

GE_GERICHTE A/1352/2011 vom 17. April 2012

GE Cour de justice, 2012-04-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1352_2011

FR: GE_GERICHTE A/1352/2011 du 17 avril 2012

IT: GE_GERICHTE A/1352/2011 del 17 aprile 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.04.2012
A/1352/2011

A/1352/2011 ATAS/511/2012 du 17.04.2012 (LAA) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1352/2011
ATAS/511/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 17 avril
2012 2 ème Chambre En la cause Monsieur T _____, domicilié à Thônex, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Romolo MOLO recourant contre SWICA
ASSURANCES SA, sise Römerstrasse, 37, 8401 Winterthur, représenté par Madame
Lysiane GIRARD, intimée EN FAIT Monsieur T _____ (ci-après l'assuré ou le
recourant), né en 1984, a chuté, en date du 26 novembre 2006, dans un parc public de
Madrid, chute qui avait notamment engendré une fracture du radius gauche. Il a subi une
ostéosynthèse à l'Hôpital Alcornon en Espagne. Les suites de cet accident ont été prises en
charge par une institution espagnole. L'assuré est arrivé en Suisse le 18 janvier 2008, il a été
suivi à l'Unité de chirurgie de la main des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après
HUG) dès le 28 juillet 2008 et il a travaillé, en qualité d'aide de cuisine, dès le 4 décembre
2008 pour le restaurant X _____ à Genève. Il était affilié, à ce titre, pour les
accidents professionnels et non professionnels auprès de SWICA ASSURANCES SA
(ci-après l'assureur-accidents ou l'intimé). Par déclaration de sinistre du 23 mars 2009,
l'employeur de l'assuré a fait annoncer à l'assureur-accidents un événement survenu en date
du 30 janvier 2009. Il a notamment indiqué que l'assuré avait un problème récurrent au bras
gauche et qu'il était en incapacité de travail depuis le 14 février 2009, incapacité qui allait
probablement durer plus d'un mois. Bien que l'annonce de sinistre ait été faite à
l'assureur-accidents, c'est l'assureur perte de gain qui a versé à l'assuré des indemnités
journalières dès le 14 février 2009. Lors d'un entretien téléphonique du 29 avril 2009 avec
un employé de l'assureur-accidents, l'assuré a expliqué qu'il avait soulevé quelque chose de
plus lourd que d'ordinaire et qu'il avait ressenti, à ce moment-là, une douleur au niveau du
poignet ou du coude, étant précisé qu'il aurait de l'eau dans le poignet ou le coude. D'après
l'assuré, il s'agissait des suites d'un accident s'étant déroulé en 2006, mais il ne se rappelait
plus quel assureur avait pris en charge cet accident. L'employé de l'assureur-accidents a
déclaré que cet événement ne pourrait vraisemblablement pas être pris en charge, car soit le
caractère accidentel de l'événement faisait défaut, soit il pouvait s'agir des suites d'un
accident qui avait été couvert par un autre assureur-accidents, de sorte que celui-ci devrait le
prendre en charge. Par rapport du 19 mai 2009, un médecin de l'Unité de chirurgie de la
main des HUG a posé le diagnostic de cal vicieux du radius gauche et a constaté que les
lésions étaient dues à un accident survenu en 2006. L'incapacité de travail était totale depuis
le 26 février 2009. Le traitement allait vraisemblablement être terminé dans trois mois. Lors
d'un entretien téléphonique du 18 juin 2009, l'assuré a confirmé à un employé de
l'assureur-accidents qu'il n'y avait pas eu d'événement accidentel et qu'il avait simplement

