

VD_GERICHTE ZA15.034700 vom 19. Juni 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-06-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA15.034700

FR: VD_GERICHTE ZA15.034700 du 19 juin 2017

IT: VD_GERICHTE ZA15.034700 del 19 giugno 2017

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 78/15 - 65/2017 ZA15.034700 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 19 juin 2017 _____ Composition : M. NEU, juge unique Greffier :

M. Addor ***** Cause pendante entre : Z. _____, à G. _____, recourante,
représentée par Mes Jean-Michel Duc et Marie Signori, avocats à Lausanne, et ALLIANZ
SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA, à Wallisellen (ZH), intimée. _____

Art. 6 et 59 LPGA ; 16 al. 1 LAA 403

- 2 - E n f a i t : A. Z. _____ (ci-après : l'assurée ou le recourante), née en 1969, a été victime d'un accident de moto en date du 6 mai 1991, ayant occasionné des lésions au genou gauche ainsi qu'aux ligaments. Au mois de mars 1992, elle a bénéficié d'une plastie du ligament croisé antérieur. Par la suite, différents traitements conservateurs ont été entrepris avec récupération de la capacité de travail. Au début de l'année 2011, l'assurée s'est plainte d'une augmentation des douleurs au genou gauche et le diagnostic de gonarthrose tricompartmentale a été posé. Elle a déposé une demande de garantie d'hospitalisation en date du 3 juin 2011. Le 6 juin suivant, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a pratiqué une arthroscopie avec toilette articulaire. L'assurée a alors annoncé une rechute à Allianz Suisse Société d'Assurances SA (ci-après : Allianz ou l'intimée), assureur-accidents. Dans un certificat médical du 12 juillet 2011, le Dr W. _____ a reconnu à l'assurée une incapacité totale de travail du 6 juin 2011 au 31 juillet 2011. L'assurée a ensuite été en incapacité totale de travail du 1er septembre 2011 jusqu'au 31 août 2012. Le 17 juillet 2011, l'assurée a informé Allianz qu'elle s'était inscrite au chômage le 24 juin précédent. Un délai-cadre d'indemnisation lui a été ouvert dès cette date. Dans un rapport médical du 14 septembre 2011, le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état d'un genou gauche sensible à l'examen clinique, la recherche d'une laxité ligamentaire étant difficile. Grossièrement, ce genou paraissait toutefois stable autant dans le plan frontal que sagittal. Tout en relevant que les suites de l'accident de 1991 avaient été relativement simples, il mentionnait une aggravation de la

- 3 - symptomatologie algique depuis environ trois ans. L'évolution n'était par ailleurs pas favorable avec une mobilité restreinte et la nécessité de marcher à l'aide d'une canne à main droite pour soulager le genou gauche. Selon le Dr R. _____, la seule intervention susceptible de soulager l'assurée consistait en une arthroplastie totale. Dans un courrier du 29 septembre 2011 à Allianz, le Dr R. _____ a annoncé une dégénérescence arthrosique sévère. En dépit de l'intervention pratiquée le 6 juin précédent, la symptomatologie s'était encore péjorée et nécessitait une antalgie majeure. Au vu des lésions arthrosiques du genou gauche, seule une arthroplastie totale serait à même de soulager l'assurée et de lui permettre de retrouver un emploi. Le 14 octobre 2011, l'assurée a subi une intervention chirurgicale

sous la forme d'une arthroplastie par prothèse totale pratiquée par le Dr R._____. Le protocole opératoire du 17 octobre suivant retenait un diagnostic de gonarthrose gauche, status après multiples interventions avec instabilité ligamentaire et ménisectomie. Le 19 janvier 2012, l'assurée a écrit à la caisse de chômage pour l'informer qu'elle avait touché des indemnités journalières de l'assurance-accidents pour la période du 6 juin au 23 juin 2011 et du 1er septembre 2011 au 31 décembre 2011. Elle a par ailleurs relevé avoir reçu des indemnités de l'assurance-chômage du 24 juin 2011 au 31 juillet 2011 ainsi que pour le mois d'août suivant. Sollicitant une régularisation de sa situation, elle invitait dès lors la caisse de chômage à lui adresser une demande de restitution des prestations versées à tort, soit celles concernant la période courant du 24 juin 2011 au 31 juillet 2011. La demande de reconsidération adressée par l'assurée à la caisse de chômage en date du 19 janvier 2012 a été acceptée s'agissant des indemnités versées du 24 juin au 31 juillet 2011 mais refusée s'agissant des prestations relatives au mois d'août 2011, dans la mesure où il ressortait du courrier du 19 janvier 2012 que l'assurée se considérait

