

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1684/2017

ATAS/651/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 juillet 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

HELSANA ASSURANCES SA, avenue de Provence 15,
LAUSANNE

recourante

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

et

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE

appelé en
cause

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et
Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Depuis 2009, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1993, est assuré auprès d'Helsana Assurances SA (ci-après : l'assureur-maladie) au titre de l'assurance obligatoire de soins.
2. Parallèlement, en raison de ses emplois auprès de B_____ SA, C_____ SA et D_____ SA, l'assuré était assuré auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'assurance-accidents) contre les accidents professionnels et non professionnels.
3. Depuis 2011, l'assuré a été victime des accidents suivants.
4. Le 17 novembre 2011, alors que l'assuré travaillait pour le compte de B_____ SA en tant que manœuvre et qu'il était occupé à travailler de la ferraille, une barre en fer est tombée sur son pouce, qui a été fissuré.

En raison de cette atteinte, l'assuré a été incapable de travailler du 17 novembre 2011 au 15 janvier 2012.

La SUVA a pris en charge les suites de cet accident et a versé des indemnités journalières relatives à cette incapacité de travail.

5. Le 17 juin 2013, alors qu'il travaillait, pour le compte de C_____ SA, en qualité de nettoyeur sur un chantier, l'assuré a marché sur un clou qui a traversé la semelle de sa chaussure et a lésé son talon.

La radiographie effectuée le 18 juin 2013 n'a pas mis en évidence de corps étranger radio-opaque.

En raison de cet accident, l'assuré a été incapable de travailler du 17 au 20 juin 2013 et la SUVA a versé les indemnités journalières y relatives.

6. a. Le 12 septembre 2013, alors qu'il travaillait toujours pour le compte de C_____ SA en qualité de nettoyeur, l'assuré s'est cogné l'épaule et le pouce droits sur une benne à ordures.

Les diagnostics étaient ceux de contusion de l'épaule droite et de contusion versus entorse du pouce droit.

En raison de ces atteintes, l'assuré a été incapable de travailler du 12 septembre au 8 octobre 2013, étant précisé que le contrat de travail a pris fin avec effet au 30 septembre 2013.

b. Cet accident a été porté à la connaissance de la SUVA par déclaration de sinistre du 15 octobre 2013.

Lors d'un entretien téléphonique en date du 17 octobre 2013, l'employeur a informé la SUVA que l'assuré avait recouvré une pleine capacité en octobre 2013.

Par courrier du 21 octobre 2013, la SUVA a transmis un questionnaire à l'assuré, qui y a répondu en date du 30 octobre 2013, précisant notamment qu'il était capable de travailler à 100% « de suite ».

Le 21 octobre 2013, la SUVA a requis des informations complémentaires ainsi qu'un certificat médical des médecins du centre médical de la Servette ayant suivi l'assuré.

Le 4 novembre 2013, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale au centre médical précité, a expliqué avoir délivré un certificat d'arrêt de travail pour la période du 16 au 29 septembre 2013.

Par courrier du 11 novembre 2013, la SUVA a informé l'assuré et C_____ SA qu'une indemnité journalière serait servie, avec effet rétroactif au 15 septembre 2013. L'employeur était prié de verser ladite indemnité, l'assureur lui remboursant le montant dès réception de la feuille d'assurance.

Le 21 novembre 2013, la SUVA a reçu une copie du certificat d'arrêt de travail délivré par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique au centre médical de la Servette, daté du 24 septembre 2013, faisant état d'une incapacité totale de travailler du 30 septembre au 8 octobre 2013.

Par courrier du 25 novembre 2013, la SUVA a sollicité des précisions de l'assuré quant au processus de guérison et lui a transmis un formulaire comportant plusieurs questions.

Le même jour, la SUVA a sollicité des informations complémentaires des médecins du centre médical de la Servette. Dans un rapport du 2 décembre 2013, le Dr E_____ a expliqué qu'il n'avait pas attesté de nouvelle incapacité de travail. L'assuré était toutefois également suivi par deux autres médecins, dont le Dr F_____.

Le courrier du 25 novembre 2013 étant resté sans réponse, la SUVA a informé l'assuré, par courrier du 2 janvier 2014, qu'elle considérait qu'il était guéri et que le cas était liquidé au 8 octobre 2013. Si le traitement était toujours en cours, l'assuré était prié de le faire savoir dans un délai de deux semaines.

