

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3266/2017

ATAS/159/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 février 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VALLEIRY, France

recourant

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, LAUSANNE

intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1975, travaille chez B_____, et est de ce fait assuré auprès de HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après l'assureur) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 13 juillet 2016, l'employeur a annoncé que l'assuré avait été victime d'un accident le 14 juin 2016, précisant qu'il courait depuis un kilomètre lorsqu'il avait ressenti une intense douleur au genou gauche.
3. Constatant plus particulièrement que selon une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche réalisée le 6 juillet 2016, l'assuré présentait d'anciennes lésions du ligament croisé antérieur, du ligament latéral interne et du ménisque interne, ainsi que des gonalgies en recrudescence, l'assureur a souhaité clarifier la situation afin de déterminer s'il était compétent pour ce cas, et a suggéré à l'assuré, par courriel du 5 décembre 2016, de demander une prise en charge provisoire auprès de son assurance-maladie.
4. Dans son avis du 23 décembre 2016, le docteur C_____, médecin consultant, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rappelé qu'en 2002, l'assuré avait subi une déchirure du LCA et du LLI avec fracture impaction du compartiment externe associée, ainsi qu'un épanchement important du genou gauche, qui avaient été suivis d'une plastie du LCA, et qu'en 2011, il avait souffert de gonalgies avec début de chondropathie dégénérative. Le médecin en a conclu qu'il n'y avait pas de lésion fraîche découlant du dernier événement, soit de la course à pied, de sorte que le cas ne devait pas être pris en charge par l'assureur-accidents, mais par celui qui avait couvert le cas survenu en 2002 en tant que complication tardive.
5. Le 29 décembre 2016, l'assureur a requis de l'assuré qu'il lui communique les coordonnées de son assurance-maladie et celles de l'assureur ayant pris en charge l'intervention au genou gauche en 2002.

Le 3 janvier 2017, il a informé la Clinique générale Beaulieu, qui prévoyait une intervention pour le 23 janvier 2017, qu'il ne pouvait pas provisoirement garantir la prise en charge des coûts.
6. Par courrier du 4 janvier 2017, l'assuré a contesté la position de l'assureur.
7. Le 16 janvier 2017, le Dr C_____ a confirmé que l'opération envisagée le 23 janvier 2017 n'était pas en relation de causalité avec l'événement du 14 juin 2016. Il confirme ainsi son rapport du 23 décembre 2016. Il s'agit selon lui d'une rechute de l'événement de 2002 au regard de la plastie détendue.
8. Par décision du 18 janvier 2017, l'assureur a refusé la prise en charge des prestations découlant de l'accident du 14 juin 2016, considérant que ni l'art. 4 LPGA (absence d'un facteur extérieur extraordinaire), ni l'art. 9 al. 2 aOLAA (lésions chroniques) ne s'appliquait.

9. L'assuré a formé opposition le 8 février 2017. Il conclut à l'annulation de la décision litigieuse, à la prise en charge des suites de l'accident du 14 juin 2016, notamment l'intervention du 23 janvier 2017, à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et du capital invalidité complémentaire LAA, ainsi qu'à la communication à l'assureur-accidents de l'événement de 2002, soit La Bâloise, de l'acceptation.

Il a précisé que celle-ci avait accepté provisoirement la garantie de la Clinique.

10. Invité à se déterminer sur la base des clichés de l'intervention du 23 janvier 2017, le Dr C_____ a indiqué le 8 mai 2017 que ceux-ci confirmaient une déchirure méniscale - ce qui n'a jamais été contesté - rappelant que c'est la causalité naturelle de cette lésion avec l'événement qui est discutée.

11. Le 31 mai 2017, l'assuré a affirmé n'avoir jamais subi de lésion méniscale avant la survenance de l'accident du 14 juin 2016, ce qui est confirmé par les radiographies.

Il relève également que la jurisprudence citée par l'assureur ne s'applique pas à son cas, du fait qu'il avait brusquement accéléré.