- 4 - comme apte au placement et, partant, nullement en incapacité de travail du 1er au 31 août 2011. Dans une lettre du 31 mai 2012, Allianz a invité l'assurée à déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité dans un délai de quatorze jours. Mandaté par Allianz, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé à l'expertise de l'assurée. Dans son rapport du 20 juin 2012, il a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose tricompartmentale gauche post-traumatique et a exclu tout diagnostic n'affectant pas dite capacité. En raison de l'arthroplastie d'octobre 2011, il a retenu l'existence d'une atteinte à l'intégrité. Compte tenu du jeune âge de l'assurée, il a estimé qu'une aggravation à long terme était prévisible par usure de l'implant, d'où un status après arthroplastie avec mauvais résultat entraînant une atteinte à l'intégrité de 40% selon la table 5. L'expert a au demeurant considéré que l'intéressée était en mesure de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle à plein temps dès le 1er septembre 2012. Par courriel du 5 juillet 2012, l'assurée a confirmé à Allianz avoir déposé, conformément à sa requête, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Le 6 juillet 2012, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a enregistré le dépôt de la demande de prestations AI de l'assurée. B. Par décision du 31 août 2012, Allianz a fait savoir à l'assurée qu'elle prenait en charge les frais de traitement consécutifs à la rechute annoncée au cours de l'été 2011 jusqu'au 31 décembre 2012. Elle mettait en revanche fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1er septembre 2012. Elle l'informait en outre qu'elle avait droit au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont le montant

- 5 - serait déterminé ultérieurement, sous déduction de l'avance de 10'000 fr. consentie en septembre 2011. Par courrier électronique du 21 septembre 2012, l'assurée a indiqué à Allianz qu'elle avait perçu des indemnités de chômage pour la période du 24 juin 2011 au 31 juillet 2011, soit alors qu'elle était au bénéfice d'un certificat médical. La caisse de chômage lui avait dès lors demandé de restituer les prestations reçues à tort, ce qu'elle avait fait. Elle a en conséquence demandé à Allianz de bien vouloir procéder au versement des prestations dues pour cette période. Allianz a fait droit à cette requête (cf. décompte d'indemnités journalières du 2 octobre 2012). Représentée par Me Jean-Michel Duc, l'assurée s'est opposée à cette décision par mémoire du 28 septembre 2012. Elle a conclu à sa réforme en ce sens qu'elle a droit « à des indemnités journalières à 100% du 24 juin 2011 au 31 août 2011 et à des indemnités journalières postérieurement au 31 août 2012 ». Par

économie de procédure, elle a sollicité que « le droit aux indemnités journalières du 24 juin 2011 au 31 août 2011 soit inclus dans l'objet de la contestation, vu la connexité entre ces litiges ». L'assurée a complété son opposition dans une écriture du 14 décembre 2012, dans laquelle elle a indiqué maintenir ses précédentes conclusions. Alléguant une baisse significative de rendement, elle a requis un complément d'instruction sur cette question à compter du 1er septembre 2012. Elle s'est en outre prévalu d'une erreur médicale. Etait par ailleurs joint un certificat médical du 29 octobre 2012 du Dr B. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, attestant une incapacité totale de travail du 1er au 31 août 2011. Par arrêt du 7 mai 2015 (cause n° AA 40/14 – 43/2015), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a rejeté le recours pour déni de justice formé par l'assurée. Cet arrêt est entré en force.

