

Tribunal des districts de Martigny et Saint-Maurice, 30 juin 1999,
R. c. La Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurance, Lausanne

Faits: Le 10 août 1992, J.-M. R. a contracté auprès de la Vaudoise Assurances, une assurance accidents individuelle et famille, d'une durée de cinq ans, pour lui-même et son épouse H. R., née le 18 juin 1941. Par la suite, les parties ont conclu un nouvel accord - avec les mêmes prestations assurées - entrant en vigueur le 1er janvier 1998 et échéant le 31 décembre 2003. Cet accord se référait, comme le précédent, aux conditions générales de l'assureur (CGA), édition 07 1991, dont l'assuré a reçu un exemplaire. Il prévoyait notamment, pour H. R., le versement d'une indemnité journalière de 60 fr. dès le troisième jour, en cas d'incapacité temporaire de travail ainsi que d'une allocation journalière spéciale de 20 fr. pendant la durée nécessaire de l'hospitalisation.

Le 5 octobre 1997, alors qu'elle se promenait dans les vignes à B., en compagnie de son époux, H. R. a ressenti une douleur dans le genou droit, précisant, dans sa déclaration d'accident du 30 janvier 1998, que celui-ci "s'était bloqué" et avait "enflé".

Le 10 octobre 1997, H. R. a consulté le Dr. St. M., spécialiste en chirurgie orthopédique à S. Dans son certificat initial du 11 février 1998, établi en cours de traitement, le Dr. M., pose le diagnostic d'"une probable déchirure du ménisque externe" tout en précisant qu'"à la suite d'une distorsion du genou droit, (la patiente) se plaint depuis-début octobre de douleurs sur la face externe de l'articulation". Le second certificat médical daté du 18 février 1998 confirme qu'il s'agit d'une déchirure du ménisque externe droit et qu'une arthroscopie a été effectuée le 11 février 1998 avec "évolution post-opératoire favorable". Le protocole opératoire du 11 février 1998 indique qu'"une ménisectomie externe partielle a été faite en 1986" sur la patiente" et précise que l'examen effectué lors de l'arthroscopie du 11 février 1998 "a montré l'existence de lésions de chondrite sévère du compartiment fémoro-tibial externe".

Dans une lettre explicative du 13 mai 1998, le Dr. M. expose qu'"il est absolument faux de dire qu'il s'agit de facteurs maladiques préexistants". Le médecin indique, en revanche, qu'il "s'agit indiscutablement des suites du premier accident de 1986 ... et que la Vaudoise Assurances ne peut refuser ... d'accepter la "rechute" actuelle".

Le 10 février 1999, en réponse aux questions du juge, le Dr. M. a déclaré:

"En 1986, j'avais procédé chez cette patiente à une ménisectomie externe arthroscopique et il est bien connu sur le plan assicurologique, que l'ablation partielle ou totale du ménisque conduit avec les années à des lésions de chondrite et d'arthrose, puisqu'on perd un élément protecteur important du genou. Il est bien connu aussi que des lésions ou des déchirures du reste méniscal peuvent survenir à moyen et à long terme. Personnellement, je retiens comme probable sur le plan assicurologique du terme, qu'il y ait corrélation entre la pathologie de 1986 et la pathologie actuelle, puisque les lésions actuelles intéressent le ménisque externe droit et le compartiment fémoro-tibial externe ... "

Selon le certificat médical du 10 mars 1998 du Dr. M., l'incapacité de travail d'H. R. était de 100% du 10.02. au 15.03.1998 et de 50% du 16.03. au 31.03.1998. L'arthroscopie subie par H. R. a nécessité un séjour de trois jours en hôpital, soit du 10 au 12 février 1998.

Motifs: Déterminée par les dernières conclusions du demandeur, la valeur litigieuse s'élève à 3'120 francs (soit, selon le demandeur, 31 jours à 80 fr. + 16 jours à 40 fr.). L'art. 21 CGA prévoit que "pour tout litige résultant du contrat, la Compagnie reconnaît la compétence des tribunaux du domicile suisse du preneur, de l'assurée ou des ayants droit".

Le demandeur étant domicilié à M., la compétence du juge du district de M. est fondée au vu de la valeur litigieuses et du lieu (art. 4 al. 3 aCPC et 317 al. 1 CPC).

