

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 82 vom 22. November 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__82

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 82 du 22 novembre 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 82 del 22 novembre 2011

Regeste

ACCIDENTS SUCCESSIFS, LIEN DE CAUSALITÉ, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ASSUREUR-ACCIDENTS, PRESTATION D'ASSURANCE{AA} | 3 LAA, 6 al. 1 LAA, 100 OLAA, 11 OLAA, 7 al. 1 let. b OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 22.11.2011 Arrêt / 2012 / 82

ACCIDENTS SUCCESSIFS, LIEN DE CAUSALITÉ, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ASSUREUR-ACCIDENTS, PRESTATION D'ASSURANCE{AA} | 3 LAA, 6 al. 1 LAA, 100 OLAA, 11 OLAA, 7 al. 1 let. b OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 115/09 - 6/2012 ZA09.032115 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 22 novembre 2011 _____

Présidence de Mme Pasche Juges : MM. Dind et Jomini Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre : H. _____, à Vullierens, recourant, représenté par Me Georges Reymond, avocat à Lausanne, et ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, à Zurich, intimée. _____ Art. 3 et 6 al. 1 LAA; 7 al. 1 let. b, 11 et 100 OLAA E n f a i t : A. Par déclaration d'accident du 2 mars 1992, X. _____ société d'assurances, ancien employeur de H. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1949, a annoncé que ce dernier avait glissé le 1 er mars 1992 sur la neige et s'était blessé au genou droit. Une lésion de la corne postérieure du ménisque interne et une rupture partielle du ligament latéral interne ont été diagnostiquées (certificat médical initial du Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 8 avril 1992). Le cas a été pris en charge par Zurich Compagnie d'Assurances (désormais Zurich Compagnie d'Assurances SA; ci-après: la Zurich), à laquelle l'assuré était affilié en tant qu'employé de l'entreprise X. _____. L'assuré a subi une arthroscopie le 27 mars 1992. La Zurich a considéré que le cas était terminé en décembre 1992. B. Par déclaration d'accident du 21 février 2007, l'assuré a annoncé une rechute, en précisant être en incapacité de travail depuis le 25 janvier 2007. Selon l'extrait de compte individuel, l'intéressé était inscrit comme personne de condition indépendante depuis 1996. L'assuré a subi une IRM du genou droit le 30 janvier 2007. Selon le rapport du Dr V. _____, spécialiste en radiologie, du même jour, l'image était typique d'une déchirure horizontale et oblique de la corne postérieure du ménisque interne. Il n'y avait pas de lésion traumatique visible au niveau du ménisque externe, ni de signe de chondropathie fémoro-tibiale. L'épaississement homogène de la partie proximale du ligament collatéral interne du genou était compatible avec une ancienne lésion traumatique de ce ligament sans image de déchirure récente. Dans un certificat médical du 12 mars 2007, le Dr C. _____ a posé les diagnostics suivants: «Lésion résidu[elle du] ménisque interne genou droit, status après résection partielle 27.3.1992». Il a en outre indiqué qu'une arthroscopie était prévue. A la