soulevé quelque chose de plus lourd que d'ordinaire pour le mettre dans le lave-vaisselle (une planche en bois entre 8 et 10 kilogrammes) et c'est alors qu'il avait ressenti une douleur. Le 23 juin 2009, un employé de l'assureur-accidents a informé l'assuré, lors d'une conversation téléphonique, que le cas n'allait pas être pris en charge, dans la mesure où il ne s'agissait pas d'un accident. De plus, attendu que l'assuré était assuré auprès du même assureur pour la perte de gain, son dossier serait transmis à la personne compétente pour traitement. L'assuré a été licencié pour le 30 juin 2009. Par pli du 3 juillet 2009, l'assureur-accidents a communiqué à l'assuré son refus de prendre en charge les suites de l'événement du 30 janvier 2009. En effet, d'une part, cet événement ne pouvait pas être qualifié d'accident, la condition de la cause extérieure extraordinaire n'étant pas réalisée et d'autre part, le fait de soulever une planche de 8 à 10 kilogrammes ne constituait pas un événement générant un risque de lésion accru, de sorte que les conditions pour admettre l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident n'étaient pas réalisées. L'assureur-accidents a informé l'assuré qu'il était de la compétence de l'assureur-accidents qui avait pris en charge l'accident survenu en 2006 d'examiner son droit aux prestations, toutefois, si celui-ci n'entraînait pas ou plus en matière, il serait alors de la compétence de l'assureur-maladie d'étudier son droit aux prestations. L'assureur perte de gain a mis un terme aux indemnités journalières pour le 31 août 2009. Par pli du 23 novembre 2009 adressé à l'assureur-accidents, l'assuré a déclaré que les suites de son accident initial avaient été prises en charge par la Sécurité sociale espagnole et a considéré que les suites de sa « rechute » devaient être à la charge de l'assurance-accidents suisse, en application du Règlement (CEE) 1408/71. Il requérait également la prise d'une décision susceptible de recours. Le 8 février 2010, l'assuré, représenté par un conseil, a imparti à l'assureur perte de gain un délai au 19 février 2009 pour reprendre le versement des indemnités journalières d'accident. En effet, il ne pouvait pas être exigé d'un ressortissant de la Communauté européenne d'obtenir des prestations d'un assureur sis à l'étranger. Par décision du 9 juillet 2010, l'assureur-accidents a refusé toute prestation à l'assuré pour les suites de l'événement du 30 janvier 2009, confirmant intégralement le contenu de son courrier du 3 juillet 2009. Par pli du 30 juillet 2010, l'assuré a persisté à affirmer qu'il avait subi un accident et que l'assureur-accidents était tenu de lui verser des prestations au sens de la LAA. Il sollicitait dès lors la prise d'une décision sur opposition. Le 9 décembre 2010, l'assureur-accidents a requis de l'assuré la transmission des pièces du dossier relatif à l'accident survenu en 2006, afin d'être en mesure de se prononcer de manière définitive sur son obligation de prendre en charge les prestations liées à l'événement du 30 janvier 2009. Par pli du 17 janvier 2011, l'assuré a communiqué à l'assureur-accidents : un compte-rendu opératoire du 26 février 2009, qui attestait du fait qu'il avait subi, le jour même, une ostéotomie transverse du radius gauche et que le diagnostic retenu était celui de cal vicieux rotatoire du radius gauche ; un rapport d'expertise du 31 août 2009 établi par le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine interne et en diabétologie et endocrinologie, suite à l'examen de l'assuré et à un entretien téléphonique avec le Dr B _____, médecin auprès de l'Unité de chirurgie de la main des HUG. Dans le cadre de l'anamnèse, le médecin a relevé que l'assuré avait subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse durant le mois d'octobre 2008, puis une intervention chirurgicale visant à le libérer d'un cal vicieux en date du 26 février 2009. En effet, suite à la mauvaise réduction de la fracture d'origine, l'assuré avait développé un cal vicieux au niveau du radius, de sorte que le Dr B _____ avait décidé de procéder à une ostéotomie transverse avec fixation par plaques. Il a retenu que l'opération du 26 février 2009 s'était soldée par un échec de consolidation, ce qu'il avait pu objectiver sur la