- 6 - C. Par décision du 3 février 2015, Allianz a fixé à 30% l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en faveur de l'assurée. Celle-ci s'est opposée à cette décision par acte du 13 février 2015. Statuant par décision sur opposition du 24 mars 2015, Allianz a rejeté l'opposition de l'assurée. Par arrêt du 31 mai 2017 (cause n° AA 37/15 – 57/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours formé par l'assurée contre cette décision, dont elle a prononcé la réforme en ce sens que l'intéressée était mise au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 40%. D. Le 11 mars 2013, Allianz a adressé à l'assurée une lettre libellée en ces termes : « Nous faisons suite par la présente à votre opposition du 28 septembre 2012 ainsi qu'à votre complément du 14 décembre 2012, lesquels ont retenu toute notre attention. En ce qui concerne les indemnités journalières réclamées pour la période du 1er au 31 août 2011, comme indiqué dans notre courrier du 15 octobre 2012, celles-ci ont été payées à Madame Z. _____. Partant, votre requête à ce sujet est sans objet. En ce qui concerne votre demande de prestations ultérieures, aucun droit aux indemnités journalières ne peut être retenu dans la mesure où tant le médecin-traitant de l'assurée que l'expert ont attesté d'une pleine capacité de travail à compter du 1er septembre 2012. Une décision relative à l'IPAI vous parviendra ultérieurement, une fois que la situation sera stabilisée. Cette question sera examinée dès le mois d'octobre 2013. Partant, au vu de ce qui précède, nous vous saurions gré de bien vouloir nous indiquer si vous maintenez votre opposition d'ici au 25 mars 2012 [recte : 2013] ou, le cas échéant, nous indiquer plus précisément l'objet de votre requête. »

- 7 - Par lettre du 14 mars 2013, l'assurée a réitéré sa demande de versement d'indemnités journalières à 100% pour la période du 1er au 31 août 2011, dès lors qu'elles n'auraient selon elle pas été versées. Dans une lettre du 26 mars 2013, Allianz a répondu ce qui suit : « Nous faisons suite par la présente à votre courrier du 14 mars 2013, lequel a retenu toute notre attention. En effet, les indemnités journalières pour la période du 1er au 31 août 2011 n'ont jamais été versées par notre compagnie d'assurances et n'avaient du reste jamais été réclamées par votre mandante et ce à juste titre puisque cette dernière a perçu les indemnités versées par l'assurance-chômage durant cette même période. Vous trouverez ci-joint la lettre de décompte pour cette période. Par ailleurs, nous n'avons aucun certificat médical pour la période indiquée. Ce certificat nous a été transmis pour la première fois en annexe à votre courrier du 14 décembre 2012. Ledit certificat est par ailleurs daté du mois d'octobre 2012 et se détermine sur une période d'incapacité du mois d'août 2011. Il s'agit par conséquent d'un certificat rétroactif. L'incapacité de travail est donc indiquée de manière différente au sein de notre compagnie d'assurances et auprès de l'Office du chômage. Nous

attirons votre attention sur les dispositions pénales relatives à la rédaction d'un certificat ou d'un rapport erroné. Nous attendons votre détermination quant au maintien de votre opposition. » Le 2 avril 2013, l'assurée a fait savoir qu'elle maintenait son opposition. L'assurée a perçu des indemnités journalières de l'assurance- chômage du 1er septembre 2012 au 31 mai 2013. Par contrat de travail du 8 mai 2013, l'assurée a été engagée en tant qu'assistante de gestion à compter du 3 juin 2013 pour une durée indéterminée. Le taux d'activité était de 100%.