L'assuré n'a donné aucune suite au courrier précité.

7. Entre le 1^{er} octobre 2013 et le 11 avril 2014, l'assuré n'a pas exercé d'activité lucrative. Il n'était pas non plus inscrit auprès de l'assurance-chômage.
8. Le 19 janvier 2014, alors qu'il jouait au football avec des amis, l'assuré est tombé sur sa main droite pour amortir une chute. Dès lors que son pouce n'était pas enflé, il n'a pas consulté de médecin malgré les douleurs.
9. Le 24 janvier 2014, en sortant de la discothèque G_____, à Genève, vers 4h du matin, l'assuré a décidé de faire la course avec ses amis afin de rejoindre la voiture sur le parking. En raison de la pluie, il a glissé et est tombé en avant. En mettant en avant ses mains pour amortir sa chute, il s'est blessé au pouce droit.

Comme les douleurs persistaient, il est allé consulter le docteur H_____, chirurgie de la main FMH, lequel a diagnostiqué une fracture comminutive intra-articulaire

de type Bennett de la base de M1 du pouce droit, qu'il a réduite le 29 janvier 2014 en procédant à une ostéosynthèse par trois vis.

10. a. Le 11 avril 2014, l'assuré a commencé une activité de manœuvre pour le compte de la société D _____ SA.

Alors qu'il travaillait sur un chantier en date du 8 mai 2014, l'assuré a reçu une plaque de placoplâtre sur la main.

La radiographie du pouce droit, réalisée le 12 mai 2014, a mis en évidence une fracture en cours de consolidation, sans déplacement secondaire, avec un matériel chirurgical en position inchangée.

En raison de cette atteinte, l'assuré a été incapable de travailler du 8 mai 2014 au 31 mars 2015.

Le 16 septembre 2014, le Dr H _____ a procédé à une ablation du matériel d'ostéosynthèse et plus particulièrement des trois vis qui se trouvaient dans le pouce droit.

Dans son rapport du 24 novembre 2014, le Dr H _____ a posé les diagnostics de status post fracture de type Bennett du 1^{er} métacarpe du pouce droit, status post ablation du matériel d'ostéosynthèse en septembre 2014, arthrose post-traumatique et instabilité débutante. L'amélioration n'était que partielle avec une diminution des douleurs, mais persistance d'un sentiment d'instabilité. Le pronostic était modéré. La reprise de l'activité habituelle n'était pas possible.

b. Le dossier a été soumis au docteur I _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a examiné, dans une appréciation du 18 décembre 2014, le lien de causalité entre les troubles encore présentés par l'assuré et l'accident du 8 mai 2014. Il ressort de cette appréciation qu'une fracture comminutive de la base du pouce, complexe, comportait un risque indéniable d'évolution vers une arthrose. Il existait donc un état antérieur sous la forme d'une fracture intra-articulaire ayant bénéficié d'une ostéosynthèse lorsqu'est survenu l'accident du 8 mai 2014. Ce dernier était tout de même à la charge de la SUVA, dès lors qu'il avait décompensé de manière temporaire le status antérieur, ce qui avait rendu nécessaire une ablation rapide du matériel devenu gênant. Cela étant, compte tenu de la modestie du traumatisme du 8 mai 2014 et du fait que l'assuré avait uniquement ressenti des douleurs, l'événement précité avait cessé de déployer des effets délétères deux mois après l'ablation des trois vis. Le *statu quo sine* était ainsi fixé au 1^{er} décembre 2014.

Par décision du 24 février 2015, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 30 novembre 2014 sur la base de l'appréciation de son médecin d'arrondissement.

c. Le 26 mars 2015, l'assurance-maladie s'est opposée à la décision du 24 février 2015, considérant que les atteintes du pouce droit (arthrose post-traumatique et instabilité débutante) étaient en lien de causalité avec les accidents des 19 ou

24 janvier 2014. A ces dates, l'assuré n'exerçait pas d'activité lucrative et il n'était pas couvert par la SUVA. Or, la SUVA était légalement tenue d'offrir à l'assuré la possibilité de prolonger l'assurance par convention spéciale pendant 180 jours au plus. La SUVA n'avait toutefois pas proposé une telle offre. Dans de telles circonstances, l'assurance-accidents était priée d'offrir la possibilité à l'assuré d'être couvert conformément à son droit. En cas d'acceptation de sa part, les accidents de janvier 2014 et les éventuels traitements y relatifs, postérieurs au 30 novembre 2014, étaient du ressort de la SUVA.