12. Par décision du 4 juillet 2017, l'assureur a rejeté l'opposition. Se fondant sur l'avis du Dr C_____, il considère que l'assuré n'a pas apporté la preuve du caractère de la relation de causalité au moins probable entre l'accident et le dommage actuel. Il relève du reste que le fait que La Bâloise ait accepté provisoirement la garantie de la Clinique, laisse entendre qu'elle reconnaît son devoir de prêter.

13. L'assuré a interjeté recours le 31 juillet 2017 contre ladite décision. Il reproche à l'assureur de ne pas s'être renseigné suffisamment, notamment auprès du docteur D_____ qui a pratiqué l'intervention du 23 janvier 2017. Il conclut à ce que la décision du 4 juillet 2017 soit annulée, à ce que l'assureur assume l'entière prise en charge des suites de son accident du 14 juin 2016, à ce qu'il se détermine quant à son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et quant au taux d'invalidité médico-théorique selon l'assurance-accidents complémentaire à la LAA.

14. Dans sa réponse du 14 août 2017, l'assureur a conclu au rejet du recours. Il relève plus particulièrement que ce n'est qu'après avoir reçu le courriel du 28 décembre 2016, selon lequel le sinistre ne pouvait pas être pris en charge, que l'assuré a changé sa version des faits et indiqué qu'il avait fait une brusque accélération dans la déclaration qu'il a remplie lui-même, et lors de l'entretien téléphonique du 6 décembre 2016, il n'avait pas fait état de brusque accélération.

Il considère que vu l'avis étayé du Dr C_____ et de l'absence d'avis contradictoire, il n'y avait pas besoin d'instruire de façon plus approfondie. Il rappelle à cet égard qu'une expertise médicale externe n'est ordonnée que si des doutes subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne.

15. Dans sa réplique du 5 septembre 2017, l'assuré a rappelé qu'il est responsable d'un département de sinistres en assurance de personnes et qu'une grande partie de son

activité professionnelle est précisément la détection de la lutte contre la fraude à l'assurance.

Selon lui, « l'ensemble de la prise de position d'HELSANA se base sur un entretien téléphonique mal consigné et subjectif, et l'avis aveugle et erroné d'un médecin-conseil. Après plus de vingt années d'expérience dans le domaine des assurances sociales, je n'ai jamais vu un dossier dans lequel l'assuré qui se retrouve devant la Cour cantonale, n'a pas au préalable fait, à tout le moins, l'objet d'une convocation en expertise médicale ».

16. Le 8 septembre 2017, l'assuré a produit le certificat du Dr D_____ du 31 août 2017, lequel atteste qu'il a présenté une lésion franche du ménisque interne du genou gauche et constate une quasi absence de lésions dégénératives, ce qui contredit les conclusions du Dr C_____.

17. Dans sa duplique du 12 septembre 2017, l'assureur a souligné que les avis du Dr C_____ des 23 décembre 2016, 16 janvier 2017 et 8 mai 2017 étaient étayés et avaient valeur probante.

Il relève que, contrairement aux allégations de l'assuré, il n'est pas inhabituel d'avoir une procédure devant le Tribunal cantonal sans expertise médicale, si les conditions des art. 4 LPGA et 9 al. 2 aOLAA ne sont pas réalisées, comme c'est le cas en l'espèce.

L'assureur informe par ailleurs la chambre de céans que La Bâloise a pris en charge l'opération du 23 janvier 2017, le médecin consultant de La Bâloise, le docteur E_____, considérant que l'accident du 14 juin 2016 était une rechute de l'évènement du 19 janvier 2002 selon la vraisemblance prépondérante. Il communique à la chambre de céans le dossier de La Bâloise, portant sur les événements de 2002 et 2011, qu'il a récemment reçu.