radiographie du 17 août 2009. La capacité de travail de l'assuré était nulle en qualité d'aide de cuisine, en revanche, elle était entière dans une activité sans port de charges lourdes ou sollicitations répétées et énergiques du membre supérieur gauche. Cette capacité de travail pouvait être effective « dès le moment où il a consolidé de manière adéquate son ostéotomie transverse » ; un courrier de l'assureur perte de gain du 29 septembre 2009, lequel a estimé que les lésions résultaient vraisemblablement des suites de l'accident du 26 novembre 2006, de sorte que l'assuré était invité à déclarer le cas à l'assureur ayant pris en charge le cas d'accident initial. De plus, il ne lui appartenait plus d'intervenir dans ce dossier, attendu qu'il ne s'agissait pas d'un cas de maladie. Il mettait dès lors un terme aux prestations au 31 août 2009. Le 3 février 2011, l'assuré a fait notifier un commandement de payer à l'assureur-accidents, auquel celui-ci a fait opposition. L'assuré requérait le versement d'une somme de 21'513 fr., avec intérêts à 5% dès le 1^{er} décembre 2009, ainsi que 100 fr. de frais. Par décision sur opposition du 21 mars 2011, l'assureur-accidents a confirmé sa décision de refus de prestations du 9 juillet 2010, retirant l'effet suspensif à un éventuel recours. Il a tout d'abord constaté que dans la mesure où l'accident survenu en 2006 n'était pas un accident professionnel, il n'avait pas à prendre en charge ses suites actuelles (art. 52 et 61 par. 5 du Règlement (CEE) no 1408/71). De plus, il a estimé qu'aucune prescription contenue dans l'Accord entre la Confédération suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, sur la libre circulation des personnes, n'était applicable au cas d'espèce. Quant à la Convention du 21 septembre 1959 entre la Suisse et l'Espagne sur la sécurité sociale qui règle les conditions auxquelles les ressortissants espagnols ont droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants suisse, elle était également inapplicable. Par ailleurs, l'événement du 30 janvier 2009 ne constituait pas un accident, dès lors que la condition du facteur extérieur extraordinaire n'était pas réalisée, attendu que l'assuré n'avait fait que soulever une planche en bois pesant entre 8 et 10 kilogrammes. Ses suites n'étaient ainsi pas à sa charge. Il a rappelé à l'assuré que l'assureur perte de gain lui avait versé des indemnités journalières du 28 février au 31 août 2009. Par acte du 6 mai 2011, l'assuré interjette recours contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents, concluant à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents, en relation avec l'accident intervenu le 26 novembre 2006, sous suite de dépens. Subsidiairement, il requiert le versement de prestations perte de gain maladie suite à l'événement survenu le 30 janvier 2009 et à la condamnation de l'assureur perte de gain maladie à lui verser des indemnités journalières d'un montant de 101 fr. par jour d'incapacité dès le 1^{er} septembre 2009, sous suite de dépens. Il rappelle que l'assureur-accidents et l'assureur perte de gain maladie, lesquels sont une même entité, lui avaient refusé des prestations, le premier considérant que l'événement du 30 janvier 2009 n'était pas un accident et le second que ses atteintes n'étaient pas dues à une maladie, mais aux suites de l'accident du 26 novembre 2006. Quoi qu'il en soit, cette entité doit prester, d'après lui, que ce soit en qualité d'assureur-accidents ou d'assureur perte de gain maladie. Il précise qu'en application a contrario de l'art. 7 let. a des conditions générales d'assurance de l'assureur perte de gain maladie, seuls les cas donnant droit à une indemnité de la LAA sont exclus de l'assurance, de sorte que cet assureur doit prester. Invité à se déterminer, l'assureur-accidents conclut au rejet du recours dans sa réponse du 3 juin 2011. Il détermine que la condition du facteur extérieur extraordinaire n'est pas réalisée, de sorte que l'événement du 30 janvier 2009 n'est pas un accident. De plus, un cal vicieux du radius gauche ne peut pas être considéré comme une lésion corporelle assimilée à un accident. Les suites de l'événement du 30 janvier 2009 ne sont dès lors pas à sa charge. Par réplique du 30 juin 2011, le recourant soutient qu'il n'est pas envisageable que ni

