

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3433/2011

ATAS/274/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 mars 2012

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame H _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER

recourante

contre

COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE, sise
Wuhrmattstrasse 21, Bottmingen

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame H_____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante), née en 1969, a travaillé en qualité de femme de chambre pour l'Hôtel X_____ SA (ci-après : l'employeur) dès le 1^{er} mai 2008. À ce titre, elle était assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Compagnie d'Assurance Nationale Suisse SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
2. Le 12 novembre 2008, l'intéressée a signé un contrat de travail avec son employeur.
3. Le 3 décembre 2008, l'intéressée a été renversée par un motard en traversant la route. L'assurance a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2009, selon décision du 27 mai 2009.
4. Par courrier du 17 février 2009, l'employeur a notifié à l'intéressée qu'il mettait un terme à son contrat de travail pour le 31 mars 2009, précisant qu'à partir du 1^{er} avril 2009, si elle se trouvait toujours en incapacité de travail, l'assurance prendrait le relai de son dossier et en particulier du paiement de ses indemnités journalières.
5. Le 13 octobre 2009, l'intéressée a été victime d'un nouvel accident de la circulation et a été hospitalisée au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires genevois (HUG) jusqu'au 19 janvier 2010.

Dans un rapport de police du 19 octobre 2009, il a été établi qu'elle circulait au volant de l'automobile de son mari lorsqu'elle a perdu la maîtrise de son véhicule, qui a fait plusieurs tonneaux. L'intéressée, qui transportait une personne de plus que le nombre autorisé et qui n'avait pas attaché sa ceinture, a été éjectée hors de l'habitacle.
6. Le 4 janvier 2010, l'Hôtel X_____ SA a déclaré cet accident à l'assurance qui l'a pris en charge.
7. Par décision du 8 mars 2010, l'assurance a réduit de 10% les prestations d'indemnités journalières versées à l'intéressée, motif pris qu'elle ne portait pas sa ceinture de sécurité au moment de l'accident. Les coûts du traitement thérapeutique restaient directement réglés par l'assurance, sans réduction.
8. Le 21 avril 2010, l'intéressée s'est opposée à cette décision, considérant que le fait de ne pas porter sa ceinture de sécurité ne constituait pas une négligence grave mais tout au plus une négligence légère, de sorte que la réduction de ses indemnités n'était pas fondée.
9. Par décision du même jour, l'assurance a admis une atteinte à l'intégrité à hauteur de 20% en faveur de l'intéressée, en raison de la néphrectomie qu'elle avait subie.

10. Par courrier du 31 août 2010, l'assurance a précisé que sa décision du 21 avril 2010 ne concernait que la néphrectomie et que d'autres séquelles non prévisibles restaient réservées et étaient susceptibles de donner droit à une indemnité complémentaire pour atteinte à l'intégrité.
11. Par décision du 30 décembre 2010, l'assurance a reconsidéré sa position, expliquant qu'au jour de la survenance du sinistre, l'intéressée n'était plus collaboratrice de l'Hôtel X_____ SA, de sorte que sa couverture LAA n'était plus acquise. L'intéressée avait d'ailleurs omis de conclure une prolongation de son assurance par convention, alors même qu'elle avait été dûment informée de cette possibilité, ne serait-ce qu'en signant son contrat de travail. C'était dès lors en connaissance de cause qu'elle avait renoncé au maintien de la couverture LAA par convention. Le fait que l'accident ait été déclaré par l'Hôtel X_____ SA avait induit l'assurance en erreur, de sorte qu'elle avait versé les prestations légales à tort jusqu'au 31 août 2010. La restitution de ces montants n'était pas demandée, néanmoins, la décision du 21 avril 2010 relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était devenue sans objet et l'assurance cessait de verser des prestations d'assurance au-delà du 31 août 2010.
12. Le 2 février 2011, l'intéressée a formé opposition à ladite décision, alléguant n'avoir nullement renoncé à conclure une couverture d'assurance par convention. Elle n'avait tout simplement pas été informée ni par son employeur, ni par l'assurance, de cette possibilité et, a fortiori, des risques liés à l'absence de couverture accidents. La seule mention sous point 6 de son contrat de travail que "l'employé est informé sur l'assurance par convention pour l'assurance-accidents" n'était pas suffisamment claire, au vu notamment de ses connaissances de la langue française. Les manquements de l'employeur engageaient d'ailleurs la responsabilité de l'assurance, en ce sens qu'elle restait tenue de fournir la couverture litigieuse. D'autre part, la lettre de licenciement de son employeur, datée du 17 février 2009, stipulait clairement qu'à partir du 1^{er} avril, si elle se trouvait toujours en incapacité de travail, l'assurance prenait le relai de son dossier et par conséquent le paiement des indemnités journalières. L'assurance avait d'ailleurs couvert le sinistre du 13 octobre 2009 au 31 août 2010. Elle avait dès lors considéré de bonne foi qu'elle continuait à être assurée auprès de l'assurance pour tout événement accidentel, malgré la cessation des rapports de service, de sorte que la décision du 30 décembre 2010 devait être annulée.
13. Par décision sur opposition du 28 septembre 2011, l'assurance a confirmé sa position, considérant que les conditions d'une reconsidération de la prise en charge de l'accident du 13 octobre 2009 et de ses suites étaient remplies. Elle a notamment estimé avoir satisfait à son devoir général d'information en remettant à l'employeur de l'intéressée la police d'assurance et le mémento au sujet de l'assurance accidents. Ledit mémento contenait une clause expresse sur l'assurance par convention selon laquelle l'assurance des accidents non professionnels peut être prolongée pendant

