

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4241/2008

ATAS/1211/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 6 octobre 2009

En la cause

Madame S _____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES

recourante

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, sise avenue de Provence 15, 1001
LAUSANNE

intimée

et

GROUPE MUTUEL, sis rue du Nord 5, 1920 Martigny

appelé en
cause

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

Attendu en fait que Madame S _____, née 1948, exerce une activité lucrative salariée auprès de la Fondation X _____ ; qu'à ce titre elle est assurée auprès de HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après assureur-accidents) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels ;

Que par déclaration d'accident-bagatelle du 11 octobre 2007 et déclaration de sinistre LAA du 28 novembre 2007, l'assurée a annoncé qu'elle avait ressenti une inflammation/écrasement de l'épaule droite suite à un plongeon dans une piscine le 10 juillet 2007 ;

Que dans un courrier adressé le 3 octobre 2007 au Dr A _____, médecin traitant, le Dr B _____, neurologue, a indiqué, après avoir examiné l'assurée, que

"elle a certainement présenté une contusion radiculaire bilatérale dans le cadre de l'accident du 10 juillet. En effet, elle décrit des phénomènes paresthésiques intéressant les deux membres supérieurs s'améliorant progressivement. A ce jour, il ne persiste qu'un syndrome radiculaire C6 droit, l'électromyographie ne met pas en évidence un déficit moteur surajouté. Compte tenu des circonstances de cet accident, je pense qu'il est important d'effectuer une IRM cervicale."

Qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale subie le 11 octobre 2007 a montré une compression du cordon médullaire modérée C4-C5, secondaire à une saillie disco-ostéophytique modérée et à un épaississement du ligament jaune et un rétrécissement foraminaux dégénératif C4-C5 gauche sévère, C3-C4 des deux côtés et C6-C7 gauche ; qu'aucun argument pour une myélopathie n'a en revanche été relevé ;

Que dans un rapport du 22 novembre 2007, le Dr C _____, médecin-adjoint au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a constaté que l'ensemble de la situation évoquait un traumatisme en extension avec conclusion centromédullaire, l'évolution étant heureusement favorable ; qu'il a préconisé une chirurgie de recalibrage du canal en C4-C5 ; qu'il a expliqué à la patiente que l'intervention n'avait aucune implication thérapeutique ; qu'il s'agissait uniquement d'une philosophie de prévention d'un nouveau traumatisme ;

Que l'assurée a été opérée par le Dr C _____ (abrasion de la barre ostéophytique et pose d'une cage) le 13 décembre 2007 ;

Que dans un rapport du 18 décembre 2007, le Dr C _____ a confirmé que l'indication à une décompression par abord antérieur était posée pour éviter une nouvelle contusion centromédullaire en cas d'hyperextension de la nuque ; qu'il a précisé que les suites opératoires du 13 décembre 2007 étaient favorables ;

Que dans une note du 21 décembre 2007, le Dr D _____, médecin-conseil de l'assureur-accidents, a constaté que le lien de causalité entre les troubles dont souffrait

l'assurée et l'accident du 10 juillet 2007 était probable au début, qu'il y avait une bonne récupération de la symptomatologie neurologique aigüe et que par la suite, la mise en évidence d'un problème chronique de colonne cervicale avait motivé une opération préventive ; qu'il convenait, dès lors, de considérer que l'influence de l'événement accidentel sur l'état de santé avait été seulement passagère ; que le statu quo sine vel ante devait être fixé à la date de l'IRM cervicale, montrant que le problème aigu était réglé et qu'il ne restait plus que des troubles cervicaux préexistants dégénératifs C4-C5 à traiter ;

Que par décision du 2 avril 2008, l'assureur-accidents a mis un terme à sa prise en charge au 12 octobre 2007, soit au lendemain de l'IRM ;

Que l'assurée a formé opposition le 24 avril 2008 ;

