

Qu'advient-il de la notion d'accident ?¹

A. Introduction

Mon intervention n'a nullement pour but de me livrer à un exposé exhaustif de la notion d'accident, que je réserverais à un professeur d'université, mais de faire état de différents problèmes que je rencontre dans ma pratique ou qui m'ont été soufflés par des confrères. En effet, dans ma pratique, j'ai l'impression que la notion d'accident est interprétée de plus en plus restrictivement.

Un exemple fictif mais inspiré de faits réels permet d'illustrer mon opinion: Jean subit un accident de ski. Son épaule est atteinte. Bien évidemment l'assureur-accidents prend en charge les frais de traitement et alloue les indemnités usuelles. Néanmoins, à moyen terme, le dossier est bouclé, alors que Jean souffre encore de son épaule. L'assureur botte en touche en prétendant très vite que le *satu quo ante vel sine* est atteint; il estime que les souffrances persistantes sont dues à l'usure. Jean est scandalisé par ce type de considération. Bien qu'il soit sportif, il est agent d'assurance, de sorte que l'on voit mal comment son épaule aurait pu s'user de la sorte. Ce n'est pas parce qu'il est âgé d'environ 45 ans qu'il y a lieu de tout mettre sur le compte de l'usure. Vous vous imaginez bien que, fort malheureusement, ce raisonnement fondé sur un certain bon sens ne sera certainement pas suivi par l'assureur-accidents: l'usure a bon dos !

En clair, plus la notion d'accident est limitative, moins l'assureur-accidents devra prester, puisque c'est l'assureur-maladie qui interviendra. On assistera à une sorte de guerre des tranchées entre deux assurances, à mille lieues de la collaboration interinstitutionnelle, qui ressemble étrangement à un miroir aux alouettes.

C'est donc sur cette base que je me permets d'analyser certains points caractéristiques en relation avec la notion d'accident.

B. Bases légales principales

La notion d'accident est définie par l'art. 4 LPGA qui dispose: *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.* Cette notion d'accident trace la frontière entre les

¹ Conférence donnée par Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg, le 14 septembre 2022, lors des Journées de formation continue de la FSA

champs d'application matériels de l'assurance-accidents et de l'assurance-maladie. La maladie (art. 3 LPGA) est ainsi une atteinte à la santé qui n'est pas un accident².

Cette notion vaut au niveau de la LAA, dont l'art. 6 constitue, pour ainsi dire, une concrétisation. On notera que l'al. 2 de cette disposition mentionne une liste d'atteintes à la santé qui doivent être considérées comme un accident, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie³. Désormais, il existe une présomption selon laquelle les troubles figurant dans la liste constituent un accident. Toutefois, l'assureur a la possibilité de se libérer en apportant la preuve que l'atteinte à la santé constatée a pour origine, à plus de 50%, une usure ou une maladie⁴

Cet alinéa, dans sa teneur actuelle, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Il a clairement pour but de libérer l'assuré de devoir apporter la preuve que les affections de la liste proviennent effectivement d'un accident.

Sous réserve du tempérament relevé ci-dessus, les éléments constitutifs de l'accident sont les suivants:

- une atteinte dommageable;
- une atteinte soudaine;
- une atteinte involontaire;
- le facteur extérieur;
- le caractère extraordinaire du facteur extérieur.

C. Causalité naturelle et adéquate

Les conditions émises pour admettre l'existence d'un accident viennent d'être décrites ci-avant. Toutefois, pour que l'atteinte vaille accident, encore faut-il qu'elle soit en relation de causalité naturelle et adéquate avec celui-ci.

La **causalité naturelle** est une notion de fait⁵. On déterminera ainsi en priorité sur la base de rapports médicaux si, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'atteinte à la santé est en relation de cause à effet avec l'accident. Cet événement peut être associé à d'autres facteurs, pour autant qu'il soit la condition *sine qua non* de l'atteinte à la santé.

² Commentaire romand LPGA, ad art. 4, no 3, p. 63.

³ Art. 6 al. 2 LAA: L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie:

- a. les fractures;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles;
- e. les élongations de muscles;
- f. les déchirures de tendons;
- g. les lésions de ligaments;
- h. les lésions du tympan.