l'assureur-accidents ni l'assureur perte de gain ne soit tenu de lui servir des prestations. En effet, le fait que l'assureur-accidents le renvoie auprès de l'institution espagnole qui a couvert l'accident de 2006 constitue, d'après lui, une discrimination proscrite par l'art. 3 du Règlement (CEE) no 1408/71. De plus, il se prévaut également de l'art. 35 al. 3 dudit Règlement, lequel concerne les affections préexistantes. Par duplique du 22 août 2011, l'assureur-accidents persiste dans ses conclusions. Il fait valoir que dans la mesure où le Règlement (CEE) 1408/71 ne coordonne pas le risque d'accidents non professionnels, le recourant ne peut pas en tirer d'argument quant à la prise en charge des suites de l'accident de 2006. Par ailleurs, les problèmes récurrents du recourant à l'épaule (cal vicieux) ne présentent ni les caractéristiques d'un accident ni celles d'une lésion assimilée à un accident, mais sont en relation de causalité avec l'accident de 2006, conformément au rapport médical initial LAA. Il conteste en outre que le recourant soit victime d'une discrimination au sens de l'art. 3 du Règlement (CEE) 1408/71. En effet, lorsqu'un ressortissant suisse subit un accident couvert par un assureur suisse et qu'il fait valoir quelques années plus tard des prestations en rapport de causalité avec le premier événement auprès d'un nouvel assureur, il est renvoyé auprès de l'assureur ayant pris en charge le cas initial. Sur requête de la Cour de céans, le Dr B _____ déclare, dans un rapport du 20 janvier 2012, que le recourant a été vu pour la première fois à l'Unité de chirurgie de la main le 28 juillet 2008. Actuellement, il rapporte des douleurs persistantes depuis l'intervention chirurgicale, lesquelles étaient déjà présentes avant celle-ci, eu égard à la radio-ulnaire distale. Les douleurs sont de caractère mécanique, se manifestent une à deux fois par jour et sont liées aux efforts prolongés. Le diagnostic est celui de cal vicieux rotatoire du radius gauche entraînant des douleurs à la radio-ulnaire distale après une fracture du radius gauche en 2006. D'après le médecin, l'accident du 26 novembre 2006 a provoqué de manière certaine les atteintes présentes le 30 janvier 2009 et cela a toujours été clair. Par ailleurs, il constate que le scanner de contrôle du 4 septembre 2009 met en évidence un trait de fracture encore visible attestant d'une non-consolidation du radius, ce qui explique qu'une capacité de travail de 100% n'a été retenue que dès le 2 mars 2010, étant précisé que la radiographie de contrôle du 2 décembre 2011 montre que le foyer d'ostéotomie est complètement consolidé. Les limitations fonctionnelles du recourant concernent essentiellement le port de charges de la main gauche et les efforts prolongés de caractère mécanique. Par écriture du 22 février 2012, l'assureur-accidents maintient sa position. En effet, les périodes d'incapacité de travail du recourant sont dues à son accident du 26 octobre 2006. De plus, l'événement du 30 janvier 2009 ne remplissait ni les conditions de l'art. 4 LPGA (accident) ni celles de l'art. 9 al. 2 OLAA (lésions corporelles assimilées à un accident). Par acte du 22 février 2012, le recourant persiste dans ses conclusions, en précisant, requérir à titre principal, des prestations de l'assurance-accidents en relation avec l'accident du 26 novembre 2006, et en particulier des indemnités journalières du 1^{er} septembre 2009 au 2 mars 2010, et à titre subsidiaire, réclamer à l'assureur perte de gain une indemnité journalière de 101 fr. du 1^{er} septembre 2009 au 2 mars 2010, soit un montant total de 18'483 francs. Il admet que ses séquelles, soit ses douleurs et sa perte de mobilité, sont consécutives à l'accident intervenu en 2006 et soutient qu'il a indiscutablement présenté une incapacité de travail du 1^{er} septembre 2009 au 2 mars 2010. Par ailleurs, il invoque que d'après les art. 3 et 13 al. 2 let. a du Règlement (CEE) 1408/71, la législation applicable en matière de sécurité sociale est déterminée par le lieu de l'activité lucrative et non par le lieu de l'accident. Dès lors, dans la mesure où il exerce une activité lucrative en Suisse et qu'il est couvert pour les accidents par un

