

VD_GERICHTE ZA16.050470 vom 23. Januar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.050470

FR: VD_GERICHTE ZA16.050470 du 23 janvier 2017

IT: VD_GERICHTE ZA16.050470 del 23 gennaio 2017

Erwägungen

E. 3

Le montant des indemnités journalières pour la période litigieuse a été fixé à 55 fr. 25 par jour, le 9 novembre 2015. Aucune des

- 10 - parties ne conteste que cette décision est entrée en force, de sorte que l'intimée ne peut la revoir que dans la mesure où les conditions d'une révision ou d'une reconsidération seraient remplies.

E. 4

Conformément à un principe général du droit des assurances sociales, l'administration (ou l'assureur) peut reconsidérer une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA ; ATF 133 V 50 consid. 4.1, 119 V 475 consid. 1b/cc et 116 V 62 consid. 3a). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c et 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1 et 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; SVR 2009 UV no 6 p. 21, TF U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.3.1 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

- 11 -

E. 5

a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le

chiropraticien; b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste; c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital; d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin; e. aux moyens et appareils servant à la guérison. Selon l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement

- 12 - médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2). Le texte de la disposition légale ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3). b) Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA ; [Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). 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

- 13 - prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute

lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées; TF 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.2 et 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). Il y a également rechute ou séquelle tardive si, auparavant, le traitement médical avait permis d'obtenir une relative stabilisation de l'état de santé, au point qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de ce traitement une amélioration sensible de cet état de santé (TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 6.1).

E. 6

a) L'art. 23 al. 8 OLAA prévoit que le salaire déterminant en cas de rechute est celui que l'assuré a reçu juste avant celle-ci ; il ne saurait toutefois être inférieur à 10 % du montant maximum du gain journalier assuré, sauf pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance sociale. b) In casu, l'intimée a constaté la stabilisation de l'état de santé de l'assurée et a mis fin aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 31 mars 2015, sous réserve d'une physiothérapie et d'examens de contrôle, par décision du 25 février 2015. Elle a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), mais refusé d'allouer une rente au motif que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, son activité professionnelle antérieure à son chômage étant par ailleurs une activité adaptée. Cette décision est entrée en force et c'est donc en vain que la recourante soutient que son état de santé n'aurait pas été stabilisé à l'époque. La persistance d'une capacité de travail dans l'ancienne activité professionnelle a également été constatée dans cette décision, quand bien

- 14 - même le médecin traitant (Dr F. _____) a maintenu des certificats d'incapacité de travail totale postérieurement à cette décision. Dès lors que l'état de santé était stabilisé et que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans sa profession habituelle, c'est à juste titre que l'intimé soutient que l'art. 23 al. 8 OLAA, relatif au calcul des indemnités journalières en cas de rechute (cf. consid. 6a supra), est applicable pour l'incapacité de travail admise dès le 2 juillet 2015. L'argumentation de la recourante est donc mal fondée. Aucun des arrêts auxquels elle se réfère ne prescrit de faire abstraction de l'art. 23 al. 8 OLAA, ni d'appliquer l'art. 23 al. 1 OLAA en cas de nouvelles indemnités journalières après une rechute, lorsque la stabilisation de l'état de santé et la fin du droit aux indemnités journalières et au traitement médical après l'événement accidentel ont précédemment fait l'objet d'une décision entrée en force. L'arrêt 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 précise d'ailleurs expressément, au contraire de ce que soutient la recourante, que l'argumentation similaire présentée à l'époque devant le Tribunal fédéral ne permettrait pas d'écarter l'application de l'art. 23 al. 8 OLAA (consid. 7). Pour ce motif, la conclusion principale de la recourante doit être rejetée. c) En revanche, la conclusion subsidiaire de la recourante doit être admise. En effet, quand bien même la position de l'intimée relative à l'application de l'art. 23 al. 8 OLAA en cas de rechute est en soi correcte, la situation ne revêt pas un caractère aussi clair que l'intimée le laisse entendre. En effet, la recourante était au chômage avant son accident et n'a pas retrouvé d'emploi après la stabilisation de son état de santé, en dépit de la capacité de travail que l'intimée lui reconnaissait. Le Dr F. _____ continuait par ailleurs à attester une incapacité de travail totale. Enfin, la période comprise entre la fin des indemnités journalières allouées après l'accident et la rechute a été particulièrement brève. Dans ces conditions, si l'intimée aurait certes dû faire application de l'art. 23 al. 8

OLAA, pour les motifs exposés au consid. 6b ci-avant, il n'était pas manifestement erroné de privilégier un calcul fondé sur l'art. 23 al. 1 OLAA et d'allouer des indemnités journalières de 55 fr. 25 au moins. Le point de

- 15 - savoir pour quels motifs ces indemnités journalières n'ont pas été fixées à 67 fr. 15 à l'époque peut demeurer indécis. d) Au final, il convient de constater que l'intimée n'est pas en droit d'exiger la restitution d'un montant de 6'434 fr. 45 et que le montant de l'indemnité journalière fixée à 55 fr. 25 par décision du 9 novembre 2015 de l'intimée est maintenu.

E. 7

a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse annulée en ce sens que la décision du 9 novembre 2015 est maintenue, étant admis que l'intimée établira un nouveau décompte d'indemnités journalières en tenant compte des considérants qui précèdent. b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). c) La recourante, qui obtient gain de cause, avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre à des dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire. Par ces motifs, le juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents du 14 octobre 2016 est annulée.

- 16 - III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents établira un nouveau décompte d'indemnités journalières en tenant compte des considérants du présent arrêt. IV. Il n'est pas perçu de frais de justice. V. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A._____ le montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me Alexandre Guyaz (pour A._____), - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

- 17 - 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.