

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 janvier 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, juge unique
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante,

et

V._____, à [...], intimée, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à
Lausanne,

ainsi que

O._____, à [...], appelée en cause.

E n f a i t :

A. **a)** O._____ (ci-après : l'assurée), née en [...], a travaillé depuis le 28 décembre 2001 en tant qu'aide de cuisine auprès de l'E._____. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de W._____ (ci-après : W._____ ou la recourante).

Le 2 mars 2007, l'assurée a chuté sur le sol à son lieu de travail et s'est blessée à l'épaule droite. Elle a souffert d'une déchirure partielle de l'insertion du tendon sus-épineux, avec une capsulite rétractile (cf. rapport du 4 juin 2007 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). W._____ a pris en charge le cas.

Le 4 juillet 2007, l'assurée a subi une arthroscopie de l'épaule droite avec toilette articulaire, suture et réinsertion du tendon sus-épineux par arthrotomie (cf. rapport du même jour du Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

L'assurée a repris son travail à 50 % dès le 1^{er} octobre 2008. L'employeur a résilié son contrat pour le 31 décembre 2008.

Dans un rapport du 19 mai 2009, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que la patiente présentait encore des douleurs chroniques de l'épaule droite. La capsulite rétractile était désormais résolue, mais d'intenses douleurs demeuraient, de sorte qu'une nouvelle opération était nécessaire.

Le 15 juillet 2009, l'assurée a bénéficié d'une acromioplastie avec une résection de la clavicule distale droite par arthroscopie au N._____ (cf. rapport du 10 août 2009 du Dr J._____).

b) L'assurée a été engagée en qualité de femme de chambre à 80 % par la F._____, dès le 1^{er} novembre 2009. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de V._____ (ci-après : V._____ ou l'intimée).

Le 11 janvier 2012, l'assurée a chuté en descendant les escaliers de son immeuble et s'est blessée à l'épaule droite en essayant de se retenir (cf. déclaration de sinistre LAA du 18 janvier 2012). Le même jour, elle s'est rendue au C._____, où une contusion sévère a été diagnostiquée à cette épaule, avec une mise en arrêt de travail à 100 % jusqu'au 16 janvier 2012 (cf. rapport médical initial LAA du 15 mai 2012) V._____ a alloué des prestations.

L'assurée a repris son travail le 17 janvier 2012. Les douleurs à l'épaule s'étant péjorées, elle a été arrêtée à 100 % à partir du 23 janvier 2012.

Dans un rapport du 31 janvier 2012 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM), le Dr D._____, radiologue, a conclu à un épanchement de la bourse sous-acromiale et un statut après acromioplastie et réinsertion du sus-épineux, sans nouvelle déchirure visible.

Le 21 mars 2012, l'assurée a bénéficié d'un débridement arthroscopique du tendon sus-épineux de l'épaule droite, avec une bursectomie et un complément d'acromioplastie au N._____ (cf. protocole opératoire du 2 avril et rapport du 2 mai 2012 du Dr J._____).

Le 4 avril 2012, le Dr J._____ a posé le diagnostic principal de tendinopathie post-traumatique du sus-épineux avec entorse acromioclaviculaire de cette épaule le 11 janvier 2012.

L'évolution post-opératoire de l'intervention de mars 2012 a été favorable dans un premier temps, mais dès le mois de juin 2012,

l'assurée s'est plainte d'une nette aggravation des douleurs avec une enflure au niveau de la main. Elle a donc été adressée au Dr Q._____, neurologue, qui a posé le diagnostic d'algoneurodystrophie de l'épaule droite, probablement de stade II (cf. rapport du 3 octobre 2012).

Le 5 juillet 2012, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil de V._____, a relevé que le statu quo sine avait été atteint avant l'opération de mars 2012. Celle-ci avait consisté à ôter un tissu cicatriciel préexistant (soit consécutif à la première intervention en 2007) et aucune lésion fraîche significative n'avait été constatée dans le protocole opératoire. Il s'agissait ainsi d'une complication de la première opération, dont la prise en charge incombait à W._____.

