

BGer 8C 1023/2008 vom 1. Dezember 2009

Bundesgericht, 2009-12-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_1023_2008

FR: TF 8C 1023/2008 du 1 décembre 2009

IT: TF 8C 1023/2008 del 1 dicembre 2009

Regeste

Assurance-accidents [085.80] | Assurance-accidents

Erwägungen

E. 1

Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières de l'assurance-accidents pour la période courant dès le 26 juillet 2006. Il porte plus précisément sur le gain assuré à prendre en considération pour fixer le montant des indemnités journalières.

E. 2.1

La juridiction cantonale, se fondant sur l' art. 23 al. 8 OLAA , a confirmé le calcul effectué par l'intimée dans la décision sur opposition du 7 avril 2008, sur la base du compte d'exploitation établi par la recourante pour son activité indépendante en 2005.

E. 2.2

La recourante soutient pour sa part qu'elle n'a jamais été guérie à la suite de la rechute annoncée en mai 2001. Il s'ensuit, selon elle, que l'incapacité de travail attestée dès le 26 juillet 2006 et l'intervention chirurgicale pratiquée le 10 août 2006 ne constituent pas une nouvelle rechute. Le gain assuré à prendre en considération correspondrait par conséquent au dernier salaire AVS perçu avant l'opération du 11 mai 2001. La recourante ajoute que son revenu d'indépendante entre 2002 et 2005 était réduit, en raison de la persistance d'une incapacité de travail due à l'accident. Dans ce contexte, elle reproche aux premiers juges une constatation incomplète, voire inexacte, des faits. En raison de leur refus d'entendre divers témoins, elle soulève également le grief de violation du droit d'être entendue. Selon elle, ces témoins auraient pu attester la persistance d'une incapacité de travail d'origine accidentelle, entre 2002 et 2005. A l'appui de cette allégation, elle produit des attestations de divers thérapeutes qu'elle a consultés et dont elle souhaitait l'audition par les premiers juges (attestations de A. _____, thérapeute en drainage lymphatique manuel, B. _____, ostéopathe, E. _____, physiothérapeute, F. _____, thérapeute en techniques du toucher, et du docteur S. _____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales).

E. 3

Le droit d'être entendu garanti par l' art. 29 al. 2 Cst. comprend celui pour les parties de produire des preuves quant aux faits de nature à influencer la décision et d'obtenir qu'il soit donné suite aux offres de preuves pertinentes (ATF 132 V 368 consid. 3.1 p. 370; 127 III 576 consid. 2c p. 578; 127 V 431 consid. 3a p. 436). En revanche, une partie n'a pas droit à l'administration d'une preuve dépourvue de pertinence parce qu'elle porte sur une

circonstance sans rapport avec le litige, ou qu'une appréciation anticipée des preuves déjà recueillies démontre qu'elle ne serait pas de nature à emporter la conviction de la juridiction saisie (cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429; 125 I 127 consid. 6c/cc in fine p. 135). Dans la mesure où il porte sur le résultat de cette appréciation anticipée des preuves, le grief de violation du droit d'être entendu se confond avec celui de constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents, également soulevé par la recourante. Il sera examiné avec le fond du litige.

E. 4

Lorsque la décision qui fait l'objet du recours en matière de droit public concerne l'octroi ou le refus de prestations en espèces de l'assurance-accidents, le Tribunal fédéral n'est pas lié par les faits établis par l'autorité précédente, de sorte que le recours peut porter sur toute constatation incomplète ou erronée des faits (cf. art. 97 al. 2 et 105 al. 3 LTF). Néanmoins, aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté dans le recours au Tribunal fédéral, à moins de résulter de la décision de l'autorité précédente (art. 99 al. 1 LTF ; sur l'application de cette disposition dans les procédures régies par les art. 97 al. 2 et 105 al. 3 LTF: ATF 135 V 194). En l'occurrence, il est douteux que les conditions posées par l' art. 99 al. 1 LTF à l'admission d'un nouveau moyen de preuve soient remplies. Il convient toutefois de laisser la question ouverte, le recours étant mal fondé, pour les motifs exposés ci-après, même si l'on prend en considération les attestations produites par la recourante à l'appui de son recours devant le Tribunal fédéral.

E. 5.1

Aux termes de l' art. 10 al. 1 LAA , l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : SBVR, 2ème éd., no 153 p. 895; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 274 et 372).

E. 5.2

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l' art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l' art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 p. 113 sv.; 133 V 57 consid. 6.6.2 p. 64).

E. 5.3

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA ; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a p. 138; 118 V 293 consid. 2c p. 296).

