

La différence entre accident et maladie

Le fait qu'une invalidité soit imputable à un accident ou à une maladie a une énorme incidence sur les assurés concernés. Or dans certains cas, la distinction est ténue.

Thomas Wehrlin, avocat

À l'origine d'une paralysie médullaire, il peut y avoir un accident ou une maladie. Les prestations fournies par les assurances sociales varient fortement selon la cause. En cas d'invalidité suite à un accident, la personne touchée a droit à une pension d'invalidité versée par l'assurance-accidents (AA) obligatoire, en plus de la rente d'invalidité de l'AI (à condition qu'elle ait été assurée à titre obligatoire contre les accidents au moment des faits). En revanche, si l'invalidité est due à une maladie, elle n'a droit qu'à une rente d'invalidité de l'AI. L'assurance maladie ne verse aucune pension.

Prestations plus étendues de l'assurance-accidents

Il en va de même pour l'allocation pour impotent, dont les prestations accordées diffèrent en fonction de la cause de la paralysie médullaire. Si celle-ci résulte d'un accident, la personne a droit à une allocation pour impotent (plus élevée) versée par l'assurance-accidents. Par contre, si elle a été entraînée par une maladie, c'est l'AI qui versera une allocation pour impotent (moins élevée) à la personne assurée. Pour compenser cela, seuls les bénéficiaires d'une allocation pour impotent à la charge de l'AI ont droit à une contribution d'assistance de l'AI. Il n'existe pas d'allocation pour impotent dans l'assurance maladie.

Contrairement à l'AA, l'assurance maladie ne prévoit pas non plus d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ce versement unique, sorte de réparation morale, d'un montant

maximal de 148 200 francs, n'est donc accordé qu'aux assurés devenus invalides à la suite d'un accident.

En raison de ces différentes prestations (voir aussi l'aperçu dans l'encadré), le fait qu'une maladie ou un accident soit à l'origine de la paralysie médullaire peut parfois être déterminant. Au vu des prestations beaucoup plus complètes versées par l'assurance-accidents, la personne touchée sera en général mieux lotie financièrement si son invalidité est liée à un accident.

Fine nuance entre accident et maladie

La cause (accident ou maladie) de la paralysie médullaire ne fait souvent aucun doute. Dans certaines circonstances toutefois, faire la distinction peut poser problème. Ce que l'on appelle généralement un accident n'est pas nécessairement considéré comme tel au sens juridique du terme. La définition légale d'un accident est complexe (cf. encadré «Définition de l'accident dans la loi») et, dans certains cas, le concept d'accident ou de maladie peut dépendre de l'enchaînement précis des événements.

Les différentes prestations de l'assurance maladie et accidents		
	Assurance-maladie	Assurance-accidents
Traitement médical	●	●
Rente d'invalidité	● (AI)	● (+AI)
Indemnité pour atteinte à l'intégrité	●	●
Allocation pour impotent	● (AI)	●
Contribution d'assistance	● (AI)	●
Soins (ASD)	● (avec toutefois participation du patient)	● (prise en charge intégrale des coûts*)

● Cette prestation est prise en charge par l'assurance.
 ● Cette prestation n'est pas prise en charge par l'assurance.
 (AI) À la place, droit aux prestations correspondantes de l'AI.
 (+AI) Droit supplémentaire aux prestations correspondantes de l'AI.
 * L'ampleur de l'obligation de prise en charge par l'AA des prestations pour les soins à domicile n'a pas encore été définitivement clarifiée et fait l'objet d'une procédure judiciaire.

Définition de l'accident dans la loi (Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA)

Art. 4 Accident

Est réputé 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.

Un exemple pratique pertinent qui illustre bien cette situation est «l'accident de plongée». Si une nageuse présente soudain des symptômes de paralysie pendant une plongée qui se déroule par ailleurs normalement, la définition d'accident n'est pas retenue. Il manque la notion de cause extérieure inhabituelle requise pour un accident. En revanche, si une telle cause extérieure inhabituelle survient, par exemple si l'appareil respiratoire tombe en panne ou si la plongeuse reste accrochée avec son équipement à une épave, est prise de panique et doit être secourue par un tiers, le concept d'accident est retenu. En l'occurrence, la description exacte du déroulé des événements revêt une importance majeure. Il faut ainsi noter qu'un poids particulier est accordé aux premiers témoignages sur les circonstances de l'accident, que l'on appelle les déclarations de la première heure. En pareil cas, il est conseillé de faire appel sans tarder à une personne qualifiée en matière de droit.