suite d'une IRM du 8 mars 2007, une rupture étendue du ligament triangulaire du carpe avec signes de conflit cubito-carpien sous forme d'un petit œdème sous-chondral du semi-lunaire ainsi qu'une tuméfaction inflammatoire du poignet gauche ont été mises en évidence. L'assuré a subi le 30 mars 2007 une arthroscopie, une ménissectomie ainsi qu'une synovectomie du genou droit. La Zurich a pris en charge cette intervention. Selon un résumé d'entretien téléphonique entre une collaboratrice de la Zurich et l'assuré du 10 mai 2007, ce dernier a indiqué qu'il était tombé sur la main en février 2007, car son genou avait lâché. Dans un rapport médical du 16 mai 2007 à la Zurich, le Dr M. _____, spécialiste en médecine du sport, a diagnostiqué une entorse du poignet gauche, ainsi qu'une déchirure du ménisque interne du genou droit, attestant d'une incapacité de travail dès le 21 janvier 2007. Il a en outre indiqué que le traitement au poignet gauche était lié à une chute intervenue en février [réd.: 2007]. En raison de la lésion du ligament triangulaire du carpe, l'assuré a été opéré en juin 2007; il a notamment subi à cette occasion une ostéotomie (cf. factures de la Klinik J. _____). Le médecin-conseil de la Zurich a indiqué à cette dernière par courrier du 11 octobre 2007 que les douleurs présentées au genou par l'assuré, ainsi que l'opération du 30 mars 2007, étaient à attribuer avec vraisemblance prépondérante à l'événement du 1^{er} mars 1992. Par courrier du 29 octobre 2007, la Zurich a informé l'assuré que l'événement relatif à son poignet devait être considéré comme un nouvel accident, et qu'il n'y avait pas de lien de causalité naturelle entre son traumatisme au poignet gauche et sa chute de 1992, en indiquant que le traumatisme au poignet devait être pris en charge par son assurance-accidents au moment des faits ou sa caisse maladie actuelle. Par courrier du 12 décembre 2007, la Zurich a posé des questions complémentaires au Dr M. _____. A la question de savoir quand était survenu l'accident qui avait provoqué la lésion du poignet, le Dr M. _____ a répondu «début février 2007». Le Dr M. _____ a en outre indiqué qu'avant l'IRM du 8 mars 2007, le poignet [gauche] avait été radiographié de face, de profil et deux fois en oblique le 6 mars 2007. Le Dr M. _____ a enfin répondu «jambe» à la question de savoir par quoi l'incapacité de travail qui avait débuté en janvier avait été provoquée. Par correspondance du 10 décembre 2008, la Zurich a fait savoir à l'assuré que dès lors qu'il n'était plus employé par son preneur d'assurance, X. _____ société d'assurances, lors de sa chute de février 2007, il ne pouvait pas bénéficier pour cet accident de la couverture LAA prévue pour le personnel de cette société jusqu'en décembre 2004. Par décision du 9 février 2009, la Zurich a refusé la prise en charge des conséquences de la chute de l'assuré de février 2007. Elle a relevé que la résection du ménisque interne pratiquée en mars 2007 avait été considérée comme une rechute de l'accident de 1992, si bien qu'elle en avait pris en charge les conséquences (frais de traitement et indemnités journalières). S'agissant de la lésion au poignet, elle a noté qu'il ne pouvait exister aucun lien de causalité entre une blessure au poignet et une lésion méniscale, ce qui justifiait le refus de prise en charge. Elle observait en outre que l'assuré avait été victime d'un accident en février 2007, dont les conséquences devaient être prises en charge par l'assureur LAA auprès duquel il était assuré à cette époque ou, à défaut, par sa caisse maladie. Elle relevait encore ce qui suit: «En l'occurrence, la X. _____ qui assurait ses employés par ce contrat LAA n'existe plus depuis longtemps. Votre contrat de travail a été résilié. Avant votre rechute, vous étiez indépendant. Vous disposiez ainsi d'un revenu sans relation avec l'activité que vous exerciez en 1992, au moment où vous avez été victime de votre premier accident. Votre ancien employeur ne pourrait par conséquent pas être dans l'obligation de vous verser un salaire. Les indemnités journalières perçues en février 2007 ne peuvent ainsi pas ouvrir un droit à une couverture en LAA. Vu ce qui