assureur-accidents suisse, celui-ci doit également intervenir pour l'accident survenu en Espagne. Il ajoute qu'à supposer qu'un Suisse ait subi un accident en 2006 en Espagne alors qu'il était assuré en Suisse, il aurait droit aujourd'hui aux prestations de l'assurance-accidents. Il ne peut ainsi en aller différemment pour lui, attendu que la résidence en Suisse n'est pas exigée par le Règlement (CEE) no 1408/71. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. a LPGA p.a.). La question litigieuse est de savoir si les atteintes du recourant présentes dès le 30 janvier 2009 donnent droit à des prestations de la part de l'intimé. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGA). Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 no U 275 p. 191 consid.1c). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives 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. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATFA non publié du 18 novembre 2005, U 80/05). b) Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable

dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007). La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 consid. 5d bb et les références; FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2^{ème} édition, n. 89, p. 867). c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATF non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007 , consid. 2.1). En l'occurrence, il y a lieu de constater que le Dr B_____ expose, dans son rapport du 20 janvier 2012, que le recourant était suivi par l'Unité de chirurgie de la main des HUG depuis le 28 juillet 2008 et qu'il souffre d'un cal vicieux rotatoire du radius gauche entraînant des douleurs à la radio-ulnaire distale après une fracture du radius gauche en 2006. Il conclut que les atteintes présentes depuis le 30 janvier 2009 sont dues de manière certaine à l'accident du 26 novembre 2006 et que cela a toujours été clair. La Cour de céans constate que le Dr B_____ répond de manière limpide aux questions posées et que rien ne permet de remettre en cause ses conclusions qui sont convaincantes. Suite à la réception de ce rapport, les parties concordent d'ailleurs sur le fait les atteintes du recourant et ses conséquences sur sa capacité de travail résultent de l'accident non professionnel intervenu le 26 novembre 2006 en Espagne. Il en résulte que les atteintes somatiques du recourant sont, au degré de la vraisemblance prépondérante prévue par la jurisprudence, en rapport de causalité naturelle, et partant adéquate, avec l'accident du 26 novembre 2006. Il convient dès lors de déterminer si l'intimé est tenu de prendre en charge les suites de l'accident du 26 novembre 2006. a) Il sera tout d'abord rappelé que l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération

suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP; RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Selon l'art. 1 al. 1 de l'Annexe II «Coordination des systèmes de sécurité sociale» de l'accord, fondée sur l'art. 8 de l'accord et faisant partie intégrante de celui-ci, en relation avec la section A de cette annexe, les Parties contractantes appliquent entre elles en particulier le Règlement (CEE) no 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, ainsi que le Règlement (CEE) no 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent, à l'intérieur de la Communauté, ou des règles équivalentes. L'art. 115a de la LAA, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, renvoie à ces deux règlements de coordination. Du point de vue temporel, l'ALCP et les règlements auxquels il fait référence sont applicables en l'espèce. De même, cette réglementation est applicable au recourant du point de vue personnel - ressortissant d'un Etat membre, le recourant doit être considéré comme un travailleur qui est ou a été soumis à la législation d'un ou de plusieurs Etats membres (art. 2 par. 1 du Règlement (CEE) no 1408/71). Du point de vue matériel, la doctrine a établi que le Règlement (CEE) no 1408/71 ne contient pas de dispositions spécifiques relatives à l'institution de l'assurance (obligatoire) des accidents non professionnels en tant que partie intégrante de l'assurance-accidents, institution qui reste une particularité suisse dans le paysage européen des systèmes d'assurance, toutefois, le fait que ce risque spécifique n'est pas mentionné, ni réglé de manière particulière dans le Règlement n'entraîne pas une exclusion de son champ d'application. Les prestations prévues par l'assurance-accidents suisse en cas d'accident non professionnel doivent être soumises aux dispositions du Règlement relatives à d'autres risques assurés, en fonction de leur nature. Ainsi, les prestations en nature, l'indemnité journalière et l'allocation pour impotent entrent dans le champ d'application des dispositions sur les prestations de maladie et de maternité au sens de l'art. 4 par. 1 point a du Règlement (CEE) 1408/71 (chapitre 1 du titre III) (FRESARD/MOSER-SZELESS, op. cit., no 51 et 52, p. 854ss). b) En vertu de l'art. 13 par. 2 let. a du Règlement (CEE) no 1408/71, la personne qui exerce une activité salariée sur le territoire d'un Etat membre est soumise à la législation de cet Etat, même si elle réside sur le territoire d'un autre Etat membre ou si l'entreprise ou l'employeur qui l'occupe a son siège ou son domicile sur le territoire d'un autre Etat membre. De plus, conformément à l'art. 35 par. 3 du Règlement (CEE) no 1408/71, applicable à la maladie et à la maternité, si la législation d'un Etat membre subordonne l'octroi des prestations à une condition relative à l'origine de l'affection, cette condition n'est opposable ni aux travailleurs salariés ou non salariés ni aux membres de la famille auxquels le présent règlement est applicable, quel que soit l'Etat membre sur le territoire duquel ils résident. Le titre marginal de la disposition mentionne "affection préexistante". L'art. 3 par. 1 du Règlement (CEE) no 1408/71 prévoit que les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du présent règlement sont applicables sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans le présent règlement. En vertu du principe de l'égalité de traitement, les travailleurs se déplaçant à l'intérieur de la Communauté doivent bénéficier, en matière de sécurité sociale, et quel que soit l'Etat membre dont ils sont ressortissants, des droits aux prestations dans les mêmes conditions que les ressortissants de l'Etat membre sur

le territoire duquel ils résident, sans que les dispositions de droit interne puissent y faire obstacle. Le principe d'égalité de traitement prohibe non seulement les discriminations ostensibles, fondées sur la nationalité des bénéficiaires des régimes de sécurité sociale, mais encore toutes formes dissimulées de discrimination qui, par application d'autres critères de distinction, aboutissent, en fait, au même résultat. La discrimination directe peut, par exemple, provenir du refus de délivrer une prestation aux étrangers ou de subordonner à une convention internationale de réciprocité le bénéfice de prestations sociales aux étrangers communautaires. En outre, doivent être regardées comme indirectement discriminatoires les conditions du droit national qui, bien qu'indistinctement applicables selon la nationalité, affectent, essentiellement ou dans leur grande majorité, les travailleurs migrants, ainsi que les conditions indistinctement applicables qui peuvent être plus facilement remplies par les travailleurs nationaux que par les travailleurs migrants, ou encore qui risquent de jouer, au détriment des travailleurs migrants. Une discrimination indirecte est réalisée, par exemple, lorsque la législation d'un Etat membre subordonne le bénéfice d'une prestation à la durée préalable de résidence ou à la nationalité d'un membre de la famille du requérant (Francis KESSLER/Jean-Philippe LHERNOULD, Code annoté européen de la protection sociale, 4^{ème} édition, Paris, 2010, p. 82ss).

