RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2303/2003 **ATAS/841/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 6 octobre 2005

En la cause

Madame D_____, mais comparant par Me Jean-Marie FAIVRE, en l'Etude duquel elle élit domicile	recourante

contre

X_____SA	intimée

Siégeant : **Madame Karine STECK, Présidente,**
Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, juges

EN FAIT

1. Madame D_____ exploite à titre indépendant, sous la raison sociale « BAYTY GENEVA RELOCATION », une agence de courtage en matière locative. A ce titre, elle est assurée auprès de X_____ d'une part pour des indemnités journalières en cas de perte de gain maladie et, d'autre part, facultativement, contre les accidents professionnels et non professionnels selon un contrat d'assurance collectif.

2. Au printemps 2002, l'assurée a développé un état dépressif suite à un grave conflit conjugal.

3. Le 18 juillet 2002, alors qu'elle passait ses vacances dans la famille de son époux, elle a été frappée par ce dernier et par son frère, ce qui lui a valu des contusions aux épaules, à la hanche et aux genoux et une déviation nasale (rapport médical du 25 juillet 2002 de la policlinique de chirurgie des HUG).

4. De retour à Genève, elle a déposé plainte pénale contre son époux. Celle-ci a été classée par ordonnance du 23 septembre 2002, « vu les déclarations contradictoires » et « en opportunité ».

5. Ebranlée au point de vue psychique, l'assurée n'a pu reprendre son activité lucrative. Une incapacité de travail totale a été attestée jusqu'au 28 juillet inclusivement.

6. Des indemnités journalières lui ont été versées par la X_____ pour une incapacité totale de travail du 22 août 2002 au 30 septembre 2002 compte tenu d'un délai de carence de 30 jours.

7. Le 10 octobre 2002, l'assurée a rempli une déclaration d'accident.

8. Par décision du 4 novembre 2002, X_____SA lui a accordé des prestations mais a réduit ces dernières de 50% au motif qu'il existait une relation de causalité entre les lésions corporelles subies et la rixe dans laquelle l'assurée avait été l'une des protagonistes.

9. L'opposition formée par l'assurée a été rejetée par X_____ SA. L'assurée a alors interjeté recours au Tribunal administratif le 14 mars 2003. Ce recours a été enregistré sous le numéro de cause A/403/2003.

10. Par une nouvelle décision datée du 24 avril 2003, X_____SA a mis fin aux prestations allouées à court terme à l'assurée (traitement médical et indemnité journalière accident) avec effet au 31 mars 2003, considérant que les troubles dont elle souffrait n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec l'accident et relevaient désormais de l'assurance maladie.

11. Le 28 mai 2003, l'assurée a formé opposition à cette décision en alléguant que l'état dépressif dont elle souffrait avait toujours été au premier plan de sorte que son cas aurait dû être traité sous l'angle de l'assurance-maladie et non selon les critères propres à l'assurance-accidents. Elle invoque à cet égard l'avis de son médecin traitant, le Dr A_____. Selon elle, le traumatisme physique occasionné par l'agression de son époux n'a fait qu'aggraver un état dépressif préexistant provoqué par un conflit conjugal.

12. A l'appui de ses dires, elle a notamment produit un courrier daté du 26 mai 2003, émanant du Dr A_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Celle-ci a confirmé suivre l'assurée depuis le mois de mai 2002 suite à un conflit conjugal. Elle a qualifié le traumatisme physique dû à l'agression de « peu grave » mais souligné que l'assurée avait développé un état de stress post-traumatique et qu'elle était fragilisée par plusieurs années de conflit conjugal. Le médecin a encore précisé que, selon les DSM III et IV, le « PTSD » était considéré comme une maladie, indépendamment de la cause le déclenchant.

13. Par décision du 29 août 2003, X_____ a confirmé sa décision mettant fin aux prestations. Elle a considéré que depuis le 1er avril 2003, le statu quo sine ou ante avait été rétabli puisqu'au demeurant, de l'aveu même de l'assurée, les troubles psychiques devaient être mis au compte de ses problèmes conjugaux et étaient antérieurs à l'accident. La X_____ s'est fondée sur les rapports des 21 mars et 26 mai 2003 de la Drsse A_____ ainsi que sur l'avis du médecin-conseil du 10 avril 2003. Elle a précisé que l'incapacité de travail subie pour des troubles psychiques préexistants à l'accident n'était en tout cas plus en rapport avec celui-ci depuis le 1er avril 2003.