précède, nous maintenons notre position exprimée les 29.10.2007 et 10.12.2008 et refusons de prendre en charge les conséquences de votre chute de février 2007 aussi bien en la considérant comme une péjoration de votre état de santé consécutive à votre chute de 1992 que comme un nouvel accident pour lequel une couverture existerait par le contrat initial de la X._____» L'assuré, désormais représenté, a formé opposition à cette décision le 11 mars 2009. Il a fait valoir qu'alors qu'il était en incapacité de travail en raison de ses problèmes à la jambe droite et au genou droit en relation avec son accident du 1^{er} mars 1992, il était tombé en février 2007 sur son poignet gauche, ce qui avait provoqué une rupture du ligament triangulaire du carpe ainsi qu'une tuméfaction inflammatoire du poignet gauche. De son point de vue, la chute de février 2007 et le traumatisme qu'elle avait provoqué au poignet gauche étaient en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 1^{er} mars 1992. Il a ainsi expliqué que s'il n'avait pas été victime d'un accident en mars 1992, et s'il n'avait pas eu une rechute suite à ses accidents, il n'aurait pas eu de traumatisme au poignet gauche. Par décision sur opposition du 25 août 2009, la Zurich a rejeté l'opposition. Elle a notamment renvoyé à sa décision du 9 février 2009, et a pour le surplus exposé qu'indépendamment du point de savoir s'il existait un lien de causalité entre la chute et le problème du genou droit, il s'agissait d'un nouvel événement qui n'était plus couvert par l'assurance LAA de 1992. Elle expliquait enfin que la date et les circonstances de la chute de février [2007] étaient inconnues, que l'assuré ne l'avait mentionnée qu'en mai 2007, et que ni une incapacité de travail, ni un lien de causalité n'étaient établis. C. Par acte du 25 septembre 2009, H._____, par son conseil, recourt contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens que les conséquences de la chute du 25 février 2007 doivent être prises en charge par l'intimée, subsidiairement à son annulation. Il fait valoir qu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 1^{er} mars 1992, la rechute de janvier 2007 et sa chute sur le poignet gauche. Il requiert à titre de mesures d'instruction la mise en œuvre d'une expertise, ainsi que l'audition de témoins. Dans sa réponse du 10 novembre 2009, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle relève notamment que le recourant n'a subi en 1992 qu'une simple distorsion du genou droit, si bien que la prétendue faiblesse de ce genou est invraisemblable, compte tenu de la banalité de l'accident, de la seule lésion méniscale et de la durée sans douleurs ni traitements de 15 ans. L'intimée nie ensuite qu'il existe un lien de causalité entre les problèmes au poignet et l'événement de 1992. Elle s'oppose à la mise en œuvre d'une expertise et à l'audition de témoins, dans la mesure où il s'agit juridiquement de deux événements qui n'ont rien à faire l'un avec l'autre et entre lesquels une relation ne peut être établie. Dans sa réplique du 26 mars 2010, le recourant maintient qu'il existe un lien de causalité entre l'accident initial de 1992, la rechute du mois de janvier 2007 et l'atteinte au poignet dont il souffre. Il expose que la fragilité préexistante dont il faisait preuve engendre un potentiel de lésions accru même dans l'hypothèse où ses genoux n'étaient pas sollicités d'une manière supérieure à la normale, faisant valoir que la chute ayant causé ses blessures au poignet trouve son origine dans l'état dégénératif de ses articulations du genou droit. Dans sa duplique du 5 mai 2010, l'intimée maintient qu'il n'existe aucun lien de causalité entre la chute sur le poignet de 2007 et l'accident du 1^{er} mars 1992, rappelant qu'elle refuse tout droit aux prestations légales au sujet du poignet, aucune pièce médicale au dossier ne confirmant l'existence d'un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante. E n d r o i t : 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 (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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 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, formé le 25 septembre 2009 contre la décision sur opposition du 25 août précédent, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus, répondant aux prescriptions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 25 août 2009, à refuser d'allouer ses prestations pour les conséquences de la chute du recourant sur le poignet gauche intervenue en février 2007. 3. 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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181; 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 129 V 177 consid. 3.2 p. 181; 402 consid. 2.2 p. 405; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. 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 (TF 8C_92/2010 du 6 octobre 2010 consid. 2 et la référence). b) Aux termes de l'art. 3 al. 1 LAA, l'assurance produit ses effets dès le jour où le travailleur commence ou aurait dû commencer le travail en vertu de l'engagement, mais en tout cas dès le moment où il prend le chemin pour se rendre au travail. Elle cesse de produire ses effets à l'expiration du trentième jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins (al. 2). A cet égard, l'art. 7 al. 1 let. b OLAA dispose que sont réputés salaires, au sens de l'art. 3 al. 2 de la loi, les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance militaire, de