E. 5.4

Le montant des indemnités journalières est calculé d'après le gain assuré (art. 15 al. 1 LAA), c'est-à-dire, en principe, le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident (art. 15 al. 2 LAA). Dans des cas spéciaux, il dépend des dispositions de l'OLAA édictées par le Conseil fédéral (art. 15 al. 3 LAA). L' art. 23 al. 8 OLAA prévoit ainsi que le salaire déterminant en cas de rechute est celui que l'assuré a reçu juste avant celle-ci; toutefois, il ne saurait être inférieur à 10 % du montant maximum du gain journalier assuré, sauf pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance sociale. Dans le même sens, l' art. 21 al. 1 et 3 LAA prévoit qu'en cas de rechute et de séquelles tardives après que la rente a été fixée, le bénéficiaire de la rente dont le gain diminue a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical. Cette disposition permet au titulaire d'une rente partielle de l'assurance-accidents qui a mis en valeur sa capacité résiduelle de gain de percevoir, outre la rente allouée initialement, une indemnité journalière calculée sur la base de son dernier revenu avant la rechute ou la séquelle tardive.

E. 6.1

Il ressort de ce qui précède que l'incapacité de travail de la recourante dès le 26 juillet 2006 doit être considérée comme une nouvelle rechute, indépendante de celle survenue en 2001, si, dans l'intervalle, le traitement médical a permis d'obtenir une relative stabilisation de l'état de santé, au point qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de ce traitement une amélioration sensible de cet état de santé. Si tel est bien le cas, comme l'ont admis les premiers juges, l' art. 23 al. 8 OLAA implique en principe de fixer le gain assuré par rapport au revenu de l'assurée dans l'année qui a précédé cette nouvelle rechute, et non par rapport à celui qui a précédé la rechute survenue en 2001.

E. 6.2.1

D'après les certificats médicaux au dossier, le docteur M. _____ n'a plus attesté d'incapacité de travail à partir de la mi-janvier 2002. A l'époque, « La Suisse » a donc cessé le paiement des indemnités journalières, sans que l'assurée le conteste. Par ailleurs, le 11 mars 2002, le docteur M. _____ a constaté que C. _____ présentait un discret oedème résiduel, mais qu'elle marchait sans difficulté. Dans un rapport du 1er octobre 2002, il a précisé que le traitement était terminé depuis le 6 mai 2002. Sur la base de ces renseignements, « La Suisse » était en droit de considérer que l'état de santé de l'assurée était stabilisé et qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une sensible amélioration de cet état de santé. Cela vaut d'autant plus que l'assurance de protection juridique de l'assurée elle-même précisait, dans une lettre du 8 mars 2002 à l'assurance-accidents, que l'état de santé était stable et qu'il convenait de passer à l'examen du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 6.2.2

C._____ conteste, certes, la stabilisation de son état de santé en mai 2002, au motif que dans des rapports des 2 novembre 2004 et 15 novembre 2005, les docteurs G._____ et H._____ ont utilisé les termes « processus de guérison » (« Heilverlauf ») pour décrire l'évolution de son état de santé depuis l'opération; il n'ont pas expressément constaté une stabilisation ni précisé que la guérison était acquise. Toutefois, le docteur G._____ s'est limité à répondre à une question de l'assurance-accidents relative au « processus de guérison » (« Heilverlauf ») en précisant que celui-ci se déroulait très bien. Le questionnaire lui avait été envoyé à la suite d'un simple contrôle médical en novembre 2004. Le docteur G._____ n'a pas constaté de problème particulier et a proposé, pour seule mesure médicale, un contrôle et des radiographies dans un délai d'une année à deux ans. Le rapport de ce médecin confirme donc plutôt qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé de l'assurée. Dans ces conditions, la seule utilisation des termes « processus de guérison » (« Heilverlauf ») par le docteur H._____, dans son rapport du 15 novembre 2005, ne permet pas de nier une stabilisation de l'état de santé de l'assurée dans les années qui ont précédé.

E. 6.2.3

La recourante conteste également une stabilisation de son état de santé en alléguant une incapacité de travail persistante depuis l'année 2002. C'est dans le but d'établir une telle incapacité qu'elle avait demandé l'audition de plusieurs témoins par les premiers juges et qu'elle a produit, en instance fédérale, des attestations écrites établies par ces témoins. La persistance d'une incapacité de travail entre 2002 et 2005, à supposer qu'elle soit établie, ne signifie toutefois pas qu'il y avait lieu d'attendre de la continuation du traitement médical, pendant ce laps de temps, une amélioration sensible de l'état de santé de l'assurée. Au demeurant, la recourante attribue notamment à des douleurs dorsales l'incapacité de travail alléguée. Or, selon un rapport d'expertise établi le 13 avril 2006 par le docteur N._____, sur mandat de CSS Assurances SA, les douleurs décrites par l'assurée remontaient à « plus ou moins un an ». Le docteur N._____ a précisé qu'« afin de réaliser les massages ou les drainages lymphatiques [...], Madame C._____ prend des positions anti-physiologiques pendant des durées assez longues, qui la fatiguent et se répercutent par des douleurs. Ceci est d'autant plus important que Madame C._____ n'a pas une musculature très développée, en particulier au niveau de la colonne cervicale et la colonne dorsale ». Les certificats médicaux établis à l'époque par le docteur L._____ attestent par ailleurs une incapacité de travail pour cause de maladie, à partir du 8 avril 2005 seulement. Compte tenu de ces documents médicaux, force est de constater que les douleurs dorsales dont souffre la recourante - qu'elles soient d'origine accidentelle ou, comme c'est plus probable, d'origine malade - ne l'ont pas empêchée d'exercer son activité lucrative indépendante avant le 8 avril 2005. Les moyens de preuve produits à l'appui du recours n'établissent pas le contraire et l'on voit mal que les témoins dont la recourante a proposé l'audition soient en mesure d'apporter un éclairage déterminant sur ce point.

