

BGer 8C_200/2017 vom 2. März 2018

Bundesgericht, 2018-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_200_2017

FR: TF 8C_200/2017 du 2 mars 2018

IT: TF 8C_200/2017 del 2 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

Le recours est dirigé contre un arrêt final (art. 90 LTF) rendu en matière de droit public (art. 82 ss LTF) par une autorité cantonale de dernière instance (art. 86 al. 1 let . d LTF). Il a été déposé dans le délai (art. 100 LTF) prévu par la loi. Il est donc recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit éventuel de l'assurée à une rente d'invalidité LAA ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité à raison des accidents annoncés. La procédure portant sur 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 la juridiction précédente (art. 105 al. 3 LTF).

E. 3.1

Selon l' art. 4 al. 1 LAA , les personnes exerçant une activité lucrative indépendante et domiciliées en Suisse, ainsi que les membres de leur famille qui collaborent à l'entreprise, peuvent s'assurer à titre facultatif, s'ils ne sont pas assurés à titre obligatoire. Les dispositions sur l'assurance obligatoire s'appliquent par analogie à l'assurance facultative (art. 5 al. 1 LAA). Cela vaut notamment pour les prestations, le droit médical ou encore la protection tarifaire (voir FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3ème éd., 2016, n. 55 p. 911).

E. 3.2

Dans l'assurance facultative, le rapport d'assurance se fonde sur un contrat écrit qui fixe notamment le début, la durée minimale et la fin du rapport d'assurance (art. 136 OLAA [RS. 832.202]). Il s'agit d'un contrat d'assurance de droit public qui doit être interprété, dans le cadre des limites fixées par la loi, de la même manière qu'un contrat de droit privé, à savoir selon la réelle et commune intention des parties, respectivement selon le principe de la confiance (arrêt U 105/04 du 18 avril 2006 consid. 6.1; cf. ATF 122 V 146).

E. 4

Par un premier moyen, la recourante conteste le refus de la CNA, confirmé par les premiers juges, de lui allouer une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de travail de 50 %.

E. 4.1

A cet égard, elle fait valoir que dans une lettre du 12 février 2012, en réponse à une demande de la CNA, elle avait décrit de manière détaillée ses activités professionnelles au sein de son entreprise, en particulier le fait qu'elle exerçait un travail d'exploitation en position debout à hauteur de 75 % de son temps, le pourcentage restant (25 %) étant consacré à un travail administratif en position assise. Tout en reconnaissant que cette

répartition ne correspondait plus à celle figurant dans la police d'assurance, elle soutient qu'elle pouvait raisonnablement partir de l'idée que le contrat d'assurance initial avait été adapté en conséquence dans la mesure où la CNA lui avait versé, en connaissance de cause, des indemnités journalières correspondant à la totalité de l'incapacité de travail résultant de son deuxième accident.

E. 4.2

Dans la police d'assurance, il est mentionné que les indications figurant dans la description de l'activité constituent la base des éléments décisionnels pour déterminer en cas d'accident quand et dans quelle mesure l'activité professionnelle peut être reprise. Il y est également indiqué que les changements affectant les bases de cette police, en particulier ceux de l'activité d'exploitation, doivent être communiqués de suite à l'agence compétente. Les "Conditions d'assurance des chefs d'entreprise" font partie intégrante de cette police d'assurance. Leur chiffre 4.1 précise notamment que le rapport d'assurance entre la personne assurée et la CNA est fondé sur une police écrite et que la convention est valable sous réserve de l'acceptation par la CNA.