- 8 - A la demande d'Allianz du 28 août 2013, le Dr B. _____ a transmis ses notes personnelles relatives aux consultations pratiquées sur la personne de l'assurée à compter plus particulièrement du 6 juin 2011. Par décision du 9 décembre 2013, l'office AI a dénié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité. Il a retenu que l'intéressée présentait une incapacité de travail totale sans interruption notable à compter du 6 juin 2011, début du délai d'attente d'une année, et que dite incapacité persistait au 6 juin 2012. Toutefois, dès lors que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt après une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations (intervenu en l'occurrence le 6 juillet 2012), le droit n'était ouvert que dès le 1er janvier 2013. Or, selon les éléments médicaux versés au dossier, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et la reprise de son activité habituelle pouvait raisonnablement être exigée de sa part depuis le 1er septembre 2012. Par décision sur opposition du 16 juin 2015, Allianz a confirmé sa décision du 31 août 2012. Elle prenait d'abord position sur le droit de l'assurée au versement d'indemnités journalières pour la période du 1er au 31 août 2011 ainsi que pour la période postérieure au 31 août 2012. Elle s'est également exprimée sur la prise en charge des frais de traitement au-delà du 31 décembre 2012 de même qu'à propos de l'éventuel octroi d'une rente de l'assurance-accidents. Elle répondait enfin au grief tiré de l'existence d'une prétendue erreur médicale ensuite de l'intervention chirurgicale pratiquée par le Dr W. _____ en date du 6 juin 2011. S'agissant plus particulièrement des indemnités journalières réclamées pour le mois d'août 2011, elle a rappelé que la décision du 31 août 2012 était muette sur ce point. En outre, les 30 septembre 2011 et 3 octobre 2011, l'assurée avait reçu le décompte d'indemnités afférent respectivement pour la période du 6 au 23 juin 2011 puis pour le mois de septembre 2011. L'assurée était donc en mesure, dès le 3 octobre 2011, de constater qu'elle ne percevrait pas d'indemnités journalières pour la période du 1er au 31 août 2011. N'ayant pas contesté ce décompte dans le délai de 90 jours à partir du 3 octobre 2011, la décision relative aux indemnités journalières pour le mois d'août 2011 devait être considérée

- 9 - comme définitive et exécutoire au moment de l'opposition formée par l'assurée en date du 28 septembre 2012. Quant à la production d'un certificat médical rétroactif daté du mois d'octobre 2012 émanant du Dr B. _____, elle ne saurait attester de l'incapacité de travail de l'intéressée durant cette période. En effet, selon les notes personnelles de ce praticien, l'assurée l'avait à l'époque consulté pour une toux persistante et non pour des problèmes au genou. E. Par acte du 14 août 2015, Z. _____ a saisi la Cour de céans d'un recours contre cette décision, en concluant sous suite de frais et dépens à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'indemnités journalières pour la période comprise entre le 1er et 31 août 2011. A titre subsidiaire, elle demande l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Précisant d'emblée que l'objet du litige se limite désormais à l'octroi d'indemnités journalières pour la période du 1er au 31 août 2011, la recourante considère, au vu de la gravité de la symptomatologie présentée, qu'il est

impossible d'admettre qu'elle ait présenté une incapacité de travail totale jusqu'au 31 juillet 2011, puis aurait été en pleine possession de sa capacité de travail au mois d'août 2011 avant d'être à nouveau en incapacité totale de travailler jusqu'au 1er septembre 2012. Elle estime en outre choquant que l'intimée se fonde uniquement sur la date d'établissement d'un certificat médical pour refuser le droit aux indemnités journalières sollicitées alors même que l'office AI a retenu qu'elle était incapable de travailler sans interruption notable à compter du 6 juin 2011 jusqu'au 31 août 2012. Partant, en l'absence d'éléments objectifs permettant de retenir qu'elle aurait été en pleine possession de sa capacité de travail pendant tout le mois d'août 2011, c'est de manière arbitraire que l'intimée a refusé de lui verser des indemnités journalières durant le mois en question. Dans sa réponse du 15 octobre 2015, l'intimée conclut au rejet du recours en relevant que les conclusions de la recourante ne portent que sur les indemnités journalières du 1er au 31 août 2011. Sur le plan formel, elle met en doute la recevabilité du recours plus particulièrement sous l'angle de la qualité pour agir. Elle estime que, dans la mesure où des

