

BGer 8C 376/2007 vom 20. Juni 2008

Bundesgericht, 2008-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_376_2007

FR: TF 8C 376/2007 du 20 juin 2008

IT: TF 8C 376/2007 del 20 giugno 2008

Regeste

Assurance-accidents | Assurance-accidents

Erwägungen

E. 1

Aux termes de l' art. 49 LPGA , l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (al. 4). En l'occurrence, il s'ensuit qu'Helsana assurances SA disposait, en instance cantonale, des mêmes voies de droit que C._____ pour attaquer la décision sur opposition du 8 juillet 2005. Elle a également qualité pour agir en instance fédérale contre le jugement du 10 avril 2007 du Tribunal des assurances du canton de Vaud.

E. 2

Dès lors que le jugement entrepris porte exclusivement sur le droit à des prestations en nature de l'assurance-accidents (traitement médical), le Tribunal fédéral statue sur la base des faits établis par l'autorité précédente. Il peut rectifier ou compléter d'office les constatations de cette autorité si les faits ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l' art. 95 LTF (art. 97 et 105 LTF).

E. 3.1

La recourante ne conteste pas devoir prendre en charge le traitement médical du genou droit de l'assuré pour la période courant dès le 19 novembre 2004. Elle soutient, en revanche, qu'après avoir accepté, dans un premier temps, de couvrir le cas, l'intimée ne pouvait plus revenir sur ce point qu'en mettant fin à ses prestations par une décision produisant des effets ex nunc et pro futuro.

E. 3.2

En instance cantonale comme en instance fédérale, la recourante a allégué que l'intimée avait régulièrement payé les factures qui lui étaient soumises par les divers fournisseurs de prestations jusqu'en septembre 2004, pour un montant total de l'ordre de 17'000 fr. Ces allégations ne sont pas contestées et sont étayées par diverses pièces au dossier. On peut en inférer que Zurich assurances a déjà payé, notamment, la facture relative à l'intervention chirurgicale du 8 octobre 2003 à la Clinique Y._____. Sur ce point, il convient de compléter les constatations manifestement incomplètes des premiers juges. Dans la mesure où la recourante soutient que ces frais de traitement doivent rester à la charge de l'intimée, ses conclusions sont d'ordre constatatoire. Dans la mesure, en revanche, où elle exige que

l'intimée soit condamnée à prendre en charge des traitements supplémentaires, ses conclusions sont condamnatoires. Il convient d'aborder l'un après l'autre ces deux types de conclusions.

E. 4.1

En ce qui concerne les traitements déjà pris en charge par l'intimée, cette dernière n'exige, dans la décision sur opposition litigieuse, aucune restitution de prestations à l'assuré, mais constate simplement qu'il n'avait pas droit aux prestations de l'assurance-accidents. Par ailleurs, bien qu'elle annonce son intention de demander un remboursement de prestations à l'assurance-maladie, elle ne statue pas sur sa créance en remboursement vis-à-vis de la recourante. Elle n'avait d'ailleurs pas le pouvoir de rendre une décision sur ce point, à l'encontre d'un assureur-maladie (ATF 127 V 176 consid. 4 p. 180 ss et les références).

E. 4.2

Vis-à-vis de l'assuré, l'intimée n'avait aucun intérêt digne de protection à rendre une décision de constatation sur son obligation de prendre en charge des prestations qu'elle avait déjà fournies et dont elle n'exigeait pas la restitution (sur l'exigence d'un tel intérêt pour rendre une décision de constatation : ATF 130 V 388 consid. 2.3 p. 391; en rapport avec une décision constatant, avec effet rétroactif, l'absence du droit aux prestations déjà allouées : arrêt U 200/04 du 19 septembre 2005). A défaut d'un tel intérêt digne de protection, il convient d'annuler la décision sur opposition du 8 juillet 2005 dans la mesure où elle constate que l'assuré n'avait pas droit aux prestations en nature déjà perçues; les conclusions de la recourante sur ce point sont donc admises partiellement et le jugement entrepris réformé dans ce sens. Les conclusions en constatation de droit prises par la recourante sont irrecevables pour le surplus, pour le même motif de l'absence d'intérêt digne de protection à une décision de constatation.

E. 5.1

La recourante ne précise pas sur quels traitements exactement portent ses conclusions condamnatoires, c'est-à-dire quels traitements, qui n'auraient pas encore été payés, l'intimée devrait être condamnée à prendre à sa charge pour la période courant jusqu'au 19 novembre 2004. Tout au plus peut-on déduire de ses allégations en instances cantonale et fédérale - et des pièces figurant au dossier - que l'assuré a été hospitalisé le 1er septembre 2004 à la Clinique Y. _____ et que l'intimée a refusé de prendre en charge le traitement. Il convient, sur ce point également, de compléter les constatations de faits figurant dans le jugement entrepris. Cela étant, en l'absence de toute autre précision de la part de la recourante, on interprétera ses conclusions condamnatoires en ce sens qu'elles portent sur l'obligation de l'intimée de prendre en charge ces frais d'hospitalisation.

E. 5.2

La recourante se réfère à la jurisprudence d'après laquelle l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge des frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation d'une décision entrée en force (reconsidération ou révision procédurale; ATF 130 V 380). Elle en déduit qu'a contrario, l'assureur-accidents ne peut pas mettre fin avec effet rétroactif à son obligation de prester si les conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (cf. art. 53 al. 1 et 2 LPGA) ne sont pas remplies. Cette conclusion n'est exacte que dans la mesure où elle porte sur des prestations pour lesquelles l'assurance-accidents a déjà reconnu

son obligation de prester, par une décision formelle ou informelle (art. 49 et 51 LPGA). En revanche, l'assurance-accidents conserve la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités journalières qu'elle n'a pas encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel elle n'a pas encore admis son obligation de prester (ATF 133 V 57). En l'occurrence, la Clinique Y._____ a expressément demandé à l'intimée une garantie de prise en charge pour l'hospitalisation de l'assuré en septembre 2004. Elle savait par conséquent que la prise en charge de ce traitement par l'intimée n'allait pas de soi et devait encore faire l'objet d'une décision. Aussi ne pouvait-elle pas fournir de prestations en nature, pour le compte de l'assurance-accidents, avant d'avoir obtenu une confirmation de l'intimée qu'elle prendrait en charge le traitement. Le lendemain de la demande de garantie, soit le 2 septembre 2004, l'intimée a d'ailleurs répondu négativement à la Clinique Y._____. Dans ces conditions, il faut constater qu'elle n'a pas reconnu son obligation de prendre en charge l'hospitalisation de l'assuré dans cet établissement, en septembre 2004. Elle était donc en droit de refuser la prestation litigieuse en conférant un effet rétroactif à la décision du 19 novembre 2004 et à la décision sur opposition du 8 juillet 2005. Sur ce point, les conclusions de la recourante sont mal fondées.

E. 6

Vu ce qui précède, la recourante n'obtient que partiellement gain de cause, dans le sens exposé au consid. 4. Les frais de justice seront répartis par moitié entre les parties (art. 66 al. 1 LTF).

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