Par décision sur opposition du 22 juin 2015, la SUVA a écarté l'opposition de l'assurance-maladie, considérant que ses conclusions relatives à la proposition de prolongation de l'assurance par convention spéciale dépassaient le cadre du litige, de sorte qu'elle ne pouvait entrer en matière.

Par courriel du 26 juin 2015, la SUVA a encore rappelé à Helsana que la décision sur opposition ne devait se prononcer que sur la question de savoir si l'événement assuré déployait encore des effets au-delà du 30 novembre 2014. La question de la prolongation d'assurance par convention était une autre problématique, qui dépassait la question litigieuse susmentionnée. L'assurance-maladie était dès lors invitée à solliciter une décision formelle sur la question de la prolongation de la couverture d'assurance.

Le 30 juin 2015, l'assurance-maladie a informé la SUVA qu'elle ne recourrait pas contre la décision sur opposition du 22 juin 2015 étant donné qu'elle ne contestait pas le *statu quo sine* au 30 novembre 2014 s'agissant des pures suites de l'accident du 9 mai 2014. En revanche, elle invitait une nouvelle fois la SUVA à proposer à l'assuré, rétroactivement, la couverture d'assurance à laquelle celui-ci avait droit. Cela fait, l'assurance-accidents devait se prononcer sur la prise en charge des accidents des 19 et 24 janvier 2014.

11. Par courrier du 10 mars 2016, la SUVA a formellement refusé de proposer une prolongation de couverture d'assurance comme Helsana le requérait. A l'appui de sa position, l'assurance-accidents a notamment expliqué qu'elle n'avait pas la possibilité d'offrir à l'assuré ladite prolongation dans le respect des délais fixés par la loi, dès lors que son intervention était rétroactive. Par ailleurs, on ne pouvait lui reprocher un oubli étant donné qu'elle n'avait pas eu la possibilité d'obtenir les renseignements à temps, l'assuré ayant manqué à son devoir de collaborer et ne l'ayant pas informée sur sa situation personnelle et professionnelle suite à la fin de son incapacité de travail. Dans de telles circonstances, c'était à juste titre que la SUVA avait refusé d'accorder rétroactivement une couverture d'assurance par convention, et partant, d'intervenir pour la prise en charge des accidents des 19 et 24 janvier 2014, au seul motif que l'assuré l'aurait probablement acceptée compte tenu des enjeux d'une telle convention. Sur demande, une décision susceptible de recours serait rendue.

12. Le 12 avril 2016, l'assurance-maladie a considéré que quand bien même la disposition légale pertinente prévoyait que l'assurance par convention aurait dû être conclue avant le 23 décembre 2013, cela n'était possible que si l'assuré avait été informé, à temps, de cette possibilité. Or, dans la mesure où l'incapacité de travail avait été attestée jusqu'au 8 octobre 2013 et que le dernier versement de la SUVA datait du 22 novembre 2013, il était loisible à cette assurance d'agir à temps en vertu de son devoir d'information. Il appartenait ainsi à la SUVA d'apporter la preuve que l'assuré avait été informé de cette possibilité de conclure une assurance par convention. A défaut, la responsabilité de l'assureur-accident était engagée.
13. Par courrier du 19 mai 2016, la SUVA a pris position sur la correspondance précitée et a contesté devoir proposer une prolongation de couverture. En effet, l'assuré n'avait pas collaboré avec elle. Le seul certificat d'incapacité qu'il lui avait remis datait du 24 septembre 2013, mais il ne le lui avait adressé que le 21 novembre 2013. Il n'y était faite aucune mention de la reprise du travail en date du 9 octobre 2013. C'est pourquoi, des renseignements complémentaires avaient été demandés à l'assuré. En d'autres termes, à cette période, il n'y avait aucun élément lui permettant de conclure que le rapport de travail était éteint. On ne pouvait donc lui reprocher de ne pas avoir deviné que l'incapacité de travail se terminait bien le 8 octobre et de ne pas avoir offert à l'assuré la possibilité de conclure une assurance par convention. Si l'assuré avait bien répondu à ce questionnaire, la SUVA aurait pu proposer une telle assurance et respecter les obligations légales. Dans de telles circonstances, l'assurance-accidents maintenait les termes de son courrier du 10 mars 2016.
14. Le 19 juillet 2016, l'assurance-maladie a relevé que la SUVA avait connaissance du fait que le contrat de travail liant l'assuré à son ancien employeur s'était terminé le 30 septembre 2013. Ainsi, même si elle n'avait plus reçu de certificat d'incapacité de travail et que l'assuré n'avait pas répondu à son courrier du 25 novembre 2013, il appartenait à l'assurance-accidents d'informer celui-ci de la possibilité de conclure une assurance par convention et ce avant que le délai légal n'arrive à échéance. Au vu de ce qui précédait, l'assurance-maladie sollicitait la notification d'une décision formelle.
15. Par décision du 12 janvier 2017, confirmée sur opposition le 31 mars 2017, la SUVA a considéré qu'elle n'avait pas la possibilité d'offrir à l'assuré une prolongation de la couverture d'assurance par convention, de sorte qu'il était légitime qu'elle refuse de l'accorder rétroactivement. Après avoir repris les arguments d'ores et déjà évoqués, elle a expliqué qu'elle n'avait pas à envisager de lui proposer, en parallèle, de conclure une convention de prolongation alors même que des prestations en nature et en espèces pouvaient encore lui être allouées. L'assuré ne s'étant pas conformé à l'obligation de fournir les renseignements demandés, la fin, au 8 octobre 2013, du versement de l'indemnité journalière était acquise. Ainsi, le rapport était déjà éteint au moment où l'assuré aurait dû conclure la convention spéciale.