L'assureur déclare ainsi que l'assuré n'a aucun intérêt à continuer la présente procédure, dès lors que l'opération de son genou a été intégralement prise en charge par son assureur-accidents de l'époque, qui a reconnu son devoir de prester. Il a quoi qu'il en soit soumis les pièces ajoutées au dossier au Dr C_____, lequel confirme ses précédents avis et constate que le médecin-conseil de La Bâloise partage son point de vue « en donnant une causalité vraisemblable pour une rechute de 2002 ».

18. Le 26 septembre 2017, l'assureur s'est prononcé sur l'avis du Dr D_____ du 31 août 2017. Il constate que cet avis ne contredit pas celui du Dr C_____, dès lors que celui-ci ne conteste pas l'existence d'une déchirure, mais le fait qu'elle soit transfixiante. Selon le Dr C_____, le rapport du Dr D_____ n'apporte pas d'élément qui permettrait de s'en écarter. L'assureur relève quoi qu'il en soit que cet avis est actuellement sans nécessité juridique et pratique, l'assuré n'ayant aucun intérêt juridique et pratique à maintenir son recours.

19. Le 16 octobre 2017, l'assuré a persisté à contester les conclusions du Dr C_____.

S'agissant de son intérêt à recourir, l'assuré considère que la position de l'assureur est « purement puérile et montre à quel point il est à court d'argument ». Il soutient quant à lui qu'il appartient clairement à celui-ci de prendre en charge les effets de son accident du 14 juin 2016, et qualifie de « misérable », « le faible argument consistant à indiquer que dans la mesure où une autre entreprise l'a fait, il peut s'en dédouaner ».

Il persiste dans ses conclusions.

20. Son écriture a été transmise à l'assureur et la cause 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.

Par ailleurs, au 1^{er} janvier 2017, est entrée en vigueur la modification de la LAA du 25 septembre 2015. Dans la mesure où l'événement litigieux est antérieur à cette date, le droit du recourant à des prestations d'assurance s'examine au regard de l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

3. Le litige porte sur la prise en charge par l'assureur des prestations LAA en relation avec l'accident survenu le 14 juin 2016.

4. Il y a préalablement lieu de constater que La Bâloise a admis qu'il s'agissait d'une rechute de l'évènement du 19 janvier 2002 et a pris en charge l'opération, de sorte que la question de l'intérêt de l'assuré à recourir contre la décision de refus de l'assureur se pose.

5. A qualité pour recourir quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). L'intérêt digne de protection déterminant la qualité pour recourir devant la juridiction cantonale doit être examiné selon les principes découlant de l'art. 103 let. a OJ (ATF 130 V 388 consid. 2.2 p. 390 s. et les références de jurisprudence et de doctrine). Un intérêt digne de protection représente tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée. Cet intérêt consiste dans l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant, en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. Il implique que cet intérêt soit direct et concret, le recourant devant se trouver, avec la décision

entreprise, dans un rapport suffisamment étroit, spécial et digne d'être pris en considération. Il doit être touché dans une mesure et avec une intensité plus grande que l'ensemble des administrés (ATF 137 II 40 consid. 2.2). Ainsi, comme cela ressort expressément de la jurisprudence, le préjudice ne doit pas encore s'être réalisé pour que l'intérêt digne de protection soit retenu. L'objet d'une décision de constatation au sens de l'art. 49 al. 2 LPGA se détermine d'après l'art. 5 al. 1 let. b PA et concerne toujours des droits ou des obligations (conséquences juridiques) individuels concrets, mais pas des constatations de fait (ATF 130 V 388, consid. 2.4 et 2.5). La jurisprudence développée à propos de la notion d'intérêt digne de protection au sens de l'art. 25 al. 2 PA est déterminante pour l'interprétation de la notion d'« intérêt digne d'être protégé » contenue dans l'art. 49 al. 2 LPGA.