14. Par courrier du 1er décembre 2003, Madame D_____ a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Elle a demandé préalablement la jonction des procédures, subsidiairement l'apport de la procédure pendante devant le Tribunal administratif.

    Quant au fond, elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition et à ce que ses prétentions soient examinées sous l'angle de l'assurance-maladie. Dans l'éventualité où le Tribunal serait d'avis que le contentieux devait être géré sous l'angle de l'assurance-accidents, la recourante conclut à l'octroi de prestations jusqu'à la date du 31 mars 2003 au moins.

    La recourante allègue souffrir de dépression grave depuis le printemps 2002. L'agression dont elle a été victime a aggravé la situation. Elle se réfère à l'avis du médecin-conseil de la X_____, le Dr B_____, selon lequel elle a développé un état de stress post-traumatique suite à l'agression susmentionnée, ainsi qu'à celui du Dr A_____, selon qui cet état doit être considéré comme une maladie au sens de DSM-3 et DSM-4. Partant, la recourante conclut que

X_____ aurait dû continuer à lui verser des indemnités journalières perte de gain maladie plutôt que de l'inciter à former une déclaration de sinistre accident.

15. Invitée à se prononcer, X_____, dans son préavis du 16 février 2004, a conclu au rejet du recours. Elle a fait remarquer que, si l'on suivait le raisonnement de l'assurée, les prestations allouées par X_____ devraient être remboursées en tout ou partie et être prises en charges par l'assureur maladie pour autant qu'il estime que la réalité d'une incapacité de travail imputable à une maladie soit établie.

16. Dans sa réplique du 29 mars 2004, l'assurée a rappelé avoir souffert d'une dépression réactionnelle à un conflit conjugal, laquelle a entraîné une incapacité de travail dès le 18 juillet 2002. Dans un premier temps, elle a perçu des indemnités journalières maladie pleines et entières ainsi qu'il en résulte des décomptes d'indemnités dressés par X_____ en date des 3 septembre et 4 octobre 2002. Elle allègue qu'après l'agression du mois de juillet 2002, elle a développé un traumatisme physique peu grave qui a toutefois engendré un état de stress post-traumatique. Elle se défend d'avoir été à l'origine de ce transfert de l'assurance maladie à l'assurance accident et dit avoir agi à l'instigation de X_____ ASSURANCES. Elle s'insurge contre le fait que la décision ait eu un effet rétroactif au 21 juillet 2002 alors même que X_____ l'avait pleinement indemnisée au titre de l'assurance maladie jusqu'au 30 septembre 2002. Elle souligne par ailleurs être rentrée seule en voiture à Genève, ce qui représente plus de 1'500 km de trajet, ce qu'elle n'aurait pu faire si les séquelles de l'accident avaient été de nature à générer une incapacité de travail. Elle nie donc tout rapport de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail consécutive à l'état dépressif préexistant à celui-ci.

17. Dans sa duplique du 13 avril 2004, la défenderesse a souligné que deux assureurs étaient impliqués dans l'affaire : d'une part, X_____SA (assureur LAA) et, d'autre part, X_____SA (assureur maladie en matière d'indemnités journalières régies par la LCA). Elle relève qu'il s'agit de deux personnes juridiques distinctes. La première a traité le cas du point de vue de l'assurance-accidents et rendu les décisions litigieuses. Dans la mesure où le dommage invoqué n'est pas en relation avec un accident. il est à la charge de l'assureur-maladie dans les limites des conditions générales. Or l'assureur-maladie n'est pas engagé dans les procédures.