16. Le 8 mai 2017, l'assurance-maladie (ci-après : la recourante) a interjeté recours contre la décision sur opposition du 31 mars 2017 et a conclu à son annulation et, cela fait, à la condamnation de la SUVA à offrir la possibilité à l'assuré de conclure une assurance par convention de manière rétroactive. A l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment considéré que dans la mesure où l'incapacité de travail avait pris fin le 8 octobre 2013, conformément au certificat de travail réceptionné le 21 novembre 2013, au questionnaire du 30 octobre 2013 et à l'appel téléphonique de l'employeur du 17 octobre 2013 et dès lors que le dernier versement des indemnités journalières avait été effectué le 22 novembre 2013, la SUVA (ci-après : l'intimée) pouvait agir dans le délai légal et avait la possibilité d'offrir à l'assuré la possibilité de conclure une convention de prolongation vu son obligation d'informer. En effet, à la fin du mois de novembre 2013, l'intimée possédait tous les éléments lui permettant de conclure que le rapport d'assurance était éteint : le contrat de travail avait pris fin le 30 septembre 2013, le traitement médical était terminé depuis le 23 septembre 2013 et l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dès le 9 octobre 2013. Si lesdites informations n'étaient pas suffisantes, il appartenait à l'intimée de questionner les médecins de l'assuré et/ou de réitérer sa demande de renseignements en accordant un délai convenable à l'assuré et en l'informant des conséquences de son silence. La SUVA n'ayant pas offert la possibilité d'une prolongation ni satisfait à son obligation d'informer, voire d'instruire le dossier, il y avait lieu de considérer que sa responsabilité était engagée et qu'il lui appartenait de réparer le vice en accordant à l'assuré la possibilité de conclure de manière rétroactive une convention de prolongation.
17. L'intimée a répondu par écriture du 6 juillet 2017 et a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. A l'appui de sa position, l'intimée a notamment considéré qu'aucun défaut d'information ne pouvait lui être reproché, dès lors que le dossier ne permettait pas de considérer que l'assuré entendait interrompre temporairement sa carrière et qu'il entrait par conséquent dans le cercle des assurés couverts par l'assurance. Les pièces du dossier permettaient plutôt de considérer qu'il avait débuté un nouvel emploi ou qu'il s'était inscrit à l'assurance-chômage. Ainsi, même s'il devait être admis que l'assuré n'avait pas été informé sur la possibilité de conclure une assurance conventionnelle, aucun reproche ne pouvait être formulé à l'encontre de l'assurance ou de l'ancien employeur de l'assuré. Dans tous les cas, il ne ressort pas du dossier que l'assuré aurait conclu une assurance conventionnelle s'il avait été informé de cette possibilité. Il n'avait en effet jamais manifesté une telle volonté quand bien même la décision attaquée et la décision initiale de la SUVA lui avaient été notifiées.
18. Par ordonnance du 22 janvier 2018, l'assuré a été appelé en cause et un délai au 12 février 2018 lui a été donné pour se déterminer et, le cas échéant, consulter le dossier.
- Le pli recommandé contenant l'ordonnance a été renvoyé à la chambre de céans avec la mention « non réclamé ».