Selon la jurisprudence, une autorité ne peut rendre une décision de constatation (art. 49 al. 2 LPGA; cf. aussi l'art. 25 al. 2 en liaison avec l'art. 5 al. 1 let. b PA) que lorsque la constatation immédiate de l'existence ou de l'inexistence d'un rapport de droit est commandée par un intérêt digne de protection, à savoir un intérêt actuel de droit ou de fait, auquel ne s'opposent pas de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits ou d'obligations (ATF 129 V 289 consid. 2.1 p. 290, 126 II 300 consid. 2c p. 303 et les références). L'exigence d'un intérêt digne de protection vaut également lorsque l'autorité rend une décision de constatation, non pas sur requête d'un administré, mais d'office (art. 25 al. 1 PA; ATF 130 V 388 consid. 2.4 p. 391 s.).

La compétence d'une autorité administrative ou d'un tribunal de se prononcer à titre préliminaire sur une question qui sort de son domaine, tant que l'autorité compétente à titre principal n'a pas rendu de décision à ce sujet, est généralement admise. Aussi longtemps que la compétence existe pour un examen et une décision en ce qui concerne la question préliminaire, il n'y a pas de place pour une décision de constatation sur la question préliminaire (Ulrich Meyer, *Über die Zulässigkeit von Feststellungsverfügungen in der Sozialversicherungspraxis*, in: *Sozialversicherungsrechtstagung 2007*, Universität St. Gallen, p. 49 ch. 4a et les références).

Dans un arrêt 9C_345/2008 du 25 juillet 2008, le Tribunal fédéral a nié à une assurée veuve un intérêt digne de protection pour contester une décision de l'assurance invalidité, qui avait établi un degré d'invalidité de 49%, ce qui était suffisant pour remplacer une rente de veuve par une rente entière d'invalidité. L'assurée avait recouru en concluant que ce taux soit fixé à 65%. Le Tribunal Fédéral a estimé que l'institution de prévoyance professionnelle n'était pas liée par l'estimation faite par l'office AI et estimé que l'assurée n'avait pas non plus dans ces circonstances, comme dans les cas déjà jugés (ATF I 791/03 publié in SVR 2006 IV no 11 p. 41; I 808/05 in SRV 2007 IV no 6 p. 8), d'intérêt digne de protection pour recourir. (Ulrich Meyer, *Über die Zulässigkeit von Feststellungsverfügungen in der Sozialversicherungspraxis*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.],

Sozialversicherungstagung 2007, St. Gallen 2007, S. 57 f.). Il a également nié tout intérêt pour recourir contre une décision de l'OAI à un rentier AVS, qui souhaitait, afin de solliciter des prestations complémentaires, faire constater par l'OAI son degré d'invalidité pour la période antérieure à l'âge AVS, le Tribunal fédéral précisant qu'il n'y a pas de place pour une décision de constatation portant sur le taux d'invalidité, attendu que la question du degré de l'incapacité de gain peut être tranchée à titre préliminaire par le SPC dans une décision relative au droit à des prestations complémentaires. Il n'y a donc aucun intérêt actuel à la constatation immédiate du taux d'invalidité du recourant (arrêt I 92/07 du 21 février 2008).

La chambre de céans a quant à elle eu notamment l'occasion de juger le cas d'un chômeur auquel une nouvelle mesure cantonale avait été refusée. Elle a considéré que cette mesure n'était plus à l'ordre du jour, puisque l'intéressé avait retrouvé un emploi et considéré, partant, que celui-ci n'avait pas d'intérêt digne de protection à faire valoir (ATAS/1101/2010).

6. En l'espèce, force est, au vu de ce qui précède, de constater que le refus des prestations LAA à lui notifié par l'assureur ne cause à l'assuré aucun préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre puisque celles-ci lui sont accordées par La Bâloise. Son intérêt à agir doit donc être nié à ce stade et le recours déclaré irrecevable.

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

Statuant

1. Déclare le recours irrecevable faute d'un intérêt juridique actuel.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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