l'assurance-invalidité (AI) et celles des caisse-maladie et des assurances-maladie et accidents privées, qui sont versées en lieu et place du salaire, les allocations au titre de la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain, de même que les allocations d'une assurance-maternité cantonale. Il faut que l'indemnité remplace effectivement l'obligation de l'employeur de payer le salaire (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^{ème} éd., n° 32 p. 847). 4. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté par l'intimée que l'événement de février 2007 ayant trait à la lésion du poignet gauche revêt un caractère accidentel. Cela étant, cette dernière conteste que cet événement soit en relation de causalité naturelle avec l'événement du 1^{er} mars 1992 et soutient qu'il s'agit d'un nouvel événement, à prendre en charge par l'assureur LAA auprès duquel le recourant était assuré en 2007. Il est constant que l'atteinte au poignet gauche du recourant ne constitue pas une rechute ou une séquelle tardive de l'événement du 1^{er} mars 1992: il n'était alors question que d'une lésion du genou droit, et non pas du poignet gauche. Il s'agit donc bien d'une atteinte nouvelle. En outre, l'éventualité qu'un événement assuré soit à l'origine de l'atteinte au poignet gauche apparaît seulement comme une hypothèse possible. Or aucun rapport médical ne contient de motivation en ce qui concerne un lien de causalité entre l'événement de 1992 et la lésion au poignet gauche, pas plus qu'entre la rechute au niveau du genou droit et la lésion au poignet gauche, le Dr M. _____ se contentant d'affirmer dans son rapport médical du 16 mai 2007, en reprenant les déclarations de son patient, «1992 suite à un lâchage du genou chute sur poignet gauche en février». Ce rapport ne fait que mentionner un élément d'anamnèse mais il n'y a pas d'analyse médicale (soit de causalité naturelle) plus poussée. La décision attaquée retient à juste titre que les circonstances de la chute sont inconnues. Il incombait au recourant d'établir les faits plus précisément (dans une déclaration écrite par exemple) et, le cas échéant, de fournir des rapports médicaux. Une chute en hiver, avec un choc sur le poignet en se rattrapant, peut être causée par une glissade, un autre événement extérieur, etc. Un «lâchage» d'un genou accidenté 15 ans plus tôt n'est pas la seule hypothèse possible. Dans ces circonstances, il convient de nier l'existence, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'un lien de causalité entre l'affection de 1992, respectivement la rechute au niveau de la jambe droite signalée en février 2007, et l'affection du poignet gauche. b) Le recourant ne conteste pas qu'il n'est plus salarié de la société X. _____. Il ressort du reste de l'extrait de son compte individuel qu'il est indépendant depuis 1996. C'est dire que lors de la survenance de l'événement de février 2007, le recourant n'avait plus d'employeur tenu de lui payer un salaire. Les indemnités journalières qu'il percevait de la part de l'intimée en raison de son atteinte au genou droit ne remplaçaient par conséquent pas un salaire qui aurait été dû par l'employeur ayant conclu le contrat LAA au sens de l'art. 7 al. 1 let. b OLAA. Dans ces conditions, le versement d'indemnités journalières en février 2007 ne permet pas de considérer que l'assurance produit ses effets et qu'une couverture est ainsi donnée pour le nouvel accident du poignet gauche. Il y a encore lieu de relever que l'art. 77 LAA, qui a trait à l'obligation des assureurs d'allouer les prestations, prévoit à son al. 3, let. b, que le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur l'obligation d'allouer les prestations et sur la collaboration des assureurs, lorsqu'un nouvel accident se produit. L'autorité exécutive s'est acquittée de ce mandat en édictant notamment l'art. 100 OLAA, qui règle le cas des accidents successifs. Selon l'al. 1 de cette disposition, lorsque l'assuré subit un nouvel accident pendant qu'il est en traitement pour un accident couvert par l'assurance et qu'il est incapable de travailler, mais encore assuré, l'assureur tenu de lui verser les prestations

jusqu' alors doit également allouer les prestations pour le nouvel accident. L'art. 100 al. 2 OLAA prévoit en outre que si l'assuré est victime d'un accident alors qu'il est en traitement pour un ou plusieurs accidents, mais après qu'il a repris une activité soumise à l'assurance, l'assureur tenu de lui verser les prestations pour le nouvel accident alloue aussi les prestations pour les accidents précédents dans la mesure où le nouvel accident donne droit à des indemnités journalières [...]. L'art. 100 OLAA ne prévoit certes pas le cas où une personne subit un nouvel accident dans le cadre d'une rechute sans être assurée. Cette disposition se borne plutôt à régler les rapports entre plusieurs assureurs-accidents (cf. TF 8C_745/2010 du 4 avril 2011 consid. 4.3). Cela étant, le Tribunal fédéral a été amené à se prononcer sur le cas d'une rechute d'un premier accident, suivie d'un nouvel accident. A cette occasion, la Haute Cour a statué qu'il n'appartenait pas au premier assureur LAA de prendre en charge le nouvel accident (ATF 135 V 333, lequel consacre une modification de la jurisprudence publiée dans l'ATF 120 V 65). Quoi qu'il en soit, la chute de février 2007 doit être considérée comme un nouvel accident (cf. supra consid. 4a in initio), qu'il n'appartient pas à l'assureur-accidents précédent de prendre en charge. Il convient ainsi de nier le droit du recourant à des prestations de l'intimée en relation avec l'événement de février 2007. 5. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise comme le requiert le recourant. Il n'y a pas lieu non plus d'auditionner des témoins. Le tribunal peut en effet renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 428; voir aussi par ex. arrêts 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). 6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée du 25 août 2009. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 25 août 2009 par Zurich Compagnie d'Assurances SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Georges Reymond, avocat (pour H. _____), ■ Zurich Compagnie d'Assurances 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 :

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