180 jours au plus, pour autant que ladite convention est conclue avant l'expiration de la garantie d'assurance. S'agissant du devoir particulier d'information, le contrat de travail de l'intéressée contenait, sous rubrique "remarques importantes" du chiffre 6, une clause expresse relative à l'assurance par convention lors de la fin des rapports de travail. L'intéressée avait dès lors dûment été renseignée de la possibilité de conclure une convention spéciale d'assurance. Le fait qu'elle avait une médiocre connaissance de la langue française ne pouvait pas être reproché à l'assurance. En signant son contrat, il fallait partir du principe que l'intéressée avait compris et consenti à son contenu, de sorte qu'elle ne pouvait pas se prévaloir de sa bonne foi et prétendre avoir ignoré que la prolongation de la couverture d'assurance accidents était possible par convention. Elle ne pouvait pas non plus arguer avoir oublié que cette possibilité lui était offerte, motif pris que ladite information lui avait été rappelée lors de la signature de son contrat de travail, soit seulement trois mois avant la cessation des rapports de service. C'était dès lors par erreur indubitable et univoque que l'assurance avait pris en charge les suites de l'événement accidentel du 13 octobre 2009, croyant que les rapports de service avaient perduré. La déclaration d'accident, adressée par l'Hôtel X_____ SA, l'avait d'ailleurs confortée dans cette erreur. Enfin, la prise en charge erronée du sinistre jusqu'au 31 août 2010 ne signifiait pas que la couverture d'assurance-accidents était donnée. L'assurance renonçait cependant à demander à l'intéressée la restitution des montants versés à tort jusqu'à cette date.

14. Le 25 octobre 2011, l'intéressée a interjeté recours contre cette décision devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans). Elle a conclu à son annulation et à la condamnation de l'intimée à reprendre le versement des prestations d'assurance en sa faveur dès le 1^{er} septembre 2010. Elle a admis que, formellement, aucune convention d'assurance n'avait été conclue avec l'intimée, de sorte que la non prise en charge de tout sinistre postérieur au 30 avril 2009 serait justifiée. Elle n'avait néanmoins pas été informée de la possibilité de conclure une convention spéciale, la simple lettre du contrat ne suffisant pas pour admettre qu'elle ait été clairement et dûment renseignée sur ce point. En particulier, la clause contractuelle de son contrat de travail, sous chiffre 6, n'indiquait pas à quelles conditions l'assurance par convention trouvait application et l'employeur n'avait nullement attiré son attention sur l'existence de cette clause, ni sur les conséquences de l'absence de prolongation de sa couverture d'assurance. Ainsi, s'il n'était pas contesté que seuls trois mois s'étaient écoulés entre la signature du contrat de travail et la fin des rapports de service, il n'en demeurait pas moins que l'employeur avait manqué à son devoir d'information et qu'il l'avait confortée dans son ignorance en précisant, dans le cadre de sa lettre de licenciement, que l'assurance prendrait le relai de son dossier, si elle se trouvait toujours en incapacité de travail au-delà du 1^{er} avril 2009. Elle avait dès lors de bonne foi considéré qu'elle restait assurée contre le risque accidents après la fin des rapports de travail, de sorte que l'intimée devait supporter les conséquences du défaut d'information de son

ancien employeur, sans pouvoir se retrancher derrière une éventuelle erreur qu'aurait commise le précité en déclarant le sinistre. Les conditions d'une reconsidération n'étaient donc pas données et l'intimée restait tenue de couvrir les suites de l'événement accidentel du 13 octobre 2009.

