

Grandvaux, 31.3.2025

## Procédure recommandée en cas de refus de couverture par l'assurance accident en Suisse

---

### 1. Demander une décision écrite formelle

- **Action** : Contactez l'assureur accident pour demander une décision écrite détaillée expliquant les raisons du refus.
- **Référence légale** : En vertu de l'article 49 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), l'assureur est tenu de fournir une notification écrite et motivée de ses décisions, connue sous le nom de « décision d'assurance ».
- **Importance** : Cette décision formelle est essentielle pour initier la procédure de recours et comprendre les raisons précises du refus.

### 2. Analyser la décision en fonction des critères légaux et des diagnostics listés

- **Définition de l'accident** : Vérifiez que l'événement répond bien à la définition légale d'un accident, qui comprend les cinq conditions suivantes : une atteinte<sup>1</sup> 1) dommageable, 2) soudaine<sup>2</sup> et 3) involontaire<sup>3</sup>, portée au corps humain par une 4) cause extérieure<sup>4</sup> 5) extraordinaire<sup>5</sup> (article 4 LPGA). La décision de classer un événement comme un accident est une **décision légale**, et la charge de la preuve incombe au patient. Il doit être prouvé qu'il est **probable** et pas seulement possible que l'événement soit la cause de la lésion pour que la causalité soit acceptée
- **Cas des diagnostics listés** : Si la causalité d'un accident dans le sens classique est rejetée, l'assurance accident est tenue d'examiner si la lésion peut être classée comme un **diagnostic listé** (article 6, alinéa 2 LAA). Il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie.
- Dans le cas d'une **rupture de tendon**, par exemple, il suffit qu'un événement médicalement pertinent soit présent. Si cette condition est remplie, l'assurance accident est responsable du paiement des prestations.
  - Si l'assurance accident rejette également le diagnostic listé, **la charge de la preuve est inversée**. L'assureur doit alors prouver qu'il est **plus de 50 % probable** que la lésion soit d'origine dégénérative.
- **Pratique actuelle** : Selon des experts comme Diane Günthart, auteur du livre *Causality issues of rotator cuff lesions as a list diagnosis (« Listendiagnose ») from a medico-legal perspective*, les assureurs accidents, y compris SUVA, omettent souvent cette étape essentielle. Les patients peuvent cependant exiger que l'assureur effectue cet examen.

### 3. Déposer une opposition

- **Action** : Si vous contestez la décision, déposez une opposition écrite auprès de l'assureur dans les 30 jours suivant la réception de la décision formelle. Vous pouvez contester indépendamment la classification de l'événement comme un non-accident et/ou l'attribution d'une origine dégénérative à un diagnostic listé.
  - Si l'assureur rejette la demande, il doit fournir une justification détaillée expliquant pourquoi l'événement n'est pas classé comme un accident ou diagnostic listé. Si l'assureur invoque la prépondérance de l'usure ou d'une maladie pour refuser la couverture, demandez une justification précise et détaillée de cet argument.
- **Référence légale** : L'article 52 LPGA permet aux assurés de déposer une opposition dans les 30 jours suivant la réception de la décision.
- **Justification de l'opposition** : Incluez toute preuve supplémentaire pour appuyer votre demande. Si un diagnostic listé est en question, insistez pour que l'assureur respecte son obligation légale d'examiner cette possibilité et fournisse des preuves s'il rejette la demande.
- **Assurance protection juridique** : Si vous disposez d'une assurance protection juridique, celle-ci peut couvrir les frais liés au dépôt de l'opposition.

### 4. Faire appel au tribunal cantonal des assurances

- **Action** : Si l'opposition est rejetée, vous pouvez faire appel au tribunal cantonal des assurances compétent dans votre canton de résidence dans un délai de 30 jours après la notification de la décision d'opposition.
- **Référence légale** : L'article 56 LPGA permet de contester les décisions d'opposition devant le tribunal des assurances.
- **Contactez une protection juridique** : Si vous avez souscrit une assurance protection juridique, contactez-la avant de déposer l'appel. Elle peut vous fournir un accompagnement juridique et prendre en charge certains frais liés à la procédure.
- **Importance de l'appel** : Cet appel constitue une voie de recours supplémentaire pour faire valoir vos droits. La procédure est souvent gratuite, et bien qu'une assistance juridique ne soit pas obligatoire, elle est conseillée pour les cas complexes.

### 5. Informer la caisse d'assurance maladie

- **Action** : Dès que vous recevez le refus de couverture de la part de l'assurance accident, informez votre caisse d'assurance maladie (LAMal).
- **Importance** : En cas de refus de l'assurance accident, la caisse d'assurance maladie peut être tenue de prendre en charge les coûts de l'intervention, dans les limites de la LAMal. Cela garantit que votre traitement ne soit pas retardé en raison d'un différend entre les assureurs.
- **Conseil** : Joignez une copie de la décision écrite de l'assurance accident pour appuyer votre demande.

## 6. Consulter un spécialiste et contacter l'Ombudsman

- **Consultation avec un expert** : Il est recommandé de consulter un juriste spécialisé en droit des assurances, qui peut vous aider à préparer votre dossier d'appel en rassemblant les éléments médicaux et juridiques nécessaires pour appuyer votre demande.
- **Assistance de l'Ombudsman** : Contactez l'Ombudsman de l'assurance maladie pour obtenir des conseils et un soutien tout au long de votre procédure de recours. Cet organisme offre des conseils gratuits et peut aider à faciliter la résolution du litige.

---

### Résumé de la procédure

1. Obtenez une décision écrite formelle (article 49 LPGA).
2. Analysez la décision en fonction des définitions d'accident et des diagnostics listés (articles 4 LPGA et 9, paragraphe 2 LAA).
3. Déposez une opposition dans un délai de 30 jours (article 52 LPGA).
4. Si l'opposition est rejetée, faites appel au tribunal cantonal des assurances et contactez une protection juridique si disponible (article 56 LPGA).
5. Informez votre caisse d'assurance maladie du refus de l'assurance accident.
6. Consultez un spécialiste et contactez l'Ombudsman pour maximiser vos chances de succès.

En suivant cette procédure structurée et en prenant en compte les **diagnostics listés**, vous pouvez contester efficacement les décisions de l'assureur en vous appuyant sur les dispositions légales de la LPGA et de la LAA.

Élaboré par : Groupe d'experts Épaule/Coudes 2025