 ; arrêt du TFA du 06.05.1988, RAMA 1988, p. 375 ss.).

Let. h) Un acouphène ne constitue pas une lésion du tympan (cf. arrêt TFA du 21.08.2001, U 26/00).

Si, en présence d'un traumatisme de la colonne cervicale, une lésion des articulations de la colonne vertébrale, des muscles, des tendons ou de l'appareil ligamentaire ne peut être prouvée à l'aide des moyens diagnostiques disponibles, celle-ci ne sera pas considérée comme une lésion de la liste (arrêt du TFA du 08.09.2000, U 351/99).

3. Les dommages non imputables à un accident causés aux appareils ou prothèses implantés à la suite d'une maladie, destinés à remplacer morphologiquement ou fonctionnellement une partie du corps, ne constituent pas des lésions corporelles selon la liste (art. 9 OLAA).

Quelques exemples : luxations spontanées de prothèses Silastic du poignet ; luxations de prothèses totales de la hanche (souvent dès la première nuit suivant l'opération !) ; ruptures spontanées de ligaments en matière synthétique, en particulier de ligaments croisés de substitution dans l'articulation du genou. Dans un proche avenir, il faudra en outre s'attendre à des complications dans le cas des implantations de ménisques (d'origine animale ou synthétique). Par contre, si le dommage a été provoqué par un accident, il incombe à l'assureur tenu de verser des prestations pour le dommage de prendre en charge les frais dans le cadre de l'art. 12 LAA en relation avec l'art. 36 LAA.

II. Pas de lien avec un évènement accidentel ni de situation de « risque aggravé » nécessaire à la reconnaissance d'une lésion assimilée à un accident

Selon l'arrêt du TFA 146 V 51 il n'est plus nécessaire de prouver qu'un facteur extérieur et, par là même, un risque aggravé d'accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA s'est produit pour admettre un cas selon l'article 6 al. 2 LAA. Dans cette optique le fait en soi qu'il y ait une lésion corporelle listée selon l'art. 6 al. 2 let. a à h LAA confirme qu'il s'agit bien d'une lésion corporelle assimilée à un accident, que l'assureur-accidents doit alors prendre en charge.

Il est difficile de savoir quels autres éléments doivent être réunis pour pouvoir appliquer l'art. 6al. 2 LAA, en particulier si la soudaineté est un élément important ou si cette situation de soudaineté compte uniquement dans le cadre de la preuve libératoire. À propos de cette question juridique, la Commission ad hoc LAA s'abstient de prendre position et prendra en considération la jurisprudence s'y rapportant.

III. Preuve libératoire / « Lésion due à l'usure ou d'origine pathologique »

L'assureur n'est pas tenu de verser des prestations, lorsque le diagnostic figurant sur la liste de l'art. 6 LAA est dû selon un degré de vraisemblance prépondérante à l'usure ou une pathologie.

Selon la jurisprudence du TFA, le terme de « vraisemblance prépondérante », tout comme d'ailleurs en matière de jurisprudence relative aux maladies professionnelles (cf. art. 9 al. 1 LAA), sous-entend une pondération du taux d'usure ou d'un facteur pathologique de plus de 50% (cf. ATF 146 V 51, consid. 8.2.2.1 et les remarques y relatives).

L'assureur-accidents est tenu de prouver que la cause principale de la lésion est due à l'usure ou à une pathologie préexistante spécifique selon un degré de vraisemblance prépondérante. Cela implique que l'assureur-accidents clarifie les circonstances et faits exacts ayant entraîné cette lésion dans le cadre de son devoir d'investiguer (cf. art. 43 al. 1 LPGA) après avoir reçu la déclaration de sinistre annonçant un cas de lésion corporelle assimilée à un accident. S'il est impossible de déterminer un événement initial ou si l'événement était insignifiant, cela facilite en règle générale à l'assureur la constatation de la preuve libératoire. Cet état de fait confirme qu'il est toujours aussi important de demander s'il y a eu un événement ou élément déclencheur des lésions, afin d'apporter la preuve libératoire pour les cas d'usure et de pathologies. En effet, lorsque la question fondamentale de différenciation se pose en priorité pour les spécialistes en médecine chargées d'évaluer un cas, il y a lieu de tenir compte de l'éventail complet de raisons ou causes possibles d'une lésion corporelle donnée. Outre l'état antérieur, il y a lieu de vérifier soigneusement les circonstances dans lesquelles les troubles sont apparus pour la première fois. Les différents indices qui jouent en faveur ou contre un état d'usure ou une pathologie spécifique doivent être pondérés du point de vue médical. Si le profil des causes des lésions est uniquement composé d'éléments se rapportant à un processus d'usure ou une maladie, cela conclut forcément à la preuve libératoire pour l'assureur-accidents, d'où arrêt des investigations.

En cas d'absence d'un lien de causalité naturelle (par ex. suite à un *statu quo sine vel ante* ou la fin des prestations) entre un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA et une lésion selon la liste de l'art. 6 LAA il est inutile de procéder à la vérification de l'obligation de prêter en vertu de cet art. 6 al. 2 LAA, du moins tant qu'aucun autre événement initial n'entre en ligne de compte en tant que cause de la lésion (ATFA 146 V 51, consid. 8.5 ss.).

IV. Date déterminante

Le rattachement temporel déterminant pour l'évaluation

- a) du droit applicable conformément aux dispositions transitoires relatives à la modification du 25.09.2015
- b) des questions relatives à la couverture (en particulier le début et la fin de l'assurance, un accident sur le chemin du travail, la délimitation entre un accident professionnel et non professionnel, revenu assuré)

- c) de la délimitation de la compétence en présence de plusieurs assureurs-accidents/employeurs

correspond à la date de l'évènement (si défini, ATFA 146 V 51) ou la première apparition des troubles correspondant à une des lésions figurant sur la liste (analogue à l'art. 5 al. 2 let a de la Loi fédérale sur l'assurance militaire LAM).

V. Obligation d'avancer des prestations

En cas de doute concernant l'obligation de verser les prestations de l'assureur-accidents, l'assureur-maladie est tenu de prendre provisoirement le cas à sa charge (art. 70 al. 2 let. a LPGA).

Remarque : recommandation n° 01/2017 rapport avec les autres assureurs LAA,