15. Dans sa réponse du 23 novembre 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a en substance repris les développements de sa décision quant au respect du devoir d'information et à l'erreur dans laquelle elle se trouvait s'agissant de la continuation des rapports de travail entre la recourante et son ancien employeur. Elle a par ailleurs précisé que le fait que la recourante allègue n'avoir que de médiocres connaissances de la langue française ne pouvait pas être retenu comme un grief valable; en signant son contrat de travail, elle aurait dû se renseigner sur la réelle portée de ses engagements et sur la teneur du contrat. L'employeur et l'intimée pouvaient ainsi de bonne foi inférer que la recourante avait compris qu'elle avait la possibilité de conclure une convention spéciale d'assurance, en apposant sa signature sur son contrat de travail. La recourante avait par ailleurs consciemment renoncé à s'annoncer à l'assurance-chômage et avait ainsi pris le risque de ne plus être assurée contre les accidents. Cette négligence ne pouvait pas être reprochée à l'intimée, ni celle de conclure une convention spéciale d'assurance à l'issue des rapports de travail. Ainsi, en requérant de l'assurance qu'elle continue à prester pour un accident ne relevant pas de sa responsabilité, la recourante était de mauvaise foi.
16. Dans sa réplique du 16 décembre 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions et a demandé son audition ainsi que celle de son ancien employeur. Elle a indiqué qu'il était incontestable que si elle avait été informée des conséquences de l'absence de couverture contre le risque accidents, elle aurait, en toute bonne logique, conclu une assurance accidents à titre individuel. C'était donc parce qu'elle se croyait couverte par l'intimée, qu'elle ne s'était pas inscrite au chômage. Ces éléments démontraient sa bonne foi. S'agissant de ses connaissances linguistiques, si on ne pouvait pas imputer ses lacunes à l'intimée, il ne faisait néanmoins aucun doute que l'employeur aurait dû attirer expressément son attention sur la portée de la clause relative à la convention spéciale. En manquant à cette obligation, l'employeur et par voie de conséquence l'intimée, avaient failli à leur devoir d'information.
17. Le 15 février 2012, l'intimée a fait part de sa duplique. Elle a expliqué que la recourante, au moment de la fin des relations de travail, percevait des prestations de l'assurance indemnités journalières maladie, suite à l'accident survenu le 3 janvier 2008. La recourante ne pouvait dès lors prétendre avoir été induite en erreur quant à la continuation de sa couverture contre le risque accidents. Sa mauvaise connaissance du français ne lui était d'aucun secours. Il serait en effet discriminatoire et constitutif d'une inégalité manifeste de traitement entre assurés si une personne invoquant des connaissances linguistiques médiocres se voyait reconnaître une couverture accident par convention d'assurance, alors qu'elle aurait

sciemment décidé de ne pas en souscrire une, et de rejeter la même demande provenant d'un assuré parlant le français sous prétexte que le premier n'aurait pas saisi le sens d'une disposition et l'autre l'aurait compris. En signant son contrat de travail, il incombait à la recourante de se renseigner sur la réelle portée de ses engagements. S'agissant de la demande d'audition que la recourante avait formulée, il fallait la rejeter, de même que son recours du 25 octobre 2011.

18. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la présente 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 345 consid. 3).
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimée était fondée à mettre un terme au versement des prestations d'assurance par voie de reconsidération, et dans l'affirmative si la recourante peut se prévaloir d'un défaut de renseignement de la part de son employeur, engageant ainsi la responsabilité de l'intimée.
5. a) 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

b) L'art. 3 LAA dispose que 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 (al. 1); 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 moins (al. 2). L'assureur doit offrir à l'assuré la possibilité de prolonger l'assurance par convention spéciale pendant 180 jours au plus (al. 3).