19. Par pli simple du 5 février 2018, l'ordonnance a été envoyée à l'assuré, lequel ne s'est jamais manifesté.
20. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident et la fin de la couverture d'assurance sont survenus avant cette date, le litige est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur l'obligation de l'intimée de proposer une prolongation de la couverture d'assurance, singulièrement sur l'existence d'une violation du devoir d'informer.
6. En premier lieu, il convient de déterminer la date à laquelle la couverture d'assurance a pris fin.
 - a. A teneur de l'art. 1a al. 1 LAA sont notamment assurés à titre obligatoire les travailleurs occupés en Suisse. 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 (art. 3 al. 1 LAA). 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 mois (art. 3 al. 2 LAA). A teneur

de l'art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), sont notamment également réputés salaire au sens de l'art. 3 al. 2 LAA les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire (let. b *ab initio*).

A noter que dans le cadre de l'art. 3 al. 2 LAA, ce n'est pas la date effective de la cessation des rapports de travail qui est déterminante, mais le droit au salaire (selon la loi ou le contrat de travail) qui peut se prolonger au-delà de cette date (FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, n° 40 p. 908, in SBVR XIV 2016), quand bien même le salaire échu serait payé ultérieurement (EVGE 1940 17; RUMO-JUNGO/ HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2012, p. 19), étant rappelé dans ce contexte que les indemnités journalières de l'assurance-accidents sont considérées comme un salaire (voir art. 7 al. 1 let. b OLAA).

b. A teneur de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). 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 (al. 2).

7. a. En l'espèce, il est établi – et au demeurant non contesté par les parties – que le contrat de travail de l'appelé en cause a pris fin le 30 septembre 2013. Une incapacité totale de travailler du 12 septembre au 8 octobre 2013 a été reconnue par les médecins et la SUVA a versé des indemnités journalières à l'appelé en cause, en date du 22 novembre 2013, avec effet rétroactif pour la période du 15 septembre au 8 octobre 2013.

b. Les parties s'opposent sur la date à laquelle la couverture d'assurance a pris fin : la recourante invoque la date du 23 décembre 2013, soit 30 jours après le versement des indemnités journalières, le 22 novembre, alors que l'intimée mentionne celle du 7 novembre 2013, soit 30 jours après le dernier jour d'incapacité de travail.

Comme indiqué précédemment, l'assurance cesse de produire ses effets à l'expiration du trentième jour qui suit celui où a pris fin le droit aux indemnités journalières de l'assureur-accidents (art. 3 al. 2 LAA ; art. 3 al. 5 LAA et 7 al. 1 let. b OLAA). Or, dans le cas de l'appelé en cause, le droit à une indemnité journalière a cessé le 8 octobre 2013, une pleine capacité de travail ayant été recouvrée dès le 9 octobre 2013 (voir certificat du Dr F_____ du 24 septembre 2013 ; art. 16 al. 2 *in fine* LAA) même si le paiement en tant que tel des indemnités journalières n'a été effectué que le 22 novembre 2013 (voir EVGE 1940 17 dans ce sens).

Par conséquent, conformément à l'art. 3 al. 3 LAA et aux art. 3 al. 5 LAA et 7 al. 1 let. b OLAA, l'assurance a cessé à l'expiration du trentième jour suivant la fin du droit aux indemnités journalières, soit le 7 novembre 2013.

8. En deuxième lieu, il convient d'examiner si une prolongation conventionnelle de la couverture d'assurance a été proposée à l'appelé en cause et, dans la négative, s'il y a là une violation de l'obligation d'informer de l'employeur.

a. Selon l'art. 3 al. 3 LAA, l'assureur doit offrir à l'assuré la possibilité de prolonger l'assurance par convention spéciale pendant 180 jours au plus. Les conventions individuelles ou collectives sur la prolongation de l'assurance contre les accidents non professionnels doivent être conclues avant l'expiration du rapport d'assurance (art. 8 OLAA).

Cette disposition comporte l'obligation de l'assureur de prévoir et de proposer une assurance conventionnelle mais non celle d'informer, en temps utile, chaque assuré, lors de la fin des rapports de travail, sur la possibilité d'une prolongation de la couverture d'assurance par le biais de la conclusion d'une assurance conventionnelle (Abredeversicherung ; ATF 121 V 31 consid. 1c).

b. A teneur de l'art. 72 OLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, les assureurs veillent à ce que les employeurs soient suffisamment informés sur la pratique de l'assurance-accidents. Les employeurs doivent transmettre ces informations à leur personnel. Depuis le 1er janvier 2017, cette disposition prévoit que les assureurs veillent à ce que les employeurs et les services compétents de l'assurance-chômage soient suffisamment informés de la pratique de l'assurance-accidents (al. 1). Les employeurs et les services compétents de l'assurance-chômage sont tenus de transmettre les informations à leur personnel, en particulier celle relative à la possibilité de conclure une assurance par convention (al. 2).

L'art. 72 OLAA prévoit une information en deux temps : l'assureur informe dans un premier temps les employeurs sur la pratique de l'assurance, dont la problématique de la prolongation conventionnelle de la couverture d'assurance au sens de l'art. 3 al. 3 LAA fait partie, les employeurs devant dans un deuxième temps transmettre ces informations à leur personnel (voir ATF 121 V 28 consid. 2a ; voir également FRESARD / MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in SBVR XIV, 2016, n° 698, p. 1087 ; GEHRING, in KVG UVG Kommentar, 2018, n° 10 ad Art. 58LAA).

Dans ce contexte, l'assureur et l'employeur sont des organes d'exécution de l'assurance-accidents obligatoire (ATF 121 V 34 consid. 2c avec information ; RAMA 2000 No. U 387 p. 274 s. consid. 3b ; voir également FRESARD / MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 699, p. 1087).

Tant l'assureur que l'employeur jouissent d'une grande liberté pour mettre en œuvre leur devoir d'information. Toutefois, les modalités choisies doivent garantir que les employés soient informés de manière explicite de leurs droits. Il est ainsi admis que les assureurs peuvent transmettre l'information par le biais des circulaires ou des bulletins d'information. Quant aux employeurs, ils peuvent afficher les renseignements dans un endroit accessible au personnel ou informer leurs employés lors de réunions générales. Enfin, les messages collectifs transmis

par courriel sont également devenus un moyen d'information de plus en plus répandu (voir FRESARD / MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 699, p. 1087 et 1088 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 263/02 du 25 août 2003 consid. 2.2 et 2.3).

Le devoir d'information existe indépendamment du fait qu'il y ait de bonnes raisons d'admettre que la personne assurée s'annoncera à l'assurance-chômage immédiatement après avoir perdu son emploi avec la conséquence qu'intervienne alors immédiatement la protection d'assurance contre les accidents auprès de la SUVA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 263/02 du 25 août 2003 in RAMA 2004 p. 167 ; voir également FRESARD / MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 700, p. 1088).

A noter que lorsque des indemnités journalières sont directement versées à un assuré, le devoir d'information incombe à l'assureur-accidents (GEHRING, *op. cit.*, n° 25 ad Art. 3 LAA).

En cas de manquement à l'obligation d'informer, l'assureur est responsable de ses omissions ou de celles de l'employeur, pour autant que les conditions supplémentaires du principe de la bonne foi de l'assuré soient remplies (ATF 121 V 34 consid. 2c ; RAMA 2000 No. U 387 p. 274 s. consid. 3b ; voir également FRESARD / MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 703, p. 1088).

9. Découlant directement de l'art. 9 Cst. et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 129 I 161 consid. 4.1 ; ATF 128 II 112 consid. 10b/aa ; ATF 126 II 377 consid. 3a et les arrêts cités). De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les nombreuses références citées).

Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6 ; ATF 129 I 161 consid. 4.1 ; ATF 126 II 377 consid. 3a et les références citées).

En général, seul peut se fonder sur la protection de la bonne foi celui qui a fait preuve de l'attention requise par les circonstances et peut ainsi être considéré

comme étant de bonne foi (ATF 130 III 399 consid. 1.2.3). Par conséquent, celui qui n'a pas lui-même pris les mesures nécessaires pour sauvegarder ses droits ne peut invoquer la protection de la bonne foi (ATF 127 II 230 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 187/06 du 13 novembre 2006 consid. 3.3.1).