Les rapports entre les parties relèvent du contrat d'assurance accident. Aux termes de l'art. 2 al. 1 CGA (éd. 1991), l'accident se définit comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire. L'assureur accident est tenu aux prestations contractuelles lorsqu'un événement dommageable de caractère accidentel et une atteinte à la santé sont en relation de causalité naturelle et adéquate.

En l'espèce, l'intervention d'une cause extérieure extraordinaire fait défaut. La lésion subie par H. R. s'est produite alors que cette dernière se promenait dans les vignes avec son époux, sans que l'on puisse attribuer le blocage du genou de l'assurée à un facteur extérieur au corps humain, de nature exceptionnelle, à savoir excédant le cadre des événements que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels. Par conséquent, le sinistre survenu ne répond pas à la définition proprement dite de l'accident.

L'alinéa 2 de l'art. 2 CGA dispose:

"Les lésions corporelles suivantes sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire

- a) les fractures, dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie.
- b) les déboîtements d'articulations;
- c) les déchirures du ménisque;
- d) les déchirures de muscles;
- e) les froissements de muscles;
- f) les déchirures de tendons;
- g) les lésions de ligaments;
- h) les lésions du tympan;"

Les parties s'accordent pour dire que les CGA du contrat d'assurance reprennent les mêmes définitions que l'art. 9 al. 2 OLAA, s'agissant de la notion de lésions assimilées à des lésions assimilées à des lésions accidentelles.

L'art. 9 al. 2 OLAA a subi une modification le 15 décembre 1997. Les CGA datant du mois de juillet 1991, c'est à l'aide de l'ancien art. 9 al. 2 OLAA, en relation avec l'art. 2 al. 2 CGA (éd. 1991), que doit être examiné le cas d'espèce, d'autant plus que le sinistre d'H. R. s'est produit le 5 octobre 1997, alors que le nouvel art. 9 al. 2 OLAA n'était pas encore en vigueur.

Pour que l'assureur soit tenu d'allouer ses prestations en vertu de l'art. 9 al. 2 aOLAA, il faut que tous les éléments constitutifs de la notion d'accident, à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire, soient réunis (ATF 114 V 298; à savoir l'atteinte dommageable, soudaine et involontaire). Peu importe si ces atteintes sont dues, en tout ou partie, à une dégénérescence, ou à une maladie (contrairement à l'art. 9 al. 2 OLAA actuel qui précise que ces atteintes ne doivent pas être imputables à de tels facteurs), du moment qu'elles sont déclenchées par un événement soudain et involontaire (Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la LAA, éd. 1992, p. 58).

C'est la cause immédiate de l'atteinte et la façon dont elle est survenue qui sont déterminantes. La nature de l'atteinte à la santé n'est pas en soi un critère. En l'absence d'un événement particulier, il n'y a pas de lésion assimilée. Le facteur déclenchant peut être banal et discret. Les troubles peuvent, par exemple, se produire à l'occasion d'un mouvement violent, ou lorsque l'on se relève brusquement de la position accroupie, lors d'un grand pas en terrain inégal - à la limite du saut -, lors d'un heurt banal (TCA LU 12.03.1990 Concordia/Winterthur consid. 5c), en shootant dans le vide et en manquant le ballon visé (ATFA 02.07.1990 Mollet/Zürich in RAMA 1990 p. 373 U 112 et SG 749), ou encore, en descendant un escalier, les articulations des genoux étant dans ce cas soumises à forte pression (TCA VD 03.12.1992 Assura/Vaudoise; Mercier, Les lésions assimi

lées, assurance-accidents: Ordonnance du 20 décembre 1982 et la nouvelle du 15 décembre 1997).

En l'espèce, H. R. présente une déchirure du ménisque au sens de l'art. 2 al. 2 let. c CGA. Toutefois, s'il y a lieu d'admettre que cette atteinte est dommageable et involontaire, force est de constater qu'elle n'est pas soudaine. En effet, c'est lors d'une promenade dans les vignes que le genou de l'assurée s'est bloqué, puis a enflé. Aucun élément de fait n'indique un quelconque facteur ayant déclenché la lésion subie. H. R. n'a du reste pas déclaré avoir fait un grand pas, ni un mouvement violent ou inapproprié. Elle a simplement expliqué qu'elle se "promenait dans les vignes" lorsque s'est produit l'atteinte à son genou. Au vu de ces éléments, la lésion du ménisque subie par l'assurée ne répond pas à la définition des lésions assimilées à un accident au sens des CGA.

L'art. 7 al. 1 et 3 CGA a la teneur suivante:

"En cas d'incapacité temporaire totale de travail, la Compagnie verse pour chaque jour de l'année l'indemnité journalière convenue, pendant la durée de l'incapacité de travail attestée par le médecin, au plus tôt cependant trois jours avant le début du premier traitement médical. Aucune prestation n'est versée pour le jour de l'accident. Dans les limites ci-dessus, cette indemnité est due aussi longtemps que l'assuré n'a pas ou n'aurait pas droit aux prestations prévues en cas d'invalidité permanente au sens de l'art. 6 ci-dessus, mais au maximum pendant 5 ans à compter du jour de l'accident.

Si un délai d'attente a été convenu, il commence à courir le jour où l'incapacité de travail a été constatée par le médecin, au plus tôt cependant trois jours avant la première consultation médicale. Pour le calcul du délai d'attente, les jours d'incapacité de travail totale ou partielle sont comptés comme jours entiers".

Si le Dr. M. exclut des facteurs maladiques ou dégénératifs préexistants, il relève que la lésion subie par H. R. en 1997 est une rechute du premier accident de 1986, dès lors que les lésions actuelles intéressent le même ménisque (externe droit) qu'en 1986). Toutefois, aux termes de l'art. 7 CGA, les indemnités journalières prévues en cas d'incapacité temporaire de travail ne sont versées qu'au maximum pendant cinq ans à compter du jour de l'accident. Les conséquences de l'accident de 1986 ne doivent dès lors pas être prises en charge par la défenderesse.

Selon le Dr. M., l'ablation partielle du ménisque externe droit en 1986 a conduit, avec les années, à des lésions de chondrite. Celles-ci ne sont toutefois pas assimilées à un accident (TCA VD 01.04.1987 Le Coq/CNA). La défenderesse n'a donc pas à en supporter les conséquences.

Dès lors, au vu des éléments qui précèdent, les prétentions du demandeur en paiement des indemnités journalières dues pour la période d'incapacité de travail d'H. R. doivent être rejetées.

Vu le sort de la cause, les frais et les dépens doivent être mis à la charge du demandeur, en application de l'art. 302 al. 1 aCPC.

Les frais (art. 2 al. 1 LTar) s'élèvent à 670 francs. Ils comprennent les débours, à concurrence de 165 fr. (art. 2 al. 2; expert : 100 fr., art. 5 al. 1 LTar+témoin : 30 fr., art. 6 al. 1 let. a LTar + huissier : 35 fr., art. 8 al. 2 LTar), ainsi que l'émolument de justice qui, vu la valeur litigieuse (3'120 fr.; art. 14 al. 2 et 27 al. 1 LTar), la difficulté moyenne de la cause et les frais de chancellerie, est fixé à 505 fr. (art. 2 al. 3, 11 et 14 al. 1 LTar). Les frais (670 fr.) sont entièrement couverts par les avances (670 fr., soit 300 fr. avancés par la défenderesse et 370 fr. par le demandeur). Le demandeur remboursera à la défenderesse le montant de 300 fr. que celle-ci a avancé au tribunal.

Eu égard à la valeur litigieuse déterminante pour le calcul des frais et des dépens (3'120 fr.; art. 27 al. 1 LTar) et à la difficulté moyenne de la cause, l'honoraire de Me M.-P. C., avocat de la défenderesse, est arrêté à 700 fr., TVA comprise (art. 26, 30. al. 3 et 32 al. 1 LTar), montant auquel s'ajoutent les débours justifiés par le décompte du 28 avril 1999, dont le montant est ramené à 120 fr. (arrondi; copies à 50 ct./page, papier timbré à

30 ct./page pour les actes antérieurs au 1er janvier 1999, port, TVA). En définitive, le demandeur payera à l'avocat de la défenderesse une indemnité totale de 820 francs.

Par ces motifs,

1. La demande est rejetée.
2. Les frais, par 670 fr

PRONONCE

sont mis à la charge de J.-M. R.

3. J.-M. R. versera 300 fr. à la Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances à titre de remboursement des avances.
4. J.-M. R. versera 820 fr. à Me M.-P. C. à titre de dépens.