6. En l'espèce, il n'est pas contesté que les parties à la présente procédure n'ont pas utilisé la possibilité de prolonger l'assurance par convention spéciale avant que le contrat de travail liant la recourante à son ancien employeur n'arrive à son terme. Il s'ensuit que la couverture accidents de la recourante a cessé de produire ses effets au plus tard le 30 avril 2009, soit trente jours après la cessation des rapports de service conformément à l'art. 3 al. 2 LAA.

Il s'agit à présent de déterminer si l'intimée, lorsqu'elle a couvert le sinistre du 13 octobre 2009 ainsi que ses suites jusqu'au 31 août 2010, se trouvait dans une erreur manifeste, de sorte qu'elle est légitimée à reconsidérer sa position et mettre ainsi un terme au versement des prestations d'assurance.

7. a) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits.

b) Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« *zweifellos unrichtig* »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées (ATF non publiés du 14 mars 2008, 9C_71/2008, consid. 2 et du 18 octobre 2007, 9C_575/2007, consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée de

manifestement erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (ATF non publié du 2 juillet 2008, 9C_693/2007, consid. 5.3).

8. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références citées). Conformément à ce qui vient d'être dit, cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (ATF non publié du 2 juillet 2007, 9C_215/2007, consid. 3.2).
9. En l'occurrence, il ressort des pièces versées au dossier que l'intimée n'a pas été rendue attentive au fait que les rapports de service avaient pris fin au 31 mars 2009, de sorte qu'elle a pris à sa charge les suites de l'accident dont la recourante a été victime en octobre 2009. La déclaration de sinistre que lui a adressé l'employeur de la recourante en janvier 2010 l'a par ailleurs confortée dans cette erreur.

De l'avis de la Cour, l'intimée se trouvait indiscutablement dans l'ignorance d'une modification notable de la situation de la recourante et en particulier de la résiliation de son contrat de travail pour le 31 mars 2009. Ainsi et dans la mesure où il est établi que la couverture accidents a cessé de produire ses effets au plus tard le 30 avril 2009 - les parties n'ayant pas conclu de convention spéciale -, il est manifeste que c'est par erreur que l'intimée a versé des prestations d'assurance pour l'événement accidentel du 13 octobre 2009.

Il s'agit néanmoins d'analyser si la recourante pouvait se prévaloir de sa bonne foi, partant d'un défaut de renseignement de la part de son employeur, auquel cas la responsabilité de l'assurance serait engagée par analogie.

10. L'art. 27 LPGA prévoit que, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1^{er}). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

L'alinéa premier ne porte que sur une information générale des assurés, par le biais par exemple de brochures d'informations ou de lettres-circulaires. En revanche, l'alinéa 2 prévoit l'obligation de donner une information précise ou un conseil dans un cas particulier, de sorte qu'il peut conduire à l'obligation de verser des prestations sur la base du principe de la bonne foi (voir à ce propos la Journée AIM, « Premiers problèmes d'application de la LPGA », intervention de Monsieur le Juge fédéral Ulrich MEYER, le 7 mai 2004 à Lausanne).

Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3).

Il s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration.

11. Dans le même ordre d'idées, l'art. 72 OLAA dispose que 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.
12. Dans le domaine particulier de l'assurance en faveur du personnel au sens des art. 331 ss CO, qui comprend la conclusion d'une assurance-accidents, l'art. 331 al. 4 CO prescrit à l'employeur de donner au travailleur les renseignements nécessaires sur ses droits. Cette disposition ne définit pas la forme que doit revêtir cette information. Elle peut intervenir oralement pour autant que l'information soit suffisamment précise et compréhensible (JAR 1997, p. 142 c. 2.4). Selon la doctrine et la jurisprudence, elle doit comprendre le droit de passer dans l'assurance individuelle (Brunner/Bühler/Waeber/Bruchez, Commentaire du contrat de travail, 3^{ème} éd., 2004, n.8 ad art. 331 CO, p. 192; arrêt de la Cour d'appel des prud'hommes du canton de Genève du 27 octobre 2005, JAR 2006, p. 461, c. 24-26 et les références).
13. Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (en l'espèce l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 131 V 472 consid. 5). D'après 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. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante: que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5; ATF non publié 8C_601/2009 du 31 mai 2010, consid. 4.2).

14. Plus récemment, le Tribunal fédéral a néanmoins eu l'occasion de préciser qu'aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGa n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2; ATF non publié 9C_557/2010, consid. 4.1).