E. 6.2.4

Il s'ensuit que les premiers juges ont considéré à juste titre que les indemnités journalières litigieuses n'étaient pas dues au titre de la rechute survenue en 2001 déjà, contrairement à ce que soutient la recourante, mais au titre d'une nouvelle rechute.

E. 7.1

En réalité, par son argumentation relative à la persistance d'une incapacité de travail entre 2002 et 2005, la recourante semble surtout remettre en cause l'application de l' art. 23 al. 8 OLAA pour le calcul des indemnités journalières litigieuses, au motif qu'elle conduirait à une indemnisation insuffisante de sa perte de gain. Selon son raisonnement, prendre en considération le revenu réalisé immédiatement avant la rechute survenue en 2006 la pénaliserait, puisqu'elle ne disposait pas, à l'époque déjà, d'une pleine capacité de travail et de gain en raison de séquelles accidentelles. Par conséquent, il conviendrait de prendre en considération le gain qu'elle aurait pu réaliser dans son activité sans atteinte à la santé, plutôt que celui - réduit - qu'elle a effectivement obtenu.

E. 7.2

Si la recourante estimait subir, entre 2002 et 2005, une incapacité de travail et de gain notable en raison des suites de l'accident assuré, il lui appartenait de demander à l'intimée d'examiner son droit à une rente de l'assurance-accidents. En cas d'admission de sa demande, l'assurance-accidents lui aurait alloué une rente, à laquelle se seraient ajoutées les indemnités journalières pour la rechute survenue en 2006 (cf. consid. 5.4 supra). En revanche, elle ne saurait prétendre aujourd'hui que la perte de gain alléguée soit compensée par la prise en considération d'un gain assuré supérieur au revenu qui a précédé immédiatement la rechute. On observera, par ailleurs, que l'incapacité de travail subie en 2005 par la recourante en raison de douleurs dorsales n'a pas eu de répercussion négative sur le gain assuré pris en considération par l'intimée. Les premiers juges ont considéré que ces douleurs dorsales étaient d'origine malade. Ils ont constaté que CSS Assurances SA avait alloué des indemnités journalières en raison de l'incapacité de travail. Compte tenu du montant de ces indemnités journalières - elles correspondaient au 80 % d'un salaire conventionnel de 45'000 fr., soit un montant supérieur au chiffre d'affaire de la recourante, dans son activité indépendante, lors de chacun des exercices comptables 2002, 2003 et 2004 - celles-ci couvraient totalement la perte de gain effectivement subie. La recourante ayant comptabilisé les indemnités versées par CSS Assurances SA comme un revenu de son activité indépendante, l'intimée les a intégrées dans le calcul du gain assuré. Celui-ci n'aurait donc pas été supérieur, selon toute vraisemblance, sans l'incapacité de travail attestée en 2005 en raison de douleurs dorsales. Enfin, s'il fallait considérer, comme l'allègue la recourante, que ses maux de dos sont d'origine accidentelle, ceux-ci constitueraient des séquelles tardives de l'accident. Ils pourraient justifier la prise en charge d'un traitement médical et l'allocation d'indemnités journalières dès le mois d'avril 2005 déjà. Vu les résultats d'exploitation de la recourante pour son activité indépendante en 2004, ces indemnités seraient calculées sur la base d'un gain assuré inférieur à celui pris en considération par l'intimée. Cela étant, une *reformatio in pejus* du jugement entrepris, dans le sens d'une réduction du gain assuré pour le calcul des indemnités journalières litigieuses n'entre pas en considération (cf. art. 107 al. 1 LTF). Il n'y a pas davantage lieu de se prononcer, dans la présente procédure, sur le droit de la recourante à des indemnités journalières pour la période antérieure au 26 juillet 2006, l'intimée n'ayant pas statué sur ce point dans la décision sur opposition du 7 avril 2008 (sur la notion de décision déterminant l'objet de la contestation pouvant être déféré en justice par voie de recours, cf. ATF 125 V 413 consid. 1a p. 414; ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges Pierre Moor, 2005 no 8 p. 439). La recourante n'a d'ailleurs conclu, ni en instance cantonale, ni en instance fédérale, à l'octroi d'indemnités journalières avant cette date. Elle s'est limitée à demander aux premiers juges de « réserver ses droits quant à la rectification des prestations perçues 2001 ». Dès lors

qu'une telle réserve aurait été dépourvue de tout portée matérielle, les premiers juges n'avaient pas à entrer en matière sur cette conclusion, contrairement à ce qu'elle soutient.

E. 8

Vu ce qui précède, le recours est mal fondé. La recourante supportera les frais de justice (art. 66 al. 1 LTF) ainsi que ses propres dépens (art. 68 al. 1 LTF).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.