Par courrier du 11 juillet 2012, adressé en copie à W._____, V._____ a informé l'assurée qu'elle mettait un terme à ses prestations au 20 mars 2012 et que l'intervention du 21 mars 2012 et ses suites relevaient de la compétence de W._____.

Par lettre du 9 août 2012 à V._____, avec copie à l'assurée, W._____ a décliné la prise en charge de l'opération du 21 mars 2012 et de ses suites. Elle s'est référée à un avis de son médecin-conseil, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Selon lui, la chute du 11 janvier 2012 avait manifestement décompensé durablement l'état de l'épaule droite. Après l'opération de 2009, l'évolution avait été favorable.

Les deux assureurs ont mis en œuvre une expertise, confiée au Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 4 décembre 2012, il a retenu un statu quo sine de l'accident du 11 janvier 2012 au plus tard une semaine après cet événement. Il s'agissait d'une contusion bénigne du membre supérieur droit, qui avait réactivé un état pathologique préexistant latent. Le lien de causalité naturelle entre les troubles constatés du membre supérieur droit et de cet accident n'était que

possible, mais pas probable. Le Dr G. _____ a confirmé ses conclusions le 28 juin 2013.

L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée au 30 avril 2013.

Par décision du 11 juillet 2013, envoyée en copie à W. _____, V. _____ a mis fin à ses prestations avec effet au 16 janvier 2012, date à laquelle avait eu lieu la reprise du travail, en se fondant sur l'expertise du Dr G. _____.

L'assurée et W. _____ se sont opposées à cette décision les 30 et 31 juillet 2013.

Par décision du 31 juillet 2013, adressée en copie à V. _____, W. _____ a refusé la prise en charge des conséquences de l'accident du 11 janvier 2012 à partir du 16 janvier 2012, tel que demandé par V. _____. Elle a expliqué qu'il était manifeste que la sévère contusion subie le 11 janvier 2012 à l'épaule droite avait décompensé durablement une situation parfaitement stable et asymptomatique malgré l'activité physiquement éprouvante de femme de chambre. Ni l'assurée, ni V. _____, n'ont formé opposition à cette décision.

Par demande du 2 décembre 2013, V. _____ a saisi l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) au sens de l'art. 78a LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), en concluant à ce que W. _____ soit tenue de prendre en charge la rechute de l'accident du 2 mars 2007, étant précisé que le statu quo sine de l'accident du 11 janvier 2012 était intervenu une semaine après cet événement.

Le 8 avril 2014, l'OFSP a déclaré la demande irrecevable, faute de compétence. Par arrêt du 10 mars 2017, le Tribunal administratif fédéral a confirmé cette décision. Il a expliqué que la procédure en vertu de l'art. 78a LAA n'était pas ouverte lorsqu'un assureur s'opposait en faveur de la personne assurée contre une décision de refus de prestation

d'un autre assureur, ce qui était le cas en l'occurrence. C'était ainsi au Tribunal cantonal, et non à l'OFSP, de déterminer quel assureur devait verser les prestations litigieuses.

Dans l'intervalle, à la suite d'une nouvelle demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, cet office a, d'entente avec V._____, mis en œuvre une expertise auprès du Dr L._____, médecin praticien. En réponse aux questions de V._____, l'expert a expliqué qu'il n'y avait aucune relation de causalité entre les troubles et l'accident du 2 mars 2007, qui était stabilisé avec la reprise professionnelle de l'assurée. L'accident du 11 janvier 2012 était le facteur déclenchant du tableau actuel, car sans accident, il n'y aurait pas eu de nouvelle intervention chirurgicale, et sans celle-ci, il n'y avait pas de risque de développer un syndrome douloureux régional complexe. Néanmoins, ce syndrome était intervenu plus que six à huit semaines après l'accident (cf. rapport du 17 juillet 2015).

Le 1^{er} octobre 2015, le Dr B._____ a contesté les conclusions du Dr L._____.

