

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1052 vom 15. September 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-09-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__1052

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1052 du 15 septembre 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1052 del 15 settembre 2011

Regeste

QUALITÉ POUR RECOURIR, ASSUREUR | 49 LPGA, 59 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.09.2011 Arrêt / 2011 / 1052

QUALITÉ POUR RECOURIR, ASSUREUR | 49 LPGA, 59 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 74/09 - 116/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES
Arrêt du 15 septembre 2011

_____ Présidence de _____ Mme Brélaz Braillard Juges : _____ M. Neu et Mme Pasche Greffier : M. _____ Simon ***** Cause pendante entre : Caisse-maladie M. _____ ASSURANCES SA , à Lucerne, recourante, et B. _____ SA , à Lausanne, intimée. _____ Art. 49 al. 4 et art. 59 LPGA E n f a i t : A. R. _____ (ci après: l'assurée), née en 1972, est assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA) auprès de B. _____ SA (ci-après: B. _____ SA). Elle est également assurée, par l'intermédiaire de son employeur, G. _____ Sàrl, à Lausanne, auprès de Caisse-maladie M. _____ Assurances SA (ci-après: Caisse-maladie M. _____) pour le versement d'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail due à la maladie ou à des risques assimilés. Ce contrat est soumis à la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Enfin, V. _____ est l'assurance-maladie de base de l'assurée, selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), qui règle la prise en charge des frais de traitement. Le 13 mars 2008, l'assurée, en descendant du bus, a vu son genou droit lâcher et cogner contre la porte du véhicule. Par l'intermédiaire de son employeur, elle a rempli le 26 mars 2008 une déclaration d'accident LAA, indiquant ces circonstances. Dès le 14 mars 2008, elle a été mise en incapacité de travail totale de manière indéterminée par son médecin traitant, le Dr T. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Une première IRM a été effectuée le 19 mars 2008 par le centre d'imagerie diagnostique de Lausanne, révélant une petite contusion résiduelle du condyle fémoral externe à mi-hauteur et de la facette externe de la rotule à l'union de son tiers moyen et inférieur, une méniscopathie mineure (grade I-II) sans déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, ainsi qu'une chondromalacie patellaire (grade II). Le 14 avril 2008, une arthroscopie du genou droit a été pratiquée par le Dr T. _____, suite à laquelle il a diagnostiqué une chondromalacie rotulienne et des plateaux tibiaux, une déchirure méniscale antéro-externe et une plica synoviale intercondylienne au genou droit. Du rapport initial LAA du 7 mai 2008 du Dr T. _____, il ressort que les lésions au genou droit sont principalement dues à l'accident du 13 mars 2008, à part la chondromalacie. Le Dr F. _____, chirurgien orthopédique FMH, dans un rapport médical du 12 août 2008, a considéré que les troubles actuels n'étaient liés que d'une façon possible avec l'accident du 13 mars 2008, que les lésions dégénératives vues à l'IRM – hormis les oedèmes