⁴ ATF 146 V 51

⁵ Commentaire romand LPGA, ad art. 4, nos 49ss, p. 79s.

La **causalité adéquate** est une notion de droit. Il faut examiner si l'atteinte à la santé est juridiquement imputable à l'accident⁶. En clair, il s'agit d'apporter une limite raisonnable à la prise en charge d'un cas par l'assurance. Ce type de tempérament est en soi logique, car si l'on se basait uniquement sur une chaîne de causes purement scientifique, la prise en charge d'un événement accidentel ne connaîtrait presque plus aucune limite.

A titre d'exemple, si l'on se base uniquement sur la causalité naturelle, les suites d'une fracture dont souffre une personne atteinte d'ostéoporose, demeurent dans une relation de causalité naturelle avec l'accident. Toutefois, dans un tel cas de figure, il faut tempérer cette notion de causalité naturelle par un jugement de probabilité, en se posant la question de savoir jusqu'à quand une personne "normale" aurait souffert de cette fracture et depuis quel moment tel n'aurait plus été le cas. C'est donc un jugement de valeur qui se fonde sur la prévisibilité du résultat.

Cette façon de procéder est logique et juridiquement fondée. Néanmoins, dans son application, on constate de nombreuses difficultés. Mis à part des cas particulièrement dramatiques (p. ex.: paralysie), on se demande parfois si, à long terme, il y a encore des cas couverts en matière d'accident. C'est donc sur ces difficultés que je me penche ci-après.

D. Les axiomes qui limitent la prise en charge par l'assurance-accidents

1. **Argument *post hoc ergo propter hoc***

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc*)⁷.

La réfutation de l'argument *post hoc ergo propter hoc* est en soi conforme aux principes de base de la logique. Personne ne contesterait que le cancer d'un assuré qui se déclarerait après qu'il s'est cassé la jambe ne serait pas pris en charge au niveau de l'assurance-accidents.

Néanmoins, il semble que cet argument est servi de plus en plus pour limiter de manière étonnante la prise en charge des atteintes à la santé par l'assurance-accidents.

Chaque avocat s'est certainement trouvé confronté à un client ayant effectué une chute plutôt importante, par exemple d'un échafaudage, et s'étant réceptionné sur un sol dur. Parfois, le client développe une hernie discale. Or, quasiment par principe, on refuse toute prise en charge du traitement en assurance-accidents, en refusant l'argument *post hoc ergo propter hoc*.

⁶ Commentaire romand LPGA, ad art. 4, nos 53ss, p. 80ss.

⁷ TF 8C_348 2020, c. 4.2. Cet arrêt est un exemple parmi des dizaines d'autres. L'arrêt de principe est l'ATF 119 V 341.

Pour le Tribunal fédéral, *selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte; une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail*⁸.

En résumé, si la douleur dorsale et/ou la hernie n'apparaissent pas immédiatement après l'accident, l'assuré n'a aucune ou peu de chances de voir son cas pris en charge, à moyen ou long termes à tout le moins.

Lorsque l'on est confronté à de tels cas, il est très difficile d'obtenir satisfaction. En effet, l'administration et le juge vont suivre les réflexions émises par les médecins spécialistes de la médecine des assurances, lesquels sont très restrictifs pour admettre qu'une atteinte à la santé est due à un accident. Cela sans oublier le fait que l'on se contente souvent de l'avis du médecin d'arrondissement, ce qui peut poser d'intéressantes questions au niveau de la neutralité du spécialiste concerné, surtout s'il propose un avis diamétralement opposé à celui du médecin traitant.

J'ai de la peine à suivre ce type d'argumentation. Comment une personne ayant un dos irréprochable peut-elle, comme par un curieux hasard, être soudainement bloquée par des douleurs et/ou une hernie ? Comment peut-on prétendre qu'il s'agirait de troubles préexistants, alors qu'ils n'existaient pas ? A mon sens, dans ce type de situation, nous sommes clairement dans un même complexe de faits entre l'accident et les problèmes dorsaux, de sorte que je ne vois pas, au niveau de la vraisemblance prépondérante, quel autre facteur peut entrer en ligne de compte.