- 10 - indemnités journalières ont été servies par l'assurance-chômage, la recourante n'a pas d'intérêt digne de protection à revendiquer leur versement par l'assureur-accidents pour la même période. En outre, l'assurée n'ayant pas contesté en temps utile le décompte du 3 octobre 2011, la décision relative aux indemnités journalières pour le mois d'août 2011 doit être considérée comme définitive et exécutoire, avec la précision que le paiement d'indemnités journalières ne saurait être effectué par deux assureurs sociaux pour la même période. En réplique du 4 décembre 2015, la recourante relève que, dans sa décision du 31 août 2012, l'intimée lui a reconnu le droit à des indemnités journalières pour la période comprise entre le 6 juin 2011 et le 31 août 2012 avant de lui signifier, par courrier du 26 mars 2013, que les indemnités journalières pour le mois d'août 2011 ne lui avaient jamais été versées au double motif qu'elle était, d'une part, apte à travailler et qu'elle avait, d'autre part, perçu des indemnités de chômage. La recourante fait par ailleurs observer que la seule raison pour laquelle le certificat médical portant sur la période du 1er au 31 août 2011 n'avait été établi qu'ultérieurement résulte du fait qu'elle avait omis d'en requérir un pour cette période. Cela ne changeait toutefois rien au fait qu'elle avait alors été effectivement en incapacité totale de travail. La recourante soutient dès lors que l'argumentation de l'intimée confine à la mauvaise foi en tant qu'elle refuse désormais le service de ses indemnités journalières pour le mois d'août 2011 après avoir expressément reconnu son incapacité totale de travail dès le 6 juin 2011. S'agissant des indemnités journalières pour la période comprise entre le 31 août 2012 et le 3 juin 2013, la recourante renonce en l'état à toute prétention de ce chef, tout en se réservant expressément la faculté de faire valoir une aggravation de son état de santé. A titre de moyens de preuve, elle sollicite la tenue d'une audience publique et confirme, pour le surplus, les conclusions de son recours. Dupliquant en date du 11 février 2016, l'intimée cite des extraits de la lettre que la recourante a adressée le 19 janvier 2012 à la caisse de chômage, dans laquelle elle expliquait avoir eu une « petite

- 11 - amélioration durant le mois d'août [2011] », raison pour laquelle elle avait annoncé qu'elle était prête à reprendre ses recherches d'emploi à 100% avant une dégradation de son état de santé intervenue à la fin du mois d'août 2011. Dans ces conditions, elle estime que c'est à juste titre qu'elle ne lui a pas versé d'indemnités journalières pour cette période, ce d'autant plus qu'elle ne disposait à l'époque d'aucun certificat médical attestant une incapacité de travail et que l'assurée n'avait alors pas contesté le décompte d'indemnités

pour la période du 6 au 23 juin 2011 puis celui afférent au mois de septembre 2011. D'après l'intimée, cela s'expliquait par le fait que la recourante avait correctement perçu les prestations de la part de l'assurance-chômage auprès de laquelle elle s'était annoncée. Partant, elle conclut derechef au rejet du recours. S'exprimant une ultime fois par pli du 2 mars 2016, la recourante soutient pour l'essentiel que l'intimée ne saurait lui reprocher de ne pas avoir contesté l'absence d'indemnités journalières pour le mois d'août 2011 dès lors qu'aucune décision formelle – sujette à recours et énonçant les voies de droit – ne lui avait été notifiée, seul un décompte de prestations ayant été établi. Cette écriture a été transmise pour information à la partie intimée, qui n'a pas procédé plus avant. F. Par courrier du 15 juin 2017, Mes Duc et Signori ont expressément renoncé à la tenue d'une audience de débats publics. E n d r o i t : 1. a) Conformément à l'art. 56 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), applicable en vertu de l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), les décisions sur opposition rendues par les autorités compétentes en matière d'assurance-accidents sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances du canton de - 12 - domicile de l'assuré (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, interjeté en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) devant le tribunal compétent, satisfait en outre aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA). b) Selon les art. 83b LOJV (loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01) et 93 let. a LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'appliquent 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 compétente pour statuer. 2. En l'occurrence, seul reste litigieux le versement des indemnités journalières afférentes au mois d'août 2011 telles que prises en charge par l'assurance-chômage à hauteur de 6'370 fr. 90 (cf. décompte du 5 septembre 2011) alors que l'assurée conclut à leur prise en charge par l'intimée compte tenu d'une incapacité totale de travail invoquée a posteriori pour le mois en question. 3. Il convient à ce stade d'examiner plus avant la recevabilité du recours, plus particulièrement sous l'angle de la qualité pour agir. a) Selon l'art. 75 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, a qualité pour former recours contre une décision administrative toute personne physique ou morale ayant pris part à la procédure devant l'autorité précédente ou ayant été privée de la possibilité de le faire, qui est atteinte par la décision attaquée et qui dispose d'un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (let. a), ainsi que toute autre personne ou autorité qu'une loi autorise à recourir (let. b). En vertu