c) En vertu de l'art. 77 LAA, en cas d'accident professionnel, il incombe à l'assureur auprès duquel le travailleur était assuré au moment où est survenu l'accident d'allouer les prestations (al. 1 1^{ère} phrase). En cas d'accident non professionnel, il incombe à l'assureur auprès duquel la victime de l'accident était aussi assurée en dernier lieu contre les accidents professionnels, d'allouer les prestations (al. 2). L'art. 112 al. 1 OLAA prévoit que pour les accidents antérieurs au changement d'assureur, l'assureur compétent jusque-là le reste. Le TFA a interprété littéralement l'art. 77 al. 1 et 2 LAA, en jugeant qu'en cas de changement d'assureur après la survenance de l'accident, l'assureur auprès duquel la victime était assurée au moment de l'événement dommageable restait tenu d'allouer ses prestations, même en cas de rechute (ATF 116 V 51 ; Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), 1992, p. 227 ; FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in SBVR, Soziale Sicherheit, p. 992, note 773)

a) En l'espèce, le recourant est domicilié et réside en Suisse depuis le 18 janvier 2008 et il est depuis lors assuré obligatoirement contre la maladie et les accidents conformément aux art. 1a al. 2 et 3 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10). Il a en tous les cas travaillé dès le 4 décembre 2008 en Suisse, de sorte qu'il est à l'évidence soumis, depuis lors, à la législation suisse en matière d'accidents. Il a précédemment été établi que les atteintes, dont souffre le recourant depuis le mois de janvier 2009 et qui ont eu pour conséquence une incapacité de travail, sont dues à l'événement intervenu en Espagne en date du 26 novembre 2006. Or, le recourant n'a été assuré par l'intimé contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels que dès le 4 décembre 2008, soit depuis le début de son activité lucrative pour X_____.

Partant, attendu que l'accident du recourant est antérieur au début de la couverture d'assurance auprès de l'intimé, il n'incombe pas à celui-ci d'allouer des prestations au recourant (art. 77 al. 2 LAA et 112 al. 1 OLAA).

b) Le recourant sollicite l'application de l'art. 35 par. 3 du Règlement (CEE) 1408/71, sans motiver sa position. La Cour de céans constate à cet égard que la LAA ne subordonne pas, comme l'interdit cette disposition, l'octroi de prestations à une condition relative à l'origine de l'affection, mais règle un conflit de compétence entre assureurs, qui peut survenir notamment en cas de changement d'emploi (FRESARD/MOSER-SZELESS, op. cit., no 552, p. 992). En effet, la législation suisse prévoit que l'assureur-accidents compétent pour servir des prestations est celui