intra-médullaire du condyle fémoral externe et du bord externe de la rotule – étaient antérieures à l'accident et que le statu quo sine pouvait être fixé deux mois environ après l'accident. Le 8 septembre 2008, un nouvel examen IRM a été effectué par le centre d'imagerie diagnostique de Lausanne. Par rapport au précédent examen, il est apparu essentiellement un remaniement inhomogène d'origine indéterminée de la spongieuse osseuse des condyles, de la rotule et des plateaux tibiaux, évoquant un Sudeck atypique ou une infiltration inflammatoire d'une autre origine (infectieuse, proliférative ou relevant d'une autre cause). Par décision du 12 septembre 2008, B. _____ SA a mis fin à ses prestations avec effet au 13 avril 2008, alléguant principalement que la relation de causalité naturelle entre les troubles ayant rendu nécessaire l'intervention du 14 avril 2008 et l'événement survenu le 13 mars 2008, n'était que tout au plus possible. Cette décision a été notifiée à l'assurée et en copie à différents destinataires, dont les compagnies d'assurance Caisse-maladie M. _____ et V. _____. B. Le Dr T. _____, dans un courrier du 19 septembre 2008, a contesté cette décision, considérant qu'excepté la chondromalacie des plateaux tibiaux, toutes les autres lésions sur lesquelles il était intervenu durant l'arthroscopie étaient dues à l'accident. Il relevait en outre que l'évolution de l'accident était défavorable puisque s'était développé une algo-neuro-dystrophie. Le 25 septembre 2008, V. _____ a fait opposition provisoire à la décision, de même que Caisse-maladie M. _____ le 2 octobre 2008, puis l'assurée, qui indiquait n'avoir jamais eu de problème avec son genou droit avant l'évènement de mars 2008. Le Dr F. _____, se référant à une nouvelle IRM effectuée par son confrère le Dr T. _____, a indiqué dans un courrier du 5 novembre 2008 qu'il maintenait les conclusions de son avis médical du 31 juillet 2008. Le 12 décembre 2008, V. _____ a maintenu son opposition, considérant, sur la base des rapports médicaux versés au dossier, que le refus de prise en charge dès le 14 avril 2008 était prématuré. Le 19 décembre 2008, l'assurée a retiré son opposition. Par courrier du 29 décembre 2008, Caisse-maladie M. _____ a maintenu son opposition, constatant que l'intervention arthroscopique du 14 avril 2008 semblait avoir contribué à une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Le 14 janvier 2009, le Dr H. _____, chirurgien orthopédique FMH, sur la base du dossier médical de l'assurée, s'est prononcé sur la relation de causalité entre l'évènement du 13 mars 2008 et l'état du genou droit de l'assurée. Il a considéré que l'arthroscopie effectuée le 14 avril 2008 n'était pas en relation de causalité avec cet évènement, de sorte que cette opération n'était pas à la charge de l'assurance-accidents. En conclusion, il a retenu que B. _____ SA avait à juste titre refusé de prendre en charge l'arthroscopie et ses suites, le cas étant à la charge de la caisse-maladie. Contestant en substance l'avis du Dr H. _____, Caisse-maladie M. _____ a maintenu son opposition le 4 février 2009. V. _____ a retiré son opposition en date du 17 mars 2009. Par décision sur opposition du 28 avril 2009, adressée à Caisse-maladie M. _____, B. _____ SA a confirmé sa décision. Elle a retenu que le traitement médical relatif aux troubles présentés par l'assurée ainsi que d'éventuelles indemnités pour perte de gain ne relevaient plus de la compétence de l'assureur-accidents au-delà du 13 avril 2008. C. Par acte du 26 mai 2009, Caisse-maladie M. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision sur opposition du 28 avril 2009 et à ce que B. _____ SA prenne en charge les traitements médicaux relatifs aux troubles présentés par l'assurée suite à l'accident du 13 mars 2008 et verse les indemnités journalières pour la perte de gain y relative au-delà du 13 avril 2008. A l'appui de son recours, Caisse-maladie M. _____ a produit notamment un avis médical du 4 mai 2009 de son médecin conseil, le Dr

P. _____, spécialiste FMH en médecine interne et en cardiologie, selon lequel l'état antérieur dégénératif du genou droit de l'assurée ne permettait pas d'expliquer l'apparition du Sudeck. Caisse-maladie M. _____ a également produit un extrait de ses conditions générales d'assurance d'indemnité journalière (ci-après: CGA). Dans sa réponse du 14 août 2009, B. _____ SA a conclu au rejet du recours. Cet assureur a produit, en outre, un nouveau rapport du Dr F. _____ du 11 août 2009 qui indiquait que le Sudeck n'était qu'évoqué, non diagnostiqué et n'avait nullement été confirmé cliniquement. Le 9 septembre 2009, Caisse-maladie M. _____ a maintenu ses conclusions. En date du 10 juin 2010, B. _____ SA a dupliqué en maintenant ses conclusions de rejet du recours. Par courrier du 23 août 2010, Caisse-maladie M. _____ a indiqué n'avoir pas d'observations particulières à formuler et maintenir également les conclusions de son recours. En droit : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé dans le délai utile. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dès lors qu'il ne peut être exclu, dans le cas présent, que la valeur litigieuse dépasse 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD a contrario).