On peut dès lors se poser la question de savoir si ce type de trouble ne devrait pas être ajouté à l'al. 2 de l'art. 6 LAA, afin d'éviter ce lancinant problème au niveau de la preuve. A côté du raisonnement purement juridique, il existe une urgence sociale de régler ce type de situation. En effet, il n'est pas rare que toute une famille se trouve, pour ainsi dire, sur la paille, car les assureurs se renvoient la patate chaude. Ce n'est en tout cas pas ce type de bagarre interinstitutionnelle qui est susceptible d'assurer la meilleure guérison possible.

En l'état actuel de la loi et pour éviter tout problème, il me semble important de rendre attentifs les employeurs et les employés qu'il ne faut jamais considérer à la légère un accident avec une chute. Par prudence, dans une telle situation, je préconise que le travailleur se rende au plus vite à un contrôle médical. Le cas échéant, il faut procéder à une IRM, car il y a tout lieu de penser que l'on pourra diagnostiquer une éventuelle hernie et l'assureur ne pourra pas ensuite prétendre que celle-ci n'était pas immédiatement existante suite à l'accident. Il n'est en effet pas rare qu'une hernie ne fasse pas immédiatement souffrir le patient. Bref, il ne serait pas opportun de conseiller à un ouvrier de continuer à travailler suite à une chute en serrant les dents. Je connais

⁸ p. ex. TF 8C_810/2019, c. 3.3.2.

de nombreuses situations où la douleur n'apparaît pas immédiatement, car les muscles sont encore chauds. Il faut donc éviter de donner du grain à moudre à l'assureur-accidents.

2. *Statu quo sine/vel ante*

Ce principe se réfère à un état maladif antérieur aggravé ou se manifestant pour la première fois suite à un accident. Lorsque l'état maladif antérieur de l'assuré revient au stade prévalant avant l'accident (*statu quo ante*) ou lorsqu'il parvient à celui qu'il aurait atteint selon l'évolution ordinaire de la maladie sans la survenance de l'accident (*statu quo sine*), il n'y a plus de lien de causalité⁹.

A nouveau, au niveau du principe, je n'ai rien à redire: si une maladie prend le dessus sur l'accident, ce n'est plus à l'assurance-accidents de prendre en charge le cas, mais à l'assurance-maladie. Cela est parfaitement cohérent.

En revanche, dans la pratique, il y a tout de même des situations qui ne manquent pas de poser certaines questions légitimes. Comme je le suggère déjà dans mon introduction, il apparaît clairement que, passé un certain âge, on tend à faire porter le chapeau à l'usure prétendue des articulations. Si une personne chute sur son épaule, on va prendre en charge en principe l'opération de l'articulation. Toutefois, si les douleurs persistent, le médecin d'arrondissement va rapidement arriver à la conclusion que, en principe, une telle affection aurait dû se guérir dans un certain délai. Passé ce délai, c'est l'état préexistant de l'articulation qui est censé être à l'origine du trouble que l'on peut encore constater. Face à un tel type d'accident, mieux vaut ne pas avoir dépassé la quarantaine, faute de quoi on aura tendance à prétendre que l'on a affaire aux maux de l'âge, donc à des facteurs purement maladifs de dégénérescence.

Il est clair que les médecins traitants ont, comme leur nom l'indique, prioritairement pour objectif de traiter et de guérir leurs patients, de sorte que la documentation médicale est parfois lacunaire pour décrire précisément l'état d'une articulation avant une opération. Si l'on a la chance de pouvoir constituer un dossier dès le jour de l'accident, il est plus qu'opportun de demander des rapports circonstanciés dès le début, afin précisément d'éviter de mettre tout sur le dos de l'usure. Certes, dans la pratique, les avocats sont consultés bien trop tard, de sorte que l'on peine à constituer un dossier bien étayé à ce niveau.