18. Par courrier du 24 mai 2004, la recourante a encore fait valoir que la distinction entre les deux personnes morales ne ressortait aucunement des documents qui lui avaient été initialement remis. En effet, la police d'assurance-accidents collective émane de X_____ alors que le certificat d'assurance-maladie provient de X_____. Elle relève que les deux personnes morales concernées ont les même logos de couleur verte, ceci étant de nature à créer une confusion dont elle

n'a pas à répondre. En fin de compte, l'assurée admet que sa créance ne s'élève qu'à 1'475 fr. 65 et que l'assurance-maladie n'est pas l'objet des procédures engagées mais persiste à affirmer que X_____ aurait dû traiter la problématique concernée du seul point de vue de l'assurance-maladie, le cas échéant à la décharge de l'assurance-accidents.

19. La défenderesse s'est vu accorder un délai au 12 juillet 2004 pour répondre à ces observations. Par courrier du 15 juin 2004 elle a demandé le report de ce délai au 31 juillet 2004, ce qui lui a été accordé. Dans le délai imparti, elle ne s'est plus manifestée.

20. Par décision du 21 octobre 2004, le Tribunal administratif, constatant que, depuis le 1er août 2003, il n'était plus compétent pour traiter des procédures introduites en matière d'assurance-accidents, a rejeté la demande de jonction des causes.

21. Par ailleurs, le 9 novembre 2004, il a rendu un arrêt par lequel il a admis le recours interjeté par l'assurée contre la décision de réduire ses prestations et renvoyé la cause à X_____ afin que cette dernière lui verse l'intégralité des prestations dues.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), composé de cinq juges, dont un président et un vice-président, cinq suppléants et seize juges assesseurs (art. 1 let. r et 56T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des seize juges assesseurs par le Tribunal fédéral (TF) le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente (art. 162 LOJ) permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs, à trois juges titulaires, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue en instance unique, notamment sur les contestations relatives à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (ci-après LAA ; cf. art. 1 let. r et 56V al. 1 let. a ch. 5 LOJ). La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour connaître du présent litige.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-accidents. Aux termes de l'art. 1 al. 1 LAA (teneur au 1er janvier 2003), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

4. Le titre 9 chapitre 1 de la loi institue des « dispositions spéciales relatives aux voies de droit ». L'art. 106 LAA prévoit ainsi expressément un « délai de recours spécial » de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance, ceci en dérogation à l'art. 60 LPGA. En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile.

5. La décision litigieuse porte sur la date à partir de laquelle l'assurance-accidents était en droit de mettre fin à ses prestations.

6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

   Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

   Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

   Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. Toutefois, de même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, il suffit que la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré soit établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales.

7. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le lien de causalité naturelle entre l'événement du 18 juillet 2002 et les troubles rencontrés par la recourante n'est plus réalisé. Dans la mesure où la décision attaquée émane de l'assureur-accidents soit X_____SA, et met fin au versement des prestation versées à ce titre, la question de la causalité adéquate et naturelle est la seule à trancher en l'état. Or, la recourante admet elle-même que l'événement n'aurait pas dû entraîner une longue incapacité de travail et impute cette dernière à sa dépression, déjà préexistante.

Selon elle, sa problématique relève effectivement de l'assurance maladie, le cas échéant à la décharge de l'assurance-accidents. Dès lors, peu importe de savoir si l'assurée a été induite en erreur par le sigle de son assureur maladie. Il n'en demeure pas moins que ce dernier est une personne juridique distincte de X_____SA à laquelle il reviendra le cas échéant, de prendre en charge les frais désormais.

Il n'appartient pas non plus au Tribunal de céans de trancher la question de savoir si les prestations qui ont été allouées par X_____SA à la recourante auraient dues l'être dès le départ par X_____SA dès lors que l'intimée n'a pas rendu de décision réclamant la restitution des prestations versées.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. Le Tribunal de céans juge cependant regrettable la confusion que l'intimée entretient auprès de ses assurés et note qu'il aurait pu – par économie de procédure – transmettre directement le dossier à X_____ SA.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant, conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Dit que les parties peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Ce mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs le recourant estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter la signature du recourant ou de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints au mémoire s'il s'agit de pièces en possession du recourant. Seront également jointes au mémoire la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132 106 et 108OJ).

La greffière :	La présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

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