2. a) Le litige oppose Caisse-maladie M. _____, assureur couvrant l'indemnité journalière en cas de maladie par un contrat régi par la loi sur le contrat d'assurance (LCA), et B. _____ SA, assureur-accidents (LAA). Il s'agit en conséquence du recours d'un assureur privé contre une décision sur opposition d'un assureur social, de sorte qu'il convient d'examiner préalablement la qualité pour agir d'un tel assureur. b) Aux termes de l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations doit lui en communiquer un exemplaire; cet autre assureur dispose alors des mêmes voies de droit que l'assuré. Cette disposition, qui reprend en substance l'ancien art. 129 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), s'inscrit dans le contexte particulier de la coordination des différentes assurances sociales afin d'éviter, notamment, la surindemnisation et faciliter les règlements de comptes lorsque différentes institutions intéressées ne parviennent pas à se mettre d'accord (ATF 125 V 339 consid. 2; TFA I 564/02 du 13 janvier 2004 consid. 2.2). Cette disposition concerne en particulier des assureurs ou des organes qui appliquent et organisent l'assurance sociale (Kieser, ATSG Kommentar, 2003, no 28 ad art. 49 LPGA). La jurisprudence a ainsi admis qu'elle s'appliquait à une institution de prévoyance ou à l'organe d'application en matière de prestations complémentaires, mais qu'elle ne pouvait profiter aux organes d'application de l'aide sociale (RDAF 2007 I 423; SVR 2005 ALV no 5). En revanche, l'assureur privé n'a pas qualité pour recourir contre la décision d'un assureur-accidents en application de l'art. 129 OLAA (ATF 125 V 341 consid. 2 et 342 consid. 3b; TFA U 83/01 du 12 octobre 2001 consid. 2a in fine). L'assureur privé ne saurait

être considéré, au vu des éléments qui précèdent, comme faisant partie du cercle des assureurs susceptibles de recourir sur la base de l'art 49 al. 4 LPGA. La décision de l'assureur-accidents n'a aucun effet contraignant à l'égard de l'assureur privé, dans la mesure où ce dernier reste libre d'examiner son obligation d'intervenir contractuellement, quand bien même, dans le cas particulier, il a avancé ses prestations, sous forme d'indemnités journalières à l'assurée. Le seul fait qu'il ait été désigné comme destinataire de la décision attaquée ne suffit pas à lui donner la qualité pour agir. c) Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Conformément à la jurisprudence développée sous l'empire de l'ancien art. 103 lit. a OJ (loi fédérale d'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, abrogée au 1^{er} janvier 2007), encore applicable actuellement, constitue un intérêt digne de protection tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne touchée par cette décision. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. L'intérêt doit être direct et concret; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision; tel n'est pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 133 V 239 consid. 6.2 et les références citées; 131 II 361 consid. 1.2; 131 V 298 consid. 3; 130 V 196 consid. 3; 125 V 339 consid. 4a). S'agissant de l'atteinte, il convient de distinguer les destinataires de la décision contestée d'une part, et les tiers d'autre part. Le destinataire est la personne dont la décision définit la situation juridique en lui imposant une obligation, une charge, lui accordant ou supprimant un droit ou en déclarant son recours irrecevable (ATF 125 V 339 consid. 4a). En règle générale, le destinataire a qualité pour recourir pour autant qu'il ait également un intérêt digne de protection. Lorsque le tiers agit à côté du destinataire ou même à la place du destinataire, il n'a en principe pas qualité pour attaquer la décision, à moins qu'il ait lui-même certains droits ou qu'il soit autorisé à recourir par une disposition légale spéciale (ATF 125 V 339 consid. 4a et la référence citée). Les tiers ne sont en effet pas touchés par une décision de la même manière que son destinataire formel et matériel, dans la mesure où elle ne leur octroie pas directement des droits ou leur impose des obligations. En plus d'un intérêt concret, par exemple un intérêt économique au contenu de la décision litigieuse, la qualité pour agir du tiers suppose qu'il se trouve, avec l'objet de la contestation, dans un rapport suffisamment étroit, respectivement qu'il soit touché avec une intensité supérieure que les autres personnes, ce qui doit être examiné en rapport avec les circonstances concrètes (ATF 133 V 188 consid. 4.3.1 et les références citées; 131 V 298 consid. 4; 130 V 560 consid. 3.4; TF 9C_766/2008 du 15 juillet 2009 consid. 5.3 et les références citées; voir aussi Bovay, Procédure administrative, Berne 2000, p. 356). La recourante n'est pas le destinataire formel des décisions incriminées, ni un tiers qui serait désavantagé par un avantage accordé au destinataire de la décision. Elle a interjeté recours en tant que tierce personne, elle-même concernée par la décision prise au détriment présumé de son destinataire. Dans une telle éventualité (on parle en allemand de "Drittbeschwerde pro Adressat"), lorsque le destinataire ne saisit pas lui-même le juge, le tiers doit, sauf s'il a lui-même certains droits ou s'il est autorisé à recourir par une disposition spéciale, bénéficier d'un intérêt juridique propre à l'annulation ou la modification de la décision (ATF 131 V 298 consid. 4; 134 V 153 consid. 5.3 et les références citées). Lorsque le tiers n'est atteint qu'indirectement, un intérêt économique de fait ne suffit pas à fonder une relation