De même, en cas d'erreur médicale – si, par exemple, la moelle épinière est accidentellement blessée au cours d'une opération suite à la maladresse du chirurgien – on peut se demander si cela peut être qualifié d'accident. Toutefois, la pratique du Tribunal fédéral dans ce domaine est restrictive. Un accident n'est reconnu que s'il s'agit de «confusions ou de maladresses grossières et extraordinaires, voire d'un préjudice intentionnel, avec lesquels personne ne comptait ni ne devait compter». Dans un pre-

mier temps, il convient donc de vérifier à chaque fois si une erreur a effectivement été commise. Si tel est le cas, il faudra ensuite examiner s'il s'agit d'une erreur particulièrement flagrante. Si cela est également confirmé, la définition d'accident est retenue. Le seuil au-delà duquel une erreur médicale constitue un accident est donc relativement élevé.

Tout ce qui n'est pas un accident est une maladie

Étant donné que la définition légale d'un accident présuppose une atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain, les blessures résultant d'une tentative de suicide sont en principe exclues de ce concept. Toutefois, si, au moment où il a agi, l'assuré était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement, il s'agit bien d'un accident et l'intégralité des prestations de l'assurance-accidents lui reviennent de droit. Face à une tentative de suicide, il convient donc toujours de clarifier soigneusement si la personne concernée était ou non capable de discernement au moment fatidique.

Si la définition d'accident n'est pas retenue, on considère qu'il s'agit d'une maladie. La notion de maladie est conçue comme une disposition subsidiaire (cf. Art. 3, paragraphe 1 LPGA: «Est réputée maladie toute atteinte à la santé [...], qui n'est pas due à un accident [...]»). Par conséquent, l'assurance maladie entre toujours en jeu en l'absence d'accident.

En cas de capital-invalidité assuré volontairement (assurance complémentaire selon la LCA), la distinction entre accident et maladie n'a généralement plus lieu d'être. Si l'invalidité est reconnue au sens des dispositions de l'assurance, la personne assurée a droit à la prestation convenue, qu'il s'agisse d'un accident ou d'une maladie.

➔ Institut de conseils juridiques
Téléphone 032 322 12 33
www.spv.ch

TRIBUNAL FÉDÉRAL

L'AI doit assumer les coûts supplémentaires pour les constructions neuves

Pour les logements en construction, la circulaire sur la remise de moyens auxiliaires par l'AI (CMAI) stipulait jusqu'à présent que l'AI ne prenait en charge que les barres d'appui, les mains courantes et les poignées supplémentaires. Dans le cas d'une tétraplégie, l'AI a donc refusé de couvrir le surcoût de 1556.45 francs dans une construction neuve pour une porte coulissante dans la salle de bains, un élargissement de la porte de la chambre et l'installation d'une machine à laver. S'il s'était agi d'un appartement en location, l'AI aurait remboursé ces frais (paragraphe 14.04 de l'Ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'AI, OMAI).

Dans un arrêt de principe du 16.6.2020 (ATF 146 V 233), le Tribunal fédéral a précisé que l'AI doit également assumer de tels frais dans le cas d'une construction neuve. Pour les nouveaux bâtiments, il faut ainsi clarifier si la prestation demandée est en principe couverte par l'AI (§ 14.04 OMAI, voir aussi l'article «Quand l'AI contribue aux coûts de transformation» dans Paracontact 3/2019). Si tel est le cas, il faut vérifier si les aménagements en question auraient pu être intégrés dans la planification initiale et donc mis en œuvre sans coûts supplémentaires. Dans le cas contraire, l'AI doit prendre en charge les surcoûts liés au handicap. L'Office fédéral des assurances sociales a depuis lors modifié la circulaire (CMAI).