Cela étant, des médecins m'ont confirmé que l'on peut comparer un problème articulaire à une pièce défectueuse dans un moteur. En effet, en matière de mécanique, on admet qu'un moteur peut s'user plus vite, par exemple si la distribution d'huile est défectueuse. De même, si une articulation a été abîmée, on va certes la réparer le mieux possible. Toutefois, on n'atteint jamais la perfection au niveau de l'opération. Ainsi, je voulais faire admettre que l'usure était due précisément aux suites opératoires, en ce sens que la mécanique de l'articulation n'était plus parfaitement en place, même si le médecin avait effectué correctement son travail, en respectant les règles de l'art médical.

⁹ Commentaire romand LPGA, ad art. 4, no 51, p. 80.

Le succès de ce type d'argumentation est mitigé, puisque je ne me souviens que d'un seul véritable succès. Je peine toutefois à comprendre que l'on ne prenne pas en compte ce type de problème, qui semble relever du bon sens. Une personne opérée à une articulation retrouve rarement une pleine mobilité. Cela devrait logiquement signifier qu'il y a une sorte de dysfonction, au point que cela entraîne une usure qui ne serait jamais intervenue si l'articulation n'avait pas été endommagée par un accident.

A nouveau, on voit qu'il existe bien des situations où l'on arrive à des considérations étonnantes. Un juriste n'est pas un médecin. Un médecin n'est non plus pas un juriste. Toutefois, ne pourrait-on pas appliquer ce type de notion simplement avec un peu plus de bon sens et moins de volonté de ne pas prester?

E. Un exemple symptomatique: la jurisprudence rendue en matière dentaire

1. Caractère extraordinaire

La dernière condition cumulative permettant d'admettre l'existence d'un accident est le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Au niveau dentaire, nous pouvons nous casser une dent parce qu'un aliment contient un élément trop dur pour notre émail. Il semblerait dès lors logique de penser qu'un bris de dent ayant lieu dans ce type de circonstance devrait être considéré comme un accident. En effet, nous ne nous cassons pas tous les jours une dent en mangeant, si bien qu'il devrait s'agir d'un événement extraordinaire.

Or, tel n'est pas le cas et il y a de savantes distinctions.

2. Casuistique

Le Commentaire romand de la LPGA¹⁰ est extrêmement complet au niveau de la casuistique et je vous y renvoie, car la lecture est intéressante. En clair, on admet le caractère accidentel du bris de dent uniquement si l'élément dur qui se trouve dans l'aliment ne devrait pas l'être normalement. A titre d'exemple, on doit s'attendre à trouver une fève dans le gâteau de l'Epiphanie, de sorte qu'il ne peut y avoir d'accident lorsque le roi du jour se casse la dent en mordant la fève. En revanche, si on mange de la confiture aux cerises dénoyautées, le fait de mordre un noyau qui se trouve dans le pot est considéré comme un élément extraordinaire.

Jusque-là, rien ne semble bien extraordinaire. En revanche, le diable niche dans les détails:

- Nous trouvons beaucoup de cas-limites, où le Tribunal fédéral fait preuve d'une grande rigueur. On refuse par exemple de considérer comme accident le bris d'une dent provenant d'un heurt avec le plomb qui se trouve encore dans un civet de cerf. Je ne comprends pas vraiment pourquoi on refuse le caractère

¹⁰ Commentaire romand LPGA, ad art. 4 LPGA, nos 31 à 35, p. 71ss; la casuistique se trouve aux nos 33s.

accidentel d'un tel événement. Y aurait-il un lobby anti-chasse au Tribunal fédéral ?

- La jurisprudence est très rigoureuse en matière de preuve. Il faut en effet bien décrire dans l'avis de sinistre ce qui a causé l'événement. Il ne suffira pas d'indiquer que l'on a eu affaire à quelque chose de dur.

Face à ce type de jurisprudence, il semblerait que l'assuré aurait intérêt de demander à un spécialiste d'analyser l'avis de sinistre avant son envoi, non pour tricher, mais uniquement pour éviter que l'on prétende que les premières déclarations ne seraient pas suffisamment complètes pour prendre en charge le cas.