suffisamment étroite avec l'objet du litige (ATF 130 V 560 consid. 3.5; TF 9C_766/2008 du 15 juillet 2009 consid. 5.3 et les références citées). En particulier, le fait qu'un tiers est créancier du destinataire de la décision ne suffit pas pour lui conférer un intérêt digne de protection (ATF 131 V 298 consid. 4; 130 V 560 consid. 3.5 et les références citées). d) Dans le cas d'espèce, la décision du 12 septembre 2008 de B. _____ SA nie le droit de l'assurée à des prestations d'assurance-accidents au-delà du 13 avril 2008. Ainsi, au sens des éléments vu précédemment, la destinataire de cette décision est l'assurée, une copie ayant été adressée à Caisse-maladie M. _____ pour son information. Cette décision n'a en conséquence pas pour effet d'imposer, en tant que tel, des obligations à Caisse-maladie M. _____, assureur privé vis-à-vis de son assurée. L'assureur perte de gain maladie privé restait libre de déterminer l'étendue de ses prestations en fonction du contrat conclu et de verser cas échéant ses prestations. Caisse-maladie M. _____ a ainsi la position d'un tiers dans le cadre de ce litige. L'opposition formée par la destinataire de la décision, à savoir l'assurée, a été retirée. Caisse-maladie M. _____ a formé opposition pour elle-même à la place de la destinataire, qui ne lui a donné aucune procuration pour la représenter dans la procédure, le seul document correspondant étant une autorisation d'accéder aux documents médicaux la concernant. L'opposition émane donc d'un tiers, concerné par une décision prise au détriment présumé de son destinataire. Le fait que la décision sur opposition du 28 avril 2009 ait été adressée à Caisse-maladie M. _____ directement ne lui fait pas acquérir la qualité de destinataire au sens de ce qui précède, selon la jurisprudence précitée. Dès lors, il convient d'examiner si Caisse-maladie M. _____ disposait d'un intérêt propre et direct lui permettant de recourir. e) Caisse-maladie M. _____ a versé des indemnités journalières à son assurée. Dans un courrier du 4 février 2009, elle a informé B. _____ SA qu'elle versait les indemnités journalières à titre d'avance, afin de ne pas retarder plus longtemps le paiement des prestations à l'assurée. Selon l'art 1 ch. 1 des CGA, Caisse-maladie M. _____ assure à titre principal les conséquences économiques en cas d'incapacité de travail due à la maladie ou à des risques assimilés. L'art. 1 ch. 2 des CGA admet la couverture du risque d'accident si elle a été prévue par convention particulière, ce qui n'est pas le cas en l'espèce au vu des pièces versées au dossier. L'art. 3 ch. 2 des CGA prévoit qu'à moins que l'assuré n'ait fait valoir son droit direct aux prestations (art. 87 LCA [loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1]), les prestations sont versées au preneur d'assurance pour le compte de l'assuré. Selon l'art 20 ch. 2 des CGA, si l'assuré a également droit à des prestations d'assurances sociales ou d'assurances d'entreprises ou privées, ou qu'un tiers responsable l'a indemnisé, les prestations obtenues ou exigibles par l'assuré auprès des assurances précitées pendant la même période, de même que celles obtenues du tiers responsable, sont déduites de celles dues par Caisse-maladie M. _____ selon les présentes CGA. Lorsque Caisse-maladie M. _____ paie l'intégralité des indemnités journalières en attendant que l'étendue des prestations dues par les assurances précitées soit établie, le montant payé en trop par Caisse-maladie M. _____ constitue une avance dont elle est en droit de demander remboursement directement aux assurances concernées. Cette disposition des CGA, comme son titre l'indique d'ailleurs, a pour objectif d'éviter la surindemnisation au cas où plusieurs assureurs ou un tiers responsable interviennent parallèlement pour un cas où Caisse-maladie M. _____ doit également fournir ses prestations. Dans cette hypothèse, si Caisse-maladie M. _____ verse une avance, l'assureur est en droit de réclamer le remboursement du montant versé en trop directement à l'assurance concernée. Cette disposition des CGA ne vise en conséquence pas le cas où l'un des deux assureurs du litige doit intervenir