E. 4.3

En l'occurrence, il est admis par la recourante qu'elle a négligé d'informer la CNA des changements intervenus dans son activité professionnelle avant la survenance du cas d'assurance. Certes, dans ses conclusions, elle fait état de déclarations qu'elle avait faites à la CNA le 13 avril 2011, soit à une date postérieure au premier accident mais antérieure au second. Il apparaît que ces déclarations, consignées dans un compte-rendu d'entretien avec un inspecteur de la CNA portant sur son incapacité de travail, font référence à une activité d'"acquisition", de "contacts avec la clientèle sur place", de "contrôle/instructions sur place" avec "beaucoup de déplacements". Ces propos sont toutefois trop vagues et imprécis pour conclure qu'elle aurait communiqué à l'intimée, à ce moment-là, la nouvelle répartition de ses activités au sein de son entreprise, c'est-à-dire 75 % d'activités d'exploitation en position debout et 25 % d'activités de bureau en position assise, comme elle l'a écrit expressément dans son courrier du 12 février 2012 qui, lui, est postérieur de cinq mois au second accident. On ne saurait non plus en inférer qu'elle aurait par ce biais présenté une demande de modification du contrat d'assurance conclu avec la CNA le 21 avril 2009. La recourante ne le prétend d'ailleurs pas. En l'absence d'une telle demande à laquelle l'intimée aurait donné son aval, l'activité assurée lors de la réalisation du risque couvert - en l'espèce les accidents survenus les 20 janvier et 14 septembre 2011 - était donc définie par la description qui en a été faite dans la police d'assurance établie le 21 avril 2009, à savoir 10 % de travaux d'exploitation et 90 % de travaux de bureau internes. Conformément aux conditions d'assurance, c'est cette description qui est déterminante pour fixer le droit aux prestations d'assurance de l'assurée, respectivement l'étendue des obligations de la CNA, à raison de ces événements accidentels. Il s'ensuit que les indications précises fournies après coup par la recourante sur la répartition effective de ses activités professionnelles ne peuvent avoir d'incidence sur les obligations de l'intimée dès lors que la police d'assurance n'a pas été modifiée en conséquence et de manière concordante par les parties au contrat avant que le cas d'assurance ne soit survenu. Il est vrai que ces informations auraient dû conduire la CNA à indemniser la recourante seulement dans la mesure de son incapacité à accomplir les tâches décrites dans la police, et non pas en fonction de la totalité de l'incapacité de travail établie par les médecins traitants sur la base d'une activité physique en position debout à 75 %, ce dont elle ne s'est rendue compte que bien plus tard. Il n'en demeure pas moins qu'au

vu de la situation contractuelle existante, le seul fait que la CNA a versé des indemnités journalières supérieures à celles auxquelles elle était tenue ne pouvait être interprété par la recourante, selon le principe de la confiance, comme une acceptation tacite de la part de cet assureur d'une modification de la police d'assurance dans un sens qui lui est défavorable. L'argument doit ainsi être rejeté. Pour le surplus, la recourante ne développe aucun grief concernant la manière dont l'intimée a fixé son incapacité de gain sur la base des termes du contrat d'assurance tel qu'il a été conclu en l'espèce.

E. 5

Dans un second moyen, la recourante reproche à la cour cantonale d'avoir considéré que l'avis sommaire du docteur D. _____ était suffisant pour lui dénier une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle aurait dû mettre en oeuvre une expertise.

E. 5.1

On rappelle qu'il n'existe pas de droit formel à une expertise médicale menée par un médecin externe dans la procédure d'octroi de prestations d'assurance sociale. La jurisprudence retient toutefois que lorsqu'il existe un doute, même léger, quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, le juge a le devoir d'ordonner une expertise (cf. ATF 135 V 465 consid. 4 p. 467 ss).

E. 5.2

Le docteur D. _____ est le seul médecin qui s'est prononcé sur la question d'une éventuelle atteinte à l'intégrité. Bien que succincte, son appréciation a été établie à la suite d'un examen clinique de l'assurée et sur la base de son dossier radiologique. Ce médecin a relevé que la mobilité des chevilles était symétrique et asymptomatique, même à gauche. Seul le mouvement de l'articulation subtalaire était réduit d'un tiers sans qu'il soit possible déterminer si cela était dû aux cicatrices ou aux douleurs. Il n'y avait pas d'atrophie musculaire. L'examen radiographie du 22 janvier 2015 ne montrait pas d'arthrose significative. L'assurée présentait de manière générale une laxité ligamentaire.

E. 5.3

Dans la mesure où la recourante se contente de remettre en cause cet avis sans étayer sa critique et qu'elle n'apporte par ailleurs aucun avis médical contraire, on ne voit pas de raison de douter de la fiabilité de cette appréciation, ni d'ordonner une expertise.

E. 6

Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté.

La recourante, qui succombe, doit supporter les frais judiciaires (art. 66 al. 1 LTF).