Dans un arrêt rendu le 20 septembre 2006 en la cause C. 318/2005, il a traité le cas d'un assuré qui reprochait à l'assurance de ne pas l'avoir informé de ce qu'il devait continuer à effectuer des recherches d'emploi alors qu'il avait été engagé par une organisation internationale à plein temps pour un salaire inférieur à ses indemnités de chômage. Il a jugé qu'il incombait à cet assuré, en cas de doute, de se renseigner, qu'en effet, au bénéfice d'indemnités compensatoires, il ne pouvait raisonnablement considérer qu'il était délié de son obligation de trouver un emploi convenable. Le Tribunal fédéral retient ainsi, dans le cadre de l'application de l'art. 27 LPGa, le devoir pour l'assuré de faire preuve de diligence.

15. 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).
16. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation,

il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

17. En l'espèce, la Cour de céans relèvera à titre liminaire que les parties à la présente procédure ont eu l'occasion de faire valoir leurs arguments par écrit, en échangeant de nombreuses écritures. Il n'apparaît dès lors pas nécessaire de procéder à l'audition de la recourante et de son ancien employeur, de sorte que la conclusion préalable de la recourante tendant à la mise en œuvre d'autres mesures probatoires sera rejetée.
18. En substance, la recourante considère n'avoir pas été dûment informée de la possibilité de prolonger sa couverture accidents par convention spéciale dès avant la cessation des rapports de service. La Cour de céans constate que ce n'est pas le comportement de l'assurance qui est critiqué par la recourante mais bien plutôt celui de son ancien employeur à qui elle reproche de ne pas l'avoir renseignée. Se pose donc la question de la responsabilité de l'intimée. Or, le Tribunal fédéral a tranché qu'en matière d'assurance accidents, il incombe à l'assureur de supporter les conséquences du défaut d'information lorsqu'il omet de remplir sa propre obligation, mais également quand c'est l'employeur qui ne transmet pas les renseignements en cause. Ainsi, selon la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la LPGA, en cas de violation de l'obligation d'informer, la protection de la bonne foi de l'assuré impose que l'assureur prenne en charge les accidents non professionnels survenus durant la période de prolongation de la couverture d'assurance (ATF 121 V 34 consid. 2c). Dans cette mesure, la responsabilité de l'intimée pourrait être engagée, pour autant que l'employeur de la recourante ait effectivement failli à son devoir d'information.

Il convient, dans un premier temps, de reprendre les différents arguments soulevés par les parties, pour trancher cette question.

La recourante allègue que, de bonne foi, elle n'a pas compris - vu ses médiocres connaissances de la langue française - la clause relative à l'assurance par convention contenue dans son contrat de travail, de sorte qu'elle n'a pas fait le nécessaire pour s'assurer contre le risque accidents. Elle précise que la lettre de licenciement de son ancien employeur l'a induite en erreur, motif pris que le précité y indiquait que l'assurance prendrait le relai pour le versement de ses indemnités journalières à partir du 1^{er} avril 2009. Elle n'a dès lors pas pris la peine de s'inscrire au chômage, ni de souscrire une assurance accidents individuelle. Le fait que l'intimée ait pris en charge l'événement accidentel d'octobre 2009 jusqu'au 31 août 2010 l'avait également confortée dans l'idée que, malgré la cessation des rapports de service, elle continuait à être assurée par l'intimée.

A contrario, l'intimée considère que la recourante a été renseignée sur le droit de conclure une prolongation de son assurance accidents, tant par son employeur que par l'assurance. S'agissant plus particulièrement du devoir d'information général, l'intimée estime avoir satisfait à cette exigence légale, en ayant remis la police d'assurance et le mémento y relatif à l'employeur de la recourante. Ce dernier a quant à lui dûment transmis ces informations à son personnel et en particulier à la recourante, ne serait-ce qu'en lui soumettant, sous chiffre 6 de son contrat de travail, une clause selon laquelle l'assurance accidents perdurerait si l'intéressée, dès avant la cessation des rapports de service, signait une convention spéciale d'assurance avec l'intimée. Ainsi, tant le devoir général de renseignement que particulier avait été respecté. Quant au grief de la recourante selon lequel elle a été induite en erreur par le contenu du courrier de son ancien employeur, il relevait de la mauvaise foi, étant précisé que les indemnités journalières perçues pour son accident de décembre 2008 étaient servies par l'assurance maladie. La recourante ne pouvait l'ignorer. Ses médiocres connaissances de la langue française ne lui étaient d'aucun secours sur ce point, ni sur l'incompréhension alléguée des clauses contenues dans son contrat de travail et en particulier celle relative à l'assurance par convention. En signant son contrat, la recourante acceptait son contenu et l'intimée pouvait partir du principe qu'elle le comprenait. Dans la négative, il lui appartenait de se renseigner auprès de son employeur ou de toute autre personne. Il était ainsi manifeste que la prise en charge de l'événement du 13 octobre 2009 était intervenue par erreur. Il se justifiait donc de cesser le versement des prestations, dès la connaissance de cette méprise, sans pour autant demander le remboursement des indemnités versées à tort.