exclusivement. Dans ce sens, l'assureur-accidents ne saurait être compris ni comme l'un des assureurs indiqués dans cette disposition ni comme tiers responsable. La légitimité ne saurait être donnée à la recourante en vertu de cette disposition. Même dans un cas de surindemnisation, Caisse-maladie M. _____ ne pourrait évoquer de préjudice immédiat de sa situation, mais uniquement une atteinte indirecte, dite surindemnisation n'étant provoquée que par l'effet connexe d'un éventuel cumul de prestations, s'il devait y en avoir un. Or une telle atteinte indirecte, qui constitue un intérêt économique de fait, ne suffit pas à fonder une relation suffisamment étroite avec l'objet du litige (ATF 130 V 560 consid. 3.5; TF 9C_766/2008 du 15 juillet 2009 consid. 5.3 in fine). Enfin, dans le cas d'espèce, les effets de la décision de l'assureur-accidents touchent à son détriment l'assurée. La décision ne porte qu'une atteinte de fait à la recourante, puisque le préjudice qu'elle subit ne découle qu'indirectement de cette dernière. Ceci se vérifie également dans le cadre des CGA, par l'art. 20 ch. 3, qui prévoit que quand un tiers est responsable, Caisse-maladie M. _____ paie l'indemnité journalière à condition que l'assuré lui ait préalablement cédé ses droits pour les prestations de même nature. C'est un indice supplémentaire qui permet de dire que le préjudice subi n'est qu'indirect. L'assureur perte de gain n'a produit, en l'espèce, aucune cession de droit de l'assurée en sa faveur à l'encontre de l'assureur-accidents. 3. Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que la qualité pour agir de Caisse-maladie M. _____ ne peut être admise et qu'elle n'est de ce fait pas légitimée à recourir comme assureur privé devant la Cour de céans contre la décision sur opposition attaquée. Dans un arrêt publié à l'ATF 125 V 339, établi sous l'empire de l'ancien droit, avant l'entrée en vigueur de la LPGA, dont les principes peuvent toutefois être repris, le Tribunal fédéral des assurances avait du reste refusé la qualité pour agir à l'assureur privé contre une décision de l'assureur-accidents. Il convient encore de rappeler que l'assurée a retiré son opposition contre la décision du 12 septembre 2008. Elle a donc admis de se voir opposer les effets négatifs qui pouvaient éventuellement en découler pour elle, comme la participation aux frais médicaux. V. _____, assureur maladie (LAMal) a, pour sa part, également retiré son opposition, après que le Dr H. _____ se soit prononcé sur le cas. Partant, il y a lieu de considérer que le recours est irrecevable. Il n'y a, ainsi, pas lieu d'examiner plus avant la question au fond, relative à la prise en charge par l'assureur-accidents des suites de l'accident au-delà du 13 avril 2008. 4. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu de frais judiciaires. Vu l'issue du litige, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé par Caisse-maladie M. _____ Assurances SA contre la décision sur opposition de B. _____ SA du 28 avril 2009 est irrecevable. II. Il n'est pas alloué de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Caisse-maladie M. _____ Assurances SA ■ B. _____ SA - Office fédéral de la santé publique par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :