

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1854/2016

ATAS/780/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 septembre 2016

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5,
MARTIGNY

intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1974, était employé auprès de la régie B_____ à Genève en tant que concierge du 4 mai 2012 au 30 juin 2015, date à laquelle il a été licencié. A ce titre, il bénéficiait d'une couverture perte de gain selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) auprès de Mutuel Assurance-maladie SA (ci-après : l'assureur), dans le cadre d'un contrat collectif d'assurance d'indemnités journalières contracté par son employeur.
2. Depuis le 1^{er} janvier 2015, une incapacité de travail totale pour cause de maladie est attestée.
3. Une imagerie par résonance magnétique (IRM), pratiquée le 12 janvier 2015, a mis en évidence une vertèbre de transition lombo-sacrée, une herniation intraspongieuse au niveau du plateau supérieur de L2, une syringomyélie à la hauteur de D8-D9 et s'étendant de D10 jusqu'à L1, une hernie discale D8-D9 et une arthrose interapophysaire postérieure étagée. Il n'y avait pas de discopathie significative.
4. Le 27 janvier 2015, l'assuré a été opéré du tunnel carpien droit.
5. Selon le rapport du 4 février 2010 du docteur C_____, l'assuré souffre de problèmes du tunnel carpien à droite et à gauche depuis décembre 2014. Après avoir été opéré à droite, il devrait également être opéré à gauche. Il présente des douleurs avec lâchages aux deux mains.
6. Une IRM dorsale pratiquée le 10 février 2015 a confirmé la syringomyélie. Quant à la hernie discale D8-D9, de localisation paramédiane gauche, elle appuyait sur la partie antérieure du fourreau dural sans répercussion sur les racines. Il y avait également une spondylose dorsale antérieure étagée.
7. Une IRM cervicale réalisée le 12 février 2015 a montré une syringomyélie s'étendant de C5 jusqu'au plateau inférieur C7, une protrusion discale C5-C6 et, plus accusée, en C6-C7 en contact avec la racine C7 droite, et une arthrose des facettes articulaires postérieures.
8. Dans son rapport reçu le 1^{er} mai 2015 par l'assureur, le Dr C_____ a confirmé son diagnostic précédent et a repris les diagnostics mis en évidence par les IRM. La plaie à la main droite était mal cicatrisée et il y avait une parésie de ce membre, ainsi qu'une névralgie forte. L'assuré devait éviter le port de charges et la station debout. Par ailleurs, l'utilisation de la main droite était difficile. Un contact avec l'assurance-invalidité avait été établi, en vue d'une reconversion de l'assuré.
9. Le 10 août 2015, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a communiqué à l'assuré qu'il prenait en charge une mesure d'orientation professionnelle auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) du 31 août au 25 septembre 2015.
10. Le 14 août 2015, l'assuré a fait l'objet d'une expertise médicale par la doctoresse D_____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine manuelle. Dans

son rapport du 19 août 2015, l'experte a posé les diagnostics de syndrome du tunnel carpien bilatéral opéré à droite début 2015 et existant depuis fin 2014, ainsi que de cervico-brachialgies et lombo-sciatalgies bilatérales dans le contexte de modifications dégénératives de protrusions non compressives existantes depuis décembre 2014. Quant à la durée de l'incapacité de travail, il fallait compter entre deux à huit semaines d'incapacité de travail après une cure de tunnel carpien, selon le type de l'activité professionnelle. Pour les douleurs ostéo-articulaires chroniques, il n'y avait pas de raison pour une incapacité de travail prolongée si l'activité pouvait être adaptée. La capacité de travail était de 100 % dès à présent, en respectant les limitations fonctionnelles, à savoir l'adoption de positions variables et sans sollicitation extrême du rachis et sans port de charges lourdes. L'incapacité de travail pourrait être améliorée par une physiothérapie avec instruction d'exercices d'étirements et de renforcement musculaire, notamment de la nuque et du tronc, pour améliorer la tolérance à l'effort. Les douleurs multiples de l'assuré n'étaient expliquées que partiellement par les données objectives. La syringomyélie était étendue dans la longueur, mais prenait peu de place dans la transversale et n'était pas associée à une malformation de la charnière cervico-occipitale. Partant, elle ne provoquait pas de symptôme déficitaire significatif. Seule une hypo-sensibilité superficielle était constatée dans l'hémicorps gauche. Les réflexes ostéo-tendineux étaient plutôt faibles, mais symétriques, et la force musculaire conservée, sans amyotrophie visible. Il y avait deux signes sur cinq selon Waddell en faveur d'un processus non-organique.

11. Par décision du 4 septembre 2015, l'assureur a fait savoir à l'assuré qu'il disposait d'une capacité totale de travail dans le cadre d'une activité adaptée à son état de santé, soit à un poste où il lui était possible de varier les positions, sans sollicitation extrême du rachis et sans port de charges lourdes. En tenant compte de sa situation concrète (âge, formation et expérience) et l'état du marché du travail, un changement d'activité était tout à fait exigible, les emplois respectant ses limitations fonctionnelles se trouvant en nombre suffisant dans le secteur de la protection et des services. Quant au revenu d'invalidité, il devait être évalué sur la base des statistiques et réduit en fonction de l'importance des empêchements propres à la personne. En l'occurrence, une déduction de 5 % sur le revenu d'invalidité était adéquate. Cela étant, l'assureur était disposé à payer une indemnité journalière de transition pour changement d'occupation jusqu'au 31 décembre 2015. Par ailleurs, dès lors que son calcul ne laissait apparaître aucune perte de gain, il cessait le versement de ses prestations dès cette date.
12. Selon le rapport du 27 octobre 2015 des EPI, l'assuré a montré pendant le stage une parfaite adéquation à un environnement professionnel. Les difficultés positionnelles et de préhension étaient bien visibles, sans que l'assuré ait été démonstratif. Tout travail manuel dans le circuit économique ordinaire est actuellement compromis. Toutefois, l'assuré a de bonnes capacités d'apprentissage. Une mise au courant pour une courte formation en entreprise ou une formation plus formelle serait

indiquée pour lui faciliter la réadaptation professionnelle. Le problème réside dans son état physique qui n'est largement pas stabilisé. Il a aussi une faible résistance au niveau des doigts et des poignets dans les travaux répétitifs, ce qui rend certains travaux difficiles, même l'utilisation d'un crayon. Pour l'usage d'un cutter, la force lui manquait et les douleurs étaient présentes au bout de quelques minutes. Ainsi, toute manipulation d'outils dans un poste salarié paraissait impossible en ce moment. Le tonus et la résistance semblaient également insuffisants pour reprendre une activité professionnelle, même dans un poste adapté.

13. Par courrier reçu le 30 octobre 2015 par l'assureur, l'assuré a formé opposition à la décision du 4 septembre 2015 et a transmis à l'assureur le rapport précité des EPI. Il a précisé qu'il était conscient que le délai de trente jours était largement dépassé. Cependant, dès lors qu'il ne pouvait pas exercer une activité adaptée actuellement, il a demandé à l'assureur de revoir sa décision. Il l'a en outre informé qu'il devait encore se faire opérer de la main gauche et refaire un examen pour savoir pourquoi la main droite n'était toujours pas guérie à 100 %, les fourmillements et douleurs au niveau du poignet et des doigts persistant.
14. Le 6 novembre 2015, l'assureur a considéré que l'opposition était tardive et partant irrecevable, de sorte que sa décision du 4 septembre 2015 était entrée en force. Quant à l'opération de la main gauche, ce type d'intervention justifiait une incapacité de travail post-opératoire d'environ quatre à six semaines. A condition que l'opération eût lieu rapidement, la durée de convalescence entrerait dans le délai-cadre de son droit aux indemnités journalières de transition ouvert jusqu'au 31 décembre 2015. L'assureur a invité en outre l'assuré à convenir d'une date d'opération avec son chirurgien le plus rapidement possible, conformément à l'obligation de diminuer le dommage.
15. Par communication reçue le 10 décembre 2015, l'assuré a informé l'assureur que l'opération de la main droite [recte gauche] aura lieu le 11 janvier 2016.
16. Dans son rapport du 3 février 2016, le Dr C_____ a fait état d'une rééducation qu'il fallait voir avec le docteur E_____. La reprise de travail ne pouvait pas encore être déterminée et dépendait de l'évolution. Dans les restrictions physiques, il a mentionné l'absence de port de charges, de la station debout, de la marche et une limitation de la force dans les mains. L'activité exercée précédemment n'était plus exigible ni une activité adaptée. Les restrictions ne pouvaient être réduites par des mesures médicales.
17. Selon l'avis du 10 février 2016 du médecin-conseil de l'assureur, le docteur F_____, l'incapacité de travail consécutive à l'opération du 11 janvier 2016 de la main gauche est au maximum de six semaines.
18. Par décision du 16 février 2016, l'assureur a communiqué à l'assuré qu'il poursuivra exceptionnellement le versement des indemnités journalières jusqu'au 29 février 2016 à 100 %.

19. Par courrier reçu le 15 mars 2016 par l'assureur, l'assuré a formé opposition à cette décision, tout en contestant également la décision du 4 septembre 2015. Il a indiqué qu'il ne pouvait toujours pas prétendre à une activité adaptée au vu de son état de santé physique, de sorte qu'il y avait lieu de revoir la décision. Par ailleurs, sa main gauche ne cicatrisait pas comme elle devrait. Il manquait de force, même pour ouvrir une bouteille d'eau. Le Dr E_____ avait l'intention de refaire des examens, afin de comprendre pourquoi la main droite n'était toujours pas guérie à 100 %. Suite aux opérations, des fourmillements et des douleurs insupportables persistaient en outre au niveau des poignets et des doigts à droite et à gauche. L'assuré a enfin invité l'assureur de requérir des renseignements détaillés auprès du Dr E_____.
20. Par courrier du 16 mars 2016, l'assureur a fait savoir à l'assuré qu'une opposition devait contenir des conclusions et être motivée. Considérant que tel n'était pas le cas, l'assureur a octroyé à l'assuré un délai de dix jours pour lui faire part de ses conclusions, preuves, motifs et éléments médicaux nouveaux attestés par son médecin, tout en précisant que le certificat médical du Dr C_____, attestant une prolongation de l'incapacité de travail au-delà du 29 février 2016, ne contenait aucune conclusion ni motivation.
21. Par courrier du 21 mars 2016, l'assuré, par l'intermédiaire du Bureau de gestion administrative, a confirmé son opposition et a fait savoir à l'assureur qu'il demandera à son médecin traitant de préciser son état clinique réel.
22. Par décision du 10 mai 2016, l'assureur a déclaré l'opposition irrecevable.
23. Par acte du 6 juin 2016, l'assuré a formé recours contre cette décision en concluant implicitement au paiement des indemnités journalières au-delà du 29 février 2016. Se fondant sur le rapport des EPI, il a fait valoir que tout travail manuel dans le circuit économique ordinaire était actuellement compromis. Par ailleurs, le Dr C_____ avait régulièrement délivré des attestations d'incapacité de travail.
24. A l'appui de son recours, le recourant a annexé le rapport du 27 avril 2016 du Dr E_____, chirurgien de la main, adressé à l'OAI. Ce médecin y a attesté que l'état de santé s'était amélioré et il y avait une guérison. Selon son dossier, une neurolyse bilatérale avait été un succès. Le dernier examen médical datait du 2 mars 2016.
25. Dans sa réponse du 3 août 2016, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours et, subsidiairement, à son rejet, sous suite de dépens. Elle a répété que l'assuré avait omis de motiver son opposition et de prendre des conclusions. Quant au fond, elle a relevé que l'objet du litige était uniquement sa décision formelle du 16 février 2016 et partant l'incapacité de travail ayant débuté le 11 janvier 2016. Or, selon la Dresse D_____, il fallait compter deux à huit semaines d'incapacité de travail selon le type de l'activité professionnelle suite à une cure de tunnel carpien. Selon son médecin-conseil, l'incapacité de travail était au maximum de six semaines en l'occurrence. Néanmoins, l'intimée avait accepté exceptionnellement de verser les indemnités jusqu'au 29 février 2016. Au demeurant, il ressortait du rapport du Dr E_____ à l'OAI que le dernier examen médical avait eu lieu le 2 mars 2016, que l'état de

santé était globalement amélioré, qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et que la capacité de travail était de 100 % dans un poste de travail occupé en tant que concierge. Il n'y avait par ailleurs plus de traitement en cours et un examen complémentaire n'était pas nécessaire.

26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis 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-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours contre la décision du 10 mai 2016 est recevable.
4. Se pose également la question de la recevabilité du recours en ce qu'il porte sur la contestation de la décision du 4 septembre 2015.
 - a. Il n'est guère contestable que l'opposition reçue le 30 octobre 2015 contre cette décision ne respecte pas le délai légal de 30 jours stipulé à l'art. 52 al. 1 LPGA et qu'elle n'est dès lors en principe pas recevable, ce que l'intimée a constaté dans son courrier d 6 novembre 2015, lequel ne constitue toutefois pas une décision formelle.
 - b. Cependant, il sied de constater que l'intimée a, par sa décision du 16 février 2016, en fait reconsidéré sa décision du 4 septembre 2015, par laquelle elle avait limité le versement des indemnités au 31 décembre 2015. Cette nouvelle décision annule et remplace la première décision, dès lors qu'elle accorde au recourant le droit aux indemnités journalière jusqu'au 29 février 2016. Partant, l'objet de cette nouvelle décision est également la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2016 et englobe ainsi l'objet de la décision du 4 septembre 2015.
 - c. De surcroît, il appert également que le recourant a demandé, par sa missive reçue le 30 octobre 2015, une révision de la décision du 4 septembre 2015 sur la base du rapport du 27 octobre 2015 des EPI, conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Selon cette disposition, les décisions et les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient pas être produits auparavant. En effet, le rapport des EPI ayant été rendu après l'entrée en force de la décision du 4 septembre 2015, il doit être considéré comme un nouveau moyen de preuve que le recourant ne pouvait pas produire dans le délai de recours de 30 jours.

Par conséquent, dans l'hypothèse où l'intimée n'aurait pas reconsidéré sa décision du 4 septembre 2015 par sa décision du 16 février 2016, le recours devrait être interprété comme un recours pour déni de justice, dans la mesure où le recourant se plaint implicitement de ce que l'intimée n'est pas entrée en matière sur cette demande de révision fondée sur le nouveau moyen de preuve consistant dans le rapport des EPI du 27 octobre 2015.

Un tel recours est recevable en vertu de l'art. 56 al. 2 LPGA, selon lequel le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision, comme en l'espèce.

5. L'objet du litige est ainsi la question de savoir si l'opposition du recourant, à la décision du 16 février 2016 est recevable.
6. a. L'art. 10 de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée (al. 1). Selon l'al. 2 de cette disposition, elle doit être formée par écrit lorsqu'elle porte sur une décision sujette à opposition, conformément à l'art. 52 LPGA, et qui a pour objet une prestation ou la restitution d'une prestation fondées sur la loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage (let. a), ou prise par un organe d'exécution en matière de sécurité au travail au sens des art. 47 à 51 de l'ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents (let. b). Dans les autres cas, l'opposition peut être formée au choix par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel (al. 3). Elle doit enfin être signée par l'opposant ou par son représentant légal. En cas d'opposition orale, l'assureur consigne l'opposition dans un procès-verbal signé par l'opposant ou son représentant légal (al. 4).

Si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1^{er} ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (al. 5).

b. L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi (cf. ATF 125 V 121 consid. 2a et les références). Elle assure la participation de l'assuré au processus de décision et poursuit notamment un but d'économie de procédure et de décharge des tribunaux, dans les domaines du droit administratif où des décisions particulièrement nombreuses sont rendues. Dans ce cadre, la procédure d'opposition ne revêt de véritable intérêt que si l'opposant doit exposer les motifs de son désaccord avec la décision le concernant. A défaut, on courrait le risque de faire de l'opposition une simple formalité avant le dépôt d'un recours en justice, sans qu'assuré et autorité aient véritablement examiné sur quoi portent leurs divergences. Le but de l'opposition est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près. Ce but est atteint lorsqu'il est possible de déduire des moyens de l'opposant une argumentation dirigée contre le dispositif de la décision et susceptible de mener à sa réforme ou à son annulation. Le Tribunal fédéral des assurances a considéré que tel

devait être admis dans le cas d'un assuré qui s'est opposé à une décision en envoyant, sans autre commentaire, deux certificats médicaux attestant une incapacité de travail (ATF 123 V 128 consid. 3 p. 130 et les références). Il suffit donc que l'opposant conteste la décision dans une forme rudimentaire (Ulrich KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, ad art. 52 ch. 36 et référence)

7. En l'espèce, l'intimée a déclaré l'opposition du recourant irrecevable, en considérant que celle-ci n'était pas motivée et ne comportait pas de conclusions.

Il ressort toutefois clairement de la missive de celui-ci, reçue le 15 mars 2016, qu'il conteste la décision du fait que les EPI ont constaté que son état de santé actuel ne lui permettait pas de travailler dans le circuit économique normal, même dans une activité adaptée. Il réclame ainsi la continuation du paiement des indemnités au-delà du 29 février 2016. Il motive son opposition également par le fait que sa main droite n'est toujours pas rétablie et que le Dr E_____ a l'intention de faire des examens supplémentaires. L'assuré se plaint aussi dans l'opposition de fourmillements et de douleurs dans les poignets et doigts des deux mains. Quant à la main gauche opérée en janvier 2016, il allègue qu'elle ne cicatrise pas comme elle devrait et manque de force, même pour ouvrir une bouteille d'eau.

Au vu de ce qui précède, il sied de constater que les motifs et les conclusions de l'opposition résultent avec suffisamment de clarté du courrier du recourant.

C'est le lieu de rappeler que, dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui doit prendre les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Par conséquent, si l'intimée jugeait insuffisant le certificat du Dr C_____, par lequel celui-ci a prolongé l'incapacité de travail au-delà du 29 février 2016, il lui aurait appartenu de prendre directement des renseignements auprès de ce médecin, ainsi que du Dr E_____ qui a effectué l'intervention chirurgicale des deux mains.

Cela étant, il convient d'admettre que l'intimée a fait preuve d'un formalisme excessif, en déclarant l'opposition irrecevable.

8. Cela étant, le recours contre la décision sur opposition du 10 mai 2016 sera admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle se prononce sur le fond, étant précisé que l'objet de cette décision englobe également la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2016. Il appartiendra par conséquent à l'intimée de réexaminer cette question, notamment sur la base du rapport du 27 octobre 2015 des EPI.
9. 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.
3. Annule la décision du 10 mai 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour statuer sur le fond au sens des considérants.
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 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), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); 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

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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