

N° 2/86 Lésion corporelle assimilée à un accident

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

Préambule

Selon l'ancien droit, 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, 7715 ; voir également p. 7698, 7702).

Il n'est donc pas clair quels éléments objectifs doivent être remplis pour l'application de l'art. 6 al. 2 LAA, notamment si un soudain facteur déclenchant est nécessaire pour justifier les prétentions.. La Commission ad hoc renonce à répondre à cette question de droit et attend la jurisprudence du Tribunal fédéral.

La Commission s'est néanmoins entendue sur les points suivants :

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 avec plusieurs diagnostics, l'assureur-accidents n'est tenu de verser des prestations que si la lésion de la liste représente le constat principal (jugement du TFA du 20.08.1997, consid. 2b ; ATF 116 V 152, consid. 4d). Les constats accessoires s'ajoutant à la lésion de la liste doivent également être pris 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° 13/85 Accident et maladie concomitants

2. Remarques sur différentes lésions de la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA (ou art. 9 al. 2 aOLAA,) :

Let. a) L'ostéochondrite disséquante (ramollissement et séparation d'un fragment d'os et de cartilage d'une articulation) 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 (jugement du TFA du 12.04.2000, U 110/99).

Let. c) Un élargissement analogue de la notion du ménisque à d'autres parties du corps de nature et de fonction comparables n'est pas pris en considération selon les motifs discutés de manière approfondie par le Tribunal fédéral pour un cas de déchirure du labrum acétabulaire (8C_141/2013 consid. 5 ; 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 (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, mais uniquement les déchirures de tendons et, avec des exigences plus sévères en matière de preuve, les déchirures partielles de tendons (jugement du TFA du 29.08.2000, SG 1443 ; ATF 114 V 306 du 31.10.1988).

Conformément à l'arrêt 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 pour justifier des prestations uniquement si elle est prouvée de manière indubitable.

Let. g) Une hernie discale n'est pas une lésion de la liste, respectivement pas une lésion de ligaments selon l'art. 6 al. 2, let. g de la LAA (ATF 116 V 145 ss. du 17.04.1990 ; jugement du TFA du 06.05.1988, RAMA 1988, p. 375 ss.).

Let. h) Un acouphène ne constitue pas une lésion du tympan (ATFA 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 peut être considérée comme une lésion de la liste (jugement du TFA du 08.09.2000, U 351/99).

3. Les dommages non imputables à un accident causés aux objets, implantés à la suite d'une maladie, qui remplacent 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 plastique, en particulier de ligaments croisés de remplacement 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'animaux ou en matière plastique). Il en va autrement si le dommage a été provoqué par un accident. Dans ces circonstances, c'est l'assureur tenu de verser des prestations pour le dommage qui devra prendre en charge les frais dans le cadre de l'art. 12 de la LAA en relation avec l'art. 36 de la LAA.

II. Définition de la cause « prépondérante » liée à l' usure ou à la maladie

L'assureur-accidents n'est pas tenu de verser les prestations si le diagnostic de la liste est imputable, de manière prépondérante, à une usure ou à une maladie.

De manière analogue à la législation relative aux maladies professionnelles (art. 9 al. 1 LAA), une relation prépondérante doit être à plus de 50% (ATF 133 V 421 consid. 425 et autres références). Il incombe à l'assureur-accidents de prouver la cause prépondérante due à une usure ou maladie, avec le degré habituel de la preuve selon la vraisemblance prépondérante.

III. 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 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 la première apparition des douleurs classiques entrant en ligne de compte dans les lésions de la liste.

IV. 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, chiffre 4.2