V._____ a mis sur pied une nouvelle expertise, qu'elle a confiée au Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 6 avril 2016, il a retenu que l'accident du 11 janvier 2012 n'avait entraîné qu'une contusion simple de l'épaule gauche. Il a fixé un statu quo sine dans les délais habituels de guérison d'une contusion d'une articulation présentant un état antérieur, soit environ trois mois, à savoir mi-mars 2012, avant l'opération du 21 mars 2012. L'acte chirurgical du 21 mars 2012 avait entraîné la réaction de type algoneurodystrophie. Il n'y avait aucun élément objectif lui permettant d'expliquer l'importance des plaintes douloureuses. A la demande de V._____ de préciser la date du statu quo sine, le Dr H._____ a indiqué que dans le cas de l'assurée, celle-ci était fixée au 20 mars 2012, soit près de dix semaines après la chute (cf. courrier du 8 juin 2016).

Par décision du 6 septembre 2016, également adressée à W._____, V._____ a mis un terme à la prise en charge du cas du 11 janvier 2012 au 20 mars 2012, en se fondant sur le rapport du Dr H._____. Elle a renoncé à demander à l'assurée le remboursement des prestations payées. Ni l'assurée, ni W._____, n'ont formé opposition.

Par décision sur opposition du 8 mai 2017, V._____ a rejeté les oppositions formées par l'assurée et W._____ les 30 et 31 juillet 2013 contre la décision du 11 juillet 2013, et confirmé celle-ci. Elle a retenu que dans la mesure où le statu quo sine pour une simple contusion était intervenue une semaine après l'événement du 11 janvier 2012 selon l'avis du Dr G._____, et que suivant celui du Dr H._____, le statu quo sine avait été atteint pour les deux événements accidentels au 20 mars 2012, elle était fondée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 16 janvier 2012. Par conséquent, W._____ était tenue de lui rembourser la somme de 6'656 fr. 30, avec intérêt à 5 % dès le 15 février 2012, correspondant aux prestations versées pour la période du 17 janvier au 20 mars 2012.

Par courrier du 8 mai 2017, V._____ a réclamé à W._____ le remboursement d'un montant de 8'397 fr., équivalant aux prestations avancées du 17 janvier au 20 mars 2012, avec les intérêts.

B. Par acte du 29 mai 2017, W._____ a recouru contre la décision sur opposition du 8 mai 2017 de V._____, en concluant à ce qu'elle ne lui doive rien et à ce que la demande de restitution soit annulée. Elle a indiqué que son recours portait uniquement sur la question du remboursement demandé par V._____ de 6'656 fr. 30 pour des prestations versées entre le 17 janvier et le 20 mars 2012, plus les intérêts à 5 %. W._____ a soutenu que sa décision du 31 juillet 2013 n'avait fait l'objet d'aucune opposition dans le délai légal, de sorte qu'elle était entrée en force de chose jugée. Elle ne devait donc plus aucune prestation pour le cas du 2 mars 2007. Partant, la demande de remboursement de V._____ était irrecevable.

Dans sa réponse du 20 juillet 2017, V._____, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle a relevé que l'objet du litige portait sur la question de savoir si V._____ était fondée à confirmer sa décision du 11 juillet 2013 mettant fin à ses prestations avec effet au 16 janvier 2012 et, partant, de réclamer à la recourante le remboursement des prestations versées à titre provisoire pour la période du 17 janvier au 20 mars 2012, à hauteur de 6'656 fr. 30, intérêts en sus. En substance, elle a soutenu que la décision rendue le 31 juillet 2013 par W._____ ne lui était pas opposable. Sur le fond, cette dernière n'avait pas contesté que c'était à raison que V._____ avait mis fin aux prestations au 16 janvier 2012. Il y avait lieu de retenir un statu quo sine intervenu une semaine après l'événement du 11 janvier 2012, de sorte que W._____ était tenue de prendre en charge les suites de la rechute de l'accident du 2 mars 2007 et de rembourser à V._____ les prestations versées en rapport avec cette rechute pour la période du 17 janvier au 20 mars 2012, soit 6'656 fr. 30, avec intérêts.

Par réplique du 1^{er} novembre 2017, W._____ a maintenu sa position. Sa décision du 31 juillet 2013 étant entrée en force, elle ne saurait être remise en cause par V._____ et la demande de remboursement formulée dans la décision litigieuse était nulle.

Dans sa duplique du 9 janvier 2018, V._____ a confirmé ses conclusions.