19. En l'occurrence, figure au dossier le contrat de travail liant la recourante à son précédent employeur. Sous chiffre 6 dudit contrat et plus particulièrement sous "remarques importantes" est stipulé que "l'assuré est informé sur l'assurance par convention pour l'assurance accidents entre les saisons et lors de la fin des rapports de travail". En signant cette clause, la recourante a admis qu'elle avait été dûment renseignée sur la possibilité de prolonger l'assurance accidents par convention spéciale dès avant la fin des rapports de travail. Elle ne saurait dès lors se prévaloir de ses faibles connaissances de la langue française. En effet, dans le cas particulier des problèmes liés à l'obstacle de la langue, le fait qu'une proposition soit rédigée dans une langue qui n'est pas celle de l'assuré, et dont il n'a que quelques connaissances, lui impose, selon le principe de la bonne foi en affaires, de se faire assister d'un traducteur avant de signer. En d'autres termes, celui qui signe des documents dans une langue qu'il ne connaît pas supporte le risque de son incompréhension (Commentaire romand du code des obligations, art. 23 et 24, p. 155 et ss.). Ainsi, de l'avis de la Cour et à l'instar de la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle l'assuré doit faire preuve de diligence, la moindre des attentions aurait requis de la recourante qu'elle s'informât auprès de son employeur ou de toute autre personne de son entourage sur la réelle portée de ce document,

avant même d'y apposer sa signature. Ce n'est que dans l'hypothèse où l'employeur aurait négligé de répondre à ses interrogations qu'un manque d'information pourrait lui être reproché au sens de l'art. 27 LPGA. Il ne saurait en effet être attendu d'un employeur qu'il donne des conseils spécifiques à ses travailleurs de langue maternelle étrangère, sous peine de créer une inégalité de traitement entre employés. Il appartient bien plutôt à tout un chacun de s'assurer d'avoir compris des clauses auxquelles il consent. Or, dans ses écritures, la recourante n'allègue nullement s'être souciée de la teneur des dispositions contractuelles qu'elle a pourtant acceptées. Elle ne démontre pas non plus que son employeur aurait omis de répondre à ses questions. Il s'ensuit qu'elle ne pouvait ignorer de bonne foi qu'elle cessait d'être couverte contre le risque accidents trente jours après la fin de son contrat de travail. La lettre de licenciement de son employeur n'y vient rien changer. Là encore, il appartenait à la recourante de s'interroger sur la réelle signification de ce courrier. Quoiqu'il en soit, l'employeur n'a pas laissé entendre que la couverture accidents perdurerait sans autre forme de procès. Tout au plus a-t-il écrit que l'intimée prendrait le relais de ses indemnités journalières, si la recourante se trouvait toujours en incapacité de travail au 1^{er} avril 2010. Or, cette précision concernait l'accident de décembre 2008, pour lequel la recourante se trouvait toujours en incapacité de travail lors de la résiliation des rapports de travail et pour lequel elle percevait des indemnités journalières servies par l'assureur maladie. La recourante ne pouvait décemment comprendre par-là qu'elle continuait à être assurée contre le risque accidents, ni se retrancher derrière sa bonne foi, arguant avoir été induite en erreur. C'est en effet sa mauvaise interprétation du courrier de son employeur qui l'a plongée dans l'erreur et en aucun cas un renseignement erroné.

20. Le fait que l'intimée a versé des prestations jusqu'au 31 août 2010 est ainsi indiscutablement intervenu à tort, sans que la recourante ne puisse se prévaloir d'un manque d'information au sens de l'art. 27 LPGA.

Les griefs de la recourante ne s'avérant pas fondés, le recours est rejeté.

21. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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 civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF; 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'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le