F. Jugement d'ensemble

A l'heure actuelle, il semble que les assureurs-accidents se montrent de plus en plus restrictifs dans la prise en charge des accidents. On a même l'impression que l'on prend des mesures pour limiter la sinistralité, alors que seul le texte légal et la jurisprudence sont censés être la référence en-dehors de tout raisonnement économique. On constate que les décisions mettant un terme aux prestations sont rendues de plus en plus rapidement. Je me pose même parfois la question de savoir s'il existe encore des accidents passé un certain délai, sauf dans des cas particulièrement graves.

Les processus de décisions sont souvent longs et les assurés sont ballotés d'une assurance à l'autre. Cela entraîne parfois de véritables catastrophes au niveau économique. En effet, le fait de considérer une atteinte à la santé comme une maladie ou un accident comporte des conséquences éminemment importantes, car chacun sait que la maladie est moins bien prise en charge que l'accident.

Cela est vrai non seulement au niveau de la prise en charge des frais de traitement, mais aussi au niveau de la compensation du salaire, la perte de gain en cas de maladie n'étant pas obligatoirement assurée, si bien que de nombreux assurés se trouvent encore au seul bénéfice du système prévu par l'art. 324a CO, ce qui est souvent problématique. Rappelons également que, en principe, c'est-à-dire à l'exception des éléments pris en charge selon les art. 31 LAMal et 17ss OPAS, les soins dentaires ne sont pas pris en charge en cas de maladie.

Il est donc clair que le système actuel n'est pas satisfaisant.

G. Pistes d'amélioration

1. *De lege data*

La seule piste que j'envisage consiste à ce que la pratique soit plus flexible pour admettre l'existence d'un accident. Nous avons tout intérêt d'être un peu plus souple, dans la mesure où un assuré qui n'a pas à faire à de constants soucis administratifs

relativement à la prise en charge de son cas a de bien meilleures perspectives de guérison.

Toutefois, sans bonne volonté, nous en resterons au *statu quo*.

2. *De lege ferenda*

La distinction entre maladie et accident est-elle encore pertinente ? N'est-elle pas une mauvaise réminiscence historique de l'époque où la maladie n'était pas encore obligatoirement assurée ?

Mon raisonnement peut sembler politique. Toutefois, au niveau juridique pur, il est clair que l'on constate que le système est à bout de souffle, une jurisprudence abondante ne constituant jamais un bon signe.

Dans la mesure où, en cas de maladie ou d'accident, l'assuré ne fait pas exprès d'être atteint dans sa santé, on se demande bien comment l'on peut justifier d'un traitement différent des deux options maladie et accident. Cela ne tient plus la route.

L'avantage premier d'une fusion des branches maladie et accident serait à l'évidence une diminution du contentieux et donc des coûts administratifs, de sorte que l'on pourrait utiliser de manière plus opportunes les cotisations des assurés. La prévisibilité du système serait aussi mieux assurée.

Comme seul désavantage, j'entrevois le fait qu'il faudrait remettre en cause plusieurs autres branches. Devrait-on fusionner les branches AI, assurance-accidents, assurance-maladie, perte de gain en cas de maladie, LPP (à tout le moins pour le risque atteinte à la santé) ? Ne risquerait-on pas de créer un nouveau monstre administratif ?

Bien évidemment, toutes ces questions devraient être analysées et il ne faudrait créer un système pire que l'actuel. Toutefois, le système actuel ne donne pas satisfaction et il est temps de procéder à des ajustements. Nous avons un mille-feuilles d'assurances sociales pour des raisons historiques. Nous avons essayé de créer une certaine cohérence par l'adoption de la LPGA. Toutefois, nous n'y sommes pas encore arrivés, loin s'en faut.

H. Conclusion

La notion d'accident apparaît comme cohérente dans le système légal. Si cela est vrai sur le papier, il en va bien autrement dans la pratique.

Il se pose dès lors la question de savoir s'il n'est pas temps de l'abandonner et d'assurer l'atteinte à la santé de manière générale.

Si on veut la maintenir, il serait alors grand temps de revenir à des considérations plus conformes au bon sens, afin d'éviter aux assurés de faire l'objet d'une mauvaise partie de ping-pong entre les différentes assurances.