L'assurée a été appelée en cause et invitée à se déterminer sur les écritures. Le 8 février 2018, elle a expliqué qu'après son opération en 2009, son état de santé s'était amélioré, ce qui lui avait permis d'entreprendre une nouvelle activité professionnelle sans gêne, ni douleur. En revanche, depuis son accident en 2012, elle ressentait tous les jours des douleurs.

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, 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 recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause relève de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

La partie recourante définit, par ses conclusions, l'objet du litige (« Streitgegenstand ») soumis à l'examen du tribunal. Lorsque la décision règle plusieurs rapports juridiques et que le recours ne porte que sur une partie d'entre eux, les rapports juridiques non contestés sont

certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans celui du litige (ATF 125 V 413 consid. 2a ; Jean Métral, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 12 ad art. 56).

b) En l'espèce, V._____ a, par sa décision sur opposition, confirmé sa décision du 11 juillet 2013, par laquelle elle a mis fin à ses prestations avec effet au 16 janvier 2012. Elle a également indiqué que W._____ était tenue de lui rembourser la somme de 6'656 fr. 30, avec intérêt à 5 % dès le 15 février 2012, correspondant aux prestations versées pour la période du 17 janvier au 20 mars 2012.

Dans son recours, W._____ a expressément précisé qu'il portait uniquement sur la question du remboursement demandé par V._____. Elle a en outre conclu à ce que la demande de restitution soit annulée, conclusion qu'elle a confirmée dans sa réplique. Est ainsi seul litigieux le point de savoir si V._____ était fondée à réclamer à W._____ le remboursement de 6'656 fr. 30, plus intérêts à 5 % dès le 15 février 2012, équivalent aux prestations que V._____ avait octroyées à l'assurée pour la période susmentionnée. En revanche, la question de savoir si c'est à juste titre que V._____ a confirmé sa décision du 11 juillet 2013, par laquelle elle a mis fin à ses prestations avec effet au 16 janvier 2012, sort de l'objet du présent litige et ne sera dès lors pas examinée. V._____ a d'ailleurs souligné, dans sa réponse, que « sur le fond, la recourante ne contest[ait] pas que c'[était] à raison que V._____ a[vait] décidé de mettre un terme aux prestations au 16 janvier 2012 ».

W._____ a encore pris des conclusions tendant à faire constater qu'elle ne devait rien à V._____. Toutefois, dans la mesure où, selon un principe général de procédure, les conclusions en constatation de droit ne sont recevables que lorsque des conclusions condamnatoires ou formatrices sont exclues (ATF 135 I 119 consid. 4 ; TF 9C_267/2016 du 9 novembre 2016 consid. 4.1), les conclusions strictement constatatoires de la recourante s'avèrent irrecevables.

3. Dans la décision sur opposition litigieuse, V._____ a réclamé à W._____ la restitution de la somme de 6'656 fr. 30, intérêts en sus. Toutefois, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un assureur-accidents ne peut pas rendre de décision à l'encontre d'un autre assureur (ATF 140 V 321 consid. 3.7.3). V._____ n'avait ainsi pas le droit d'exiger de W._____ le remboursement d'un quelconque montant dans sa décision sur opposition.

Il convient ainsi d'admettre le recours, dans la mesure où il est recevable, et d'annuler la décision sur opposition attaquée en tant qu'elle porte sur la demande de remboursement. Cette décision doit être confirmée pour le surplus, la recourante ayant uniquement contesté ce point-ci.

4. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

b) La recourante, non assistée par un mandataire professionnel et qui intervient en qualité d'assureur social – et donc dans l'accomplissement de tâches réglées par le droit public –, n'a pas droit à des dépens (ATF 128 V 124 consid. 5b, 126 V 143 ; TF 9C_927/2010 du 4 août 2011 consid. 6).

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable.

II. La décision sur opposition rendue le 8 mai 2017 par V._____ est annulée en tant qu'elle porte sur la demande à W._____ de rembourser un montant de 6'656 fr. 30, avec intérêt à 5 % dès le 15 février 2012. Elle est confirmée pour le surplus.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- W. _____
- V. _____
- O. _____
- 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).

La greffière :