- 13 - de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Est considéré comme un intérêt digne de protection, tout intérêt actuel de droit ou de fait à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière (cf. ATF 135 II 145 consid. 6.1; TFA H 207/04 du 17 mai 2005 consid. 2.2 et TF K 112/06 du 30 mai 2007 consid. 4.1). 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 (ATF 135 II 145 consid. 6.1; TF K 112/06

du 30 mai 2007 consid. 4.1). b) L'intimée met en doute la recevabilité du recours sous l'angle de l'intérêt digne de protection à revendiquer le versement par ses soins d'indemnités journalières en faveur de l'assurée pour le mois d'août 2011, dès lors que semblables prestations lui ont été servies par l'assurance-chômage durant ce même mois. En réalité, le montant des indemnités journalières que la recourante obtiendrait de l'intimée pour ce mois serait – compte tenu des dispositions en la matière (art. 16 LAA, 23 et 25 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance- accidents ; RS 832.202]) mais également du bénéfice d'une assurance complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire lui assurant de conserver la totalité de son précédent salaire – de 8'576 fr. 46 (31 x 221,33 au titre de la LAA et 31 x 55,33 au titre de l'assurance complémentaire; cf. sur ce point les décomptes du 21 novembre 2011). L'intérêt financier, soit une différence de 2'205 fr. 56 (8'576 fr. 46 – 6'370 fr. 90) en faveur de l'assurée, lui confère ainsi un intérêt pour agir. c) Cela étant, l'intimée ne peut non plus déduire d'une absence de réaction de son assurée en 2011 l'entrée en force d'une décision informelle de refus de prester pour août 2011 puisque l'intéressée avait été indemnisée par le chômage et n'avait dès lors aucun intérêt à contester l'absence de versement d'indemnités journalières pour le mois en question. On ne saurait donc appréhender le litige sous l'angle

- 14 - restreint d'un refus par l'assureur-accidents de reconsidérer une décision qui serait entrée en force, d'autant qu'aucun décompte n'a été adressé pour le mois litigieux. La décision initiale du 31 août 2012 réglant le sort des indemnités journalières pour la période comprise entre juin 2011 et août 2012, ce qui inclut celles qui n'ont pas été versées en août 2011, l'intimée est formellement entrée en matière sur l'examen de la problématique des indemnités journalières d'août 2011, à la suite de l'opposition du 28 septembre 2012 complétée le 14 décembre 2012, confirmant sa position sur le fond par la décision sur opposition dont est recours. Le recours est ainsi recevable sur le fond. d) Compte tenu de la valeur litigieuse correspondant au montant des indemnités journalières du mois d'août 2011, respectivement à la différence à laquelle l'assurée pourrait prétendre en cas d'indemnisation par l'assureur intimé, après remboursement ou déduction des indemnités de chômage (cf. consid. 2b supra), la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par un membre du Tribunal cantonal statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). e) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2). 4. a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 1 et 2 LAA).