Selon une jurisprudence constante, (ATF 111 V 72 consid. 4c, ATF 110 V 156 consid. 4b, ATF 106 V 72 consid. 3b), les omissions sont également considérées comme des dispositions. Il est nécessaire que l'information ait été la cause de l'omission subséquente. Un lien de causalité est ainsi donné si l'on peut supposer que la personne aurait agi différemment sans l'information incorrecte. La relation de cause à effet entre l'information et la disposition ou l'omission n'est pas soumise à des exigences trop strictes.

S'agissant de la prolongation conventionnelle de la couverture d'assurance, il existe une présomption naturelle (réfragable), fondée sur l'expérience générale de la vie, que la personne assurée qui aurait été informée de la possibilité de prolonger la couverture d'assurance aurait conclu une telle assurance, du moins lorsqu'elle envisageait d'interrompre son activité professionnelle pour un certain temps (arrêt du Tribunal fédéral 8C_784/2008 du 11 septembre 2009 consid. 5 ; voir également FRESARD / MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 703 dernière phrase, p. 1088 ; voir également RUMO-JUNGO / HOLZER, in Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2012, p. 22).

10. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les

conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

11. En l'espèce, force est de constater - ce qui n'est au demeurant pas contesté par les parties - qu'aucune prolongation conventionnelle de l'assurance n'a été conclue par l'appelé en cause avant la cessation de la couverture d'assurance le 7 octobre 2013.

La question qui se pose, dans ce contexte, est celle de savoir si un défaut d'information peut être reproché à l'ex-employeur ou à l'intimée.

a. A titre liminaire, il convient de rappeler que le devoir d'informer l'assuré de la possibilité de prolonger la couverture d'assurance appartient à l'assureur-accidents, lorsque des indemnités journalières sont versées directement à l'assuré après la fin des rapports de travail. Or, force est de constater que l'intimée a invité l'employeur de l'appelé en cause à lui verser les indemnités journalières, celles-ci étant remboursées dans un second temps (voir courriers du 11 novembre 2013 : « l'indemnité journalière vous revenant s'élève à CHF 107.20 par jour calendaire et vous sera versée par votre employeur » ou encore « l'indemnité journalière lui revenant s'élève à CHF 107.20 par jour calendaire. Le droit à l'indemnité prend naissance au 15.09.2013. Nous vous prions de bien vouloir verser l'indemnité journalière directement à l'assuré. Nous vous rembourserons l'indemnité journalière payée dès réception de la feuille d'accident »).

Ainsi, dans ces circonstances, le devoir d'informer n'incombait pas directement à l'intimée mais à l'employeur.

b. Il convient donc d'examiner si tant la SUVA dans un premier temps puis l'employeur de l'appelé en cause ont satisfait à leur devoir d'information.

Le dossier ne permet toutefois pas de répondre à la question de savoir si, dans un premier temps, l'intimée a informé l'employeur sur la possibilité de conclure une convention de prolongation et, si, dans un second temps ce dernier a transmis cette information à son personnel et plus particulièrement à l'appelé en cause.

L'instruction de la SUVA a donc été lacunaire sur ce point.

c/aa. Dans sa réponse du 6 juillet 2017, l'intimée a toutefois considéré qu'on pouvait laisser ouverte la question de savoir si l'appelé en cause a été suffisamment informé sur la possibilité de prolonger l'assurance-accidents par convention en se référant à un arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 187/06 du 13 novembre 2006, rendu en matière d'assurance facultative, dont il ressort qu'un défaut d'information ne saurait être reproché à l'assureur que si la nécessité d'une telle information découle des circonstances. Se fondant sur cet arrêt, l'intimée a

considéré qu'aucun indice permettant d'admettre que l'assuré avait un intérêt à poursuivre conventionnellement sa couverture d'assurance ne ressortait du dossier.

La chambre de céans ne saurait suivre l'intimée sur ce point.