auprès duquel la personne était assurée lors de la survenance d'un événement accidentel. Partant, le recourant ne saurait fonder son droit à des prestations de l'intimé sur l'art. 35 par. 3 du Règlement (CEE) 1408/71. D'ailleurs, à défaut de commentaire ou de jurisprudence topique en matière d'accident non professionnel concernant cette disposition et compte tenu de son titre marginal (affection préexistante), la Cour retient que la disposition interdit seulement de refuser des prestations si la maladie était antérieure au domicile en Suisse ce qui n'est effectivement pas le cas dans le cadre de la LAMal. c) Le recourant se prévaut également d'une inégalité de traitement, en ce sens qu'un citoyen suisse, qui aurait subi un accident en Espagne en 2006, en étant assuré en Suisse, aurait actuellement droit à des prestations de l'assurance-accidents, de sorte qu'il ne peut en aller différemment pour lui. Son raisonnement ne peut pas être suivi. En effet, tout d'abord, lors de son accident en Espagne, le recourant n'était pas travailleur et assuré en Suisse, ce qu'il n'allègue au demeurant pas, de sorte que sa situation n'est pas comparable à celle qu'il expose et qui ne peut concerner qu'une personne assurée en Suisse au motif qu'elle y travaille et y est domiciliée, séjournant en Espagne pour des vacances. En outre, d'une part, les art. 77 LAA et 112 al. 1 OLAA sont applicables à toute personne salariée en Suisse et ne font pas de différence fondée sur la nationalité des assurés, en ce sens que le citoyen suisse, tout comme le citoyen espagnol, est renvoyé à agir par devant l'assureur ayant pris en charge le cas initialement. D'autre part, si un citoyen suisse était dans la même situation que le recourant, soit domicilié en Espagne en 2006, peu importe la raison, et s'il avait eu un accident non professionnel pris en charge par le régime de sécurité sociale espagnol, il ne pourrait pas non plus requérir la prise en charge de prestations dues à rechute ou à des séquelles de son accident auprès de l'assureur-accidents suisse, auprès duquel il serait assuré depuis son retour en Suisse. De plus, même si le citoyen suisse avait subi un accident à l'étranger en étant assuré par un assureur-accidents suisse - celui-ci ayant pris en charge les suites de l'accident -, ce sera toujours cet assureur et non un assureur postérieur qui doit prendre en charge les éventuelles séquelles tardives ou rechutes de l'accident. Il peut également être ajouté que la LAA ne subordonne notamment pas l'octroi d'une prestation à une durée de résidence. Par conséquent, le recourant ne fait pas l'objet d'une discrimination directe ou indirecte par le biais de l'application de la LAA. d) Au vu de ce qui précède, c'est à tort que le recourant soutient que l'intimé doit prendre en charge les suites d'un accident intervenu en 2006, soit avant le début de la couverture d'assurance pour les risques d'accidents professionnels et non professionnels en décembre 2008. Toute autre solution consacrerait une inégalité de traitement par rapport au citoyen suisse ou étranger, étudiant ou sans activité lucrative (conjoint au foyer par exemple) et domicilié en Suisse lors de l'accident non professionnel et ainsi seulement assuré selon le régime de la LAMal. En effet, si une rechute intervient ensuite, alors qu'il est assuré en tant que travailleur selon le régime LAA, il ne pourra pas prétendre à des prestations de son assureur LAA, et sera en particulier privé d'indemnités journalières. a) Il sera précisé que selon l'art. 1^{er} al. 2 let. b LAMal, l'assurance-maladie alloue notamment des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (al. 2 let. b). L'art. 1^{er} al. 2 let. b LAMal est une règle de coordination qui instaure la fonction subsidiaire de l'assurance-maladie sociale, celle-ci pouvant être amenée à prendre en charge des frais non couverts par une assurance-accidents (Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991 ; FF 1992 I 77). En vertu de l'art. 8 LAMal, la couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la LAA. L'assureur procède à la suspension lorsque

l'assuré lui en fait la demande et apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA. Il réduit la prime en conséquence (al.1). Les accidents sont couverts en vertu de la présente loi dès que la couverture au sens de la LAA cesse totalement ou en partie (al. 2). L'assurance-maladie sociale prend en charge les coûts des suites d'accidents qu'elle assurait avant la suspension de la couverture (al. 3). La couverture en cas d'accident en vertu de la LAMal intervient automatiquement avec la suppression de la couverture LAA. Cette couverture n'est pas soumise à l'obligation de s'annoncer ou de déclarer. L'alinéa 2 de l'art. 8 LAMal doit permettre d'éviter toutes les lacunes possibles dans le domaine des frais de guérison (Gebhard EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), 2010, n. 3 ad art. 8, p. 82). b) Au vu de ce qui vient d'être exposé, le recourant est renvoyé à requérir des prestations auprès de son assureur-maladie. Telle est d'ailleurs la situation de toute personne ayant subi un accident non professionnel avant d'être couverte par la LAA. Le recours sera dès lors rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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