- 15 - Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGa), à 80% du gain assuré ; si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Selon l'art. 15 al. 1 LAA, les indemnités journalières sont calculées d'après le gain assuré. Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident ; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA). Par ailleurs, il appartient au Conseil

fédéral d'édicter des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux (art. 15 al. 3 LAA). b) En ce qui concerne le délai pour contester un acte de l'administration, la jurisprudence distingue selon qu'il s'agit de la clôture du cas signifiée de manière informelle ou d'un décompte d'indemnités journalières. Dans la première éventualité, le délai pour faire part de son désaccord est d'un an car, sur cette question, l'administration aurait dû obligatoirement statuer par le biais d'une décision écrite (art. 49 al. 1 LPGA; voir aussi l'art. 124 OLAA; cf. ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). La situation est en revanche différente dans la seconde éventualité, à savoir lorsque l'intéressé veut contester une communication pouvant faire l'objet d'une procédure simplifiée en vertu de l'art. 51 al. 1 LPGA. Contre une communication effectuée conformément au droit sous la forme simplifiée, il est possible d'exiger une décision écrite dans un délai de réflexion, qui, selon les circonstances, peut être supérieur au délai légal de 30 jours mais qui ne saurait cependant dépasser plusieurs mois (ATF 134 V 145 consid. 5.3.1.). Aussi, ce délai doit-il être fixé à 3 mois ou 90 jours à compter de la communication d'un décompte d'indemnité journalière (SVR 2007 AIV n° 24 p. 75, C 119/06, consid. 3.2 et les références; TF 8C_789/2012 du 16 septembre 2013 consid. 4.1 ; 8C_14/2011 du 13 avril 2011 consid. 5). c) En droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure", selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à

- 16 - celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; TF 8C_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2 et la référence). d) Selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral (TAF A-6410/2014 du 1er septembre 2015 consid. 4.3.4.2), il incombe à l'employé d'apporter la preuve d'un empêchement de travailler (art. 8 CC [code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210]). En cas de maladie, le travailleur aura le plus souvent recours à un certificat médical, qui se définit comme un document destiné à prouver l'incapacité de travailler d'un patient pour des raisons médicales. Le certificat médical ne constitue toutefois pas une preuve absolue de l'incapacité. D'ailleurs, si sa production fait naître un commencement de preuve, elle n'a pas pour effet de renverser le fardeau de la preuve (cf. TF 8C_619/2014 du 13 avril 2015 consid. 3.2.1 et les références citées). Le niveau de preuve du certificat médical est soumis à la libre appréciation des preuves du juge. Il peut en effet s'affranchir du constat contenu dans le certificat, lorsqu'il est à inférer des circonstances que l'incapacité de travail effective n'a pas existé (cf. Roland Müller, *Arztzeugnisse in arbeitsrechtlichen Streitigkeiten*, Pratique juridique actuelle [PJA], 2010, p. 169). La remise d'un certificat médical rétroactif n'est pas d'emblée caduque, mais n'est pas sans poser de problèmes. Un médecin ne peut en effet juger qu'avec une certitude limitée si la prétendue incapacité de travail existait déjà avant l'examen (Müller, *op. cit.*, p. 172). Un tel certificat doit au moins contenir la date du début de l'incapacité de travail, sa date d'établissement, ainsi que la date du premier traitement. La durée de la rétroactivité du constat ne devrait de plus pas être trop longue (cf. Roland Müller/Caroline von Graffenried, *Unterschiede zwischen privatrechtlicher und öffentlich-rechtlicher Anstellung*, recht - Zeitschrift für juristische Weiterbildung und Praxis, 2011, p. 166). Certains auteurs préconisent même une grande réserve s'agissant de la prise en compte du caractère rétroactif de certificats médicaux attestant d'atteintes psychiques (Rémy Wyler/Boris Heinzer, *Droit du travail*, 3e éd., Berne 2014, p. 684). Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet

d'hypothèses ou de

- 17 - déductions purement spéculatives, mais doit être établi, selon le droit des assurances sociales, avec le degré de preuve habituel de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 360 consid. 5b et les références ; TF B 9/07 du 27 novembre 2007 consid. 5.2). 5. a) Il est établi que pour le mois d'août 2011, la recourante a été indemnisée par l'assurance-chômage, ayant allégué avoir recouvré une capacité de travail durant cette période, ceci lors de son inscription au chômage à compter du 24 juin 2011, ce qu'elle a expressément confirmé par courrier du 19 janvier 2012 à la caisse de chômage en précisant son statut durant la période d'indemnisation par cette assurance. L'assurance- chômage n'avait a priori pas de raison de douter de l'aptitude au placement de l'assurée lors de son inscription, mais a néanmoins accepté la demande de reconsidération de l'intéressée compte tenu de l'état de santé postérieurement allégué, la refusant toutefois pour le mois d'août litigieux. A ce refus de la caisse, la recourante n'a opposé aucune procédure subséquente tendant à la révision ou la reconsidération de cette décision, mais a par contre requis de l'intimée, dans son opposition du 28 septembre 2012 telle que complétée le 14 décembre 2012, la prise en charge de son cas par le versement de pleines indemnités journalières de l'assurance-accidents. On peine à comprendre cette démarche procédurale. Elle pourrait toutefois s'expliquer par le fait que, pour obtenir de pleines indemnités de l'assurance-accidents, au montant supérieur à celui de l'assurance-chômage, il serait plus aisé de convaincre l'assurance-accidents d'une incapacité de travail pour raisons médicales, compte tenu de la prise en charge de son cas par cette assurance, que d'arguer de son inaptitude au placement auprès de l'assurance-chômage, moins à même d'apprécier la question de l'évolution de son état de santé. Quoiqu'il en soit, la recourante ne pouvant prétendre à une double indemnisation pour la même période, s'avère déterminante pour la résolution du litige la question de la capacité de travail durant le mois en question, capacité impliquant une aptitude au placement justifiant

- 18 - l'assurance-chômage à servir ses prestations, à tout le moins à titre provisoire (art. 70 al. 1 let. b LPGA), respectivement celle de l'incapacité de travail, qui exclurait l'intervention de cette assurance et justifierait la prise en charge au titre de l'assurance-accidents, plus avantageuse. b) L'intéressée se prévaut d'une incapacité de travail ininterrompue, car reconnue avant et après le mois litigieux, singulièrement d'un certificat médical du 29 octobre 2012 de son médecin traitant, le Dr B. _____, attestant de cette incapacité, laquelle n'aurait pas été remise en cause par les organes de l'assurance-invalidité. Toutefois, comme l'observe à juste titre l'intimée, elle a explicitement fait valoir une amélioration temporaire de son état de santé propre à induire une pleine aptitude au placement pour le mois litigieux, ceci par courrier du 19 janvier 2012 à sa caisse de chômage, et avant que celle-ci ne lui oppose ensuite un refus de reconsidérer le versement de ses indemnités journalières, précisément compte tenu de la capacité de travail invoquée. Mesurant la portée de ses premières déclarations, elle tentera par la suite de les infirmer par la production d'un certificat médical de son médecin traitant. Cependant, ce certificat médical, établi bien a posteriori, se borne à affirmer une incapacité de travail entière sans aucune motivation, alors même que la transmission par ce médecin des notes prises ensuite des examens pratiqués par ses soins sur la personne de l'assurée ne rend pas compte, pour le mois en question, d'un état de santé qui eût justifié pareille incapacité. Il convient dès lors de s'en tenir aux premières déclarations de la recourante, respectivement d'écarter un certificat médical qui ne revêt en définitive aucune valeur probante (cf. à ce

sujet ATF 125 V 351). Quant à la position de l'office AI, il y a lieu d'observer que la question d'une brève amélioration de l'état de santé en août 2011 ne revêtait aucune importance au regard de l'instruction d'une demande tardive, qui n'aurait pu ouvrir un droit aux prestations qu'à compter du 1er janvier 2013, alors qu'une pleine capacité de travail était recouvrée.

- 19 - c) Partant, c'est à bon droit que, pour le mois d'août 2011 litigieux, l'intimée a retenu la capacité de travail temporaire alléguée par la recourante et refusé en conséquence d'allouer ses prestations, l'indemnisation de l'intéressée étant à juste titre intervenue par l'assurance-chômage, telle que sollicitée à l'époque par l'intéressée. 6. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision sur opposition du 16 juin 2015. 7. 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, ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, le juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 16 juin 2015 par Allianz Suisse Société d'Assurances SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, ni alloué de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du

- 20 - L'arrêt qui précède est notifié à : - Mes Jean-Michel Duc et Marie Signori, avocats (pour Z. _____), - Allianz Suisse Société 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.