En effet, l'arrêt auquel l'intimée se réfère a été rendu en lien avec l'assurance facultative et le devoir d'information lié à ce type d'assurance. Or, dans le cas d'espèce, la problématique ne concerne pas l'assurance facultative mais porte sur la prolongation de la couverture d'assurance obligatoire. A cela s'ajoute le fait que depuis le 1^{er} janvier 2017, l'art. 72 OLAA prévoit que les assureurs veillent à ce que les employeurs et les services compétents de l'assurance-chômage soient suffisamment informés de la pratique de l'assurance-accidents (al. 1). Les employeurs et les services compétents de l'assurance-chômage sont tenus de transmettre les informations à leur personnel, en particulier celle relative à la possibilité de conclure une assurance par convention (al. 2). En réalité, depuis le 1^{er} janvier 2017, l'OLAA formalise les principes dégagés par le Tribunal fédéral, plus particulièrement dans l'ATF 121 V 28 consid., 2a. Enfin, l'obligation d'informer existe indépendamment du fait qu'il y ait de bonnes raisons d'admettre que la personne assurée s'annoncera à l'assurance-chômage immédiatement après avoir perdu son emploi avec la conséquence qu'intervienne alors immédiatement la protection d'assurance contre les accidents auprès de la SUVA (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 263/02 du 25 août 2003 in RAMA 2004 p. 167).

Au vu de ce qui précède, l'intimée ne saurait prétendre que l'obligation d'informer un assuré – *in casu* l'appelé en cause – de la possibilité de prolonger la couverture d'assurance n'existe que si les circonstances du cas laissent entrevoir une lacune de couverture.

c/bb. Toujours dans sa réponse du 6 juillet 2017, l'intimée a également considéré que la question de savoir si l'appelé en cause avait été suffisamment informé sur la possibilité de prolonger l'assurance-accidents par convention pouvait être laissée ouverte étant donné que le dossier ne permettait pas de considérer qu'il aurait souhaité une prolongation de la couverture s'il avait été informé de cette possibilité.

La chambre de céans ne saurait pas non plus suivre l'intimée sur ce point.

En effet, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_784/2008 du 11 septembre 2008, il existe une présomption naturelle, fondée sur l'expérience générale de la vie, que l'appelé en cause aurait conclu une prolongation de l'assurance s'il avait été informé de cette possibilité. La question n'est ainsi pas celle de savoir si l'appelé en cause aurait conclu une prolongation s'il avait été informé de cette possibilité mais, au contraire, s'il n'aurait pas conclu une telle assurance s'il avait été informé de cette possibilité.

Or, aucun élément du dossier ne permet, en l'état, de considérer que l'appelé en cause n'aurait pas conclu une telle convention. Le fait qu'il n'ait pas réagi aux envois de la chambre de céans ne saurait être interprété comme une volonté de ne pas conclure de convention. En effet, la présente procédure se déroule plusieurs

années après les faits. D'autres assurances semblent avoir pris en charge les frais consécutifs à l'atteinte à la main droite, de sorte qu'il n'est pas impossible que l'appelé en cause considère ce litige comme appartenant à son passé et qu'il ne se sente pas impliqué dans la présente procédure.

d. Dans tous les cas, la chambre de céans constate que l'ex-employeur de l'appelé en cause savait dès la mi-octobre 2013 que ce dernier avait recouvré une capacité de travail dès le 9 octobre 2013 (voir notes de l'entretien téléphonique du 17 octobre 2013). Cette capacité de travail a d'ailleurs été confirmée à l'assureur par l'intéressé le 31 octobre 2013.

Ainsi, en toute hypothèse, tant l'ex-employeur que l'assureur savaient dès le mois d'octobre 2013 que la couverture d'assurance allait possiblement prendre fin au cours de la première quinzaine du mois de novembre et ils avaient la possibilité d'informer, dans les délais, l'appelé en cause sur la problématique d'une prolongation de la couverture d'assurance par convention.

12. a. Il ressort des considérations qui précèdent que les dossiers que les parties ont soumis à la chambre de céans ne permettent pas de savoir si la SUVA a dûment informé C_____ SA de la possibilité de conclure une convention de prolongation de la couverture d'assurance et si l'employeur précité a transmis cette information à l'appelé en cause. Les dossiers ne permettent pas non plus de retenir que l'appelé en cause aurait refusé de conclure une telle convention s'il avait été informé de cette possibilité.

Dans ces conditions, le recours de l'assureur-maladie doit être partiellement admis et la décision sur opposition querellée doit être annulée. La cause doit être renvoyée à la SUVA pour instruction complémentaire sur les questions précitées. En cas de défaut d'information, il appartiendra à l'intimée de prendre en charge les suites des accidents des 19 et 24 janvier 2014 conformément à la jurisprudence applicable en la matière.

b. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant. Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 31 mars 2017.
4. Renvoie la cause à la SUVA pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le