Que par courrier du 16 mai 2008 adressé à l'assureur accident, le Dr A_____ a rappelé qu'il avait fait mention dans son rapport du 14 décembre 2007 d'un traumatisme en extension de la nuque avec contusion centromédullaire ; que selon lui, la description que fait sa patiente de l'épisode du 10 juillet 2007 est tout à fait compatible avec une contusion aiguë médullaire ;

Qu'invité à se déterminer, le Dr D_____ a, dans une note du 9 juin 2008, confirmé son avis du 21 décembre 2007, déclarant qu'il a été clairement expliqué que l'opération consistait à régler le problème osseux dégénératif, donc préexistant ;

Que par décision du 24 octobre 2008, l'assureur-accidents, considérant plus particulièrement que l'intervention du 13 décembre 2007 n'était pas en lien de causalité avec l'événement assuré, a rejeté l'opposition ;

Que l'assurée a interjeté recours le 19 novembre 2008 contre ladite décision ; qu'elle reproche à l'assureur-accidents de ne pas vouloir reconnaître son cas comme accident "avec pour conséquence une partie des frais à ma charge si c'est mon assurance-maladie qui doit prendre le sinistre en charge" ;

Que dans sa réponse du 12 décembre 2008, l'assureur-accidents relève que le recours devrait être déclaré irrecevable pour défaut de motivation ; qu'au fond il conclut au rejet du recours ;

Que par courrier du 16 décembre 2008, le Tribunal de céans a accordé à l'assurée un délai au 16 janvier 2009 pour qu'elle lui fasse part de sa détermination ;

Que le 15 janvier 2009, l'assurée a informé le Tribunal de céans qu'elle entendait maintenir son recours contre l'assureur-accidents ; qu'elle allègue que "j'ai téléphoné à mon assurance-maladie, la MUTUELLE ASSURANCE, qui m'a informée avoir reçu un courrier de HELSANA lui disant que ce cas devait être pris en charge par l'assurance-maladie, mais qu'à ce jour ils n'avaient encore reçu aucune facture des HUG. Pour ma

part, cela m'est égal de savoir qui paye mais je n'envisage aucunement de payer une quelconque différence alors que mes certificats et mes convocations ont été libellés sous le régime d'un accident. D'autre part je rappelle que mon hospitalisation s'est faite dans une certaine urgence à la demande du Dr B _____ " ;

Que par courrier du 16 mars 2009, le Tribunal de céans a expressément attiré l'attention de l'assurée sur la teneur de l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative (LPA) et lui a imparti un délai au 27 mars 2009 pour satisfaire aux exigences de cette disposition légale, sous peine d'irrecevabilité de son recours ;

Que le 24 mars 2009, l'assurée a ainsi rappelé qu'elle avait fait une déclaration d'accident auprès de son employeur, affilié auprès de l'assureur-accidents, qui prévoit la première classe pour ses assurées en accident, que lors de son entrée à l'Hôpital cantonal, il était noté "première classe" sur sa convocation et aucune garantie ne lui avait été demandée, que c'est quelques semaines plus tard seulement que l'assureur-accidents l'avait informée que le médecin-conseil considérait son cas comme maladie ; qu'elle précise qu'étant assurée auprès du Groupe MUTUEL en semi-privé, elle se serait contentée de ce statut si l'information avait été claire et donnée avant l'hospitalisation ;

Que par réplique du 27 mars 2009, l'assureur-accidents relève que les allégations de l'assurée sont irrelevantes et ne motivent en aucune façon un prétendu droit aux prestations LAA au-delà du 12 octobre 2007 ; que selon lui, la garantie de paiement donnée à un établissement hospitalier ne constitue pas un engagement définitif de l'assureur envers l'assurée de prendre en charge les frais ; qu'il rappelle à cet égard que le Dr C _____ a expliqué le 22 novembre 2007 que l'intervention n'avait "aucune implication thérapeutique mais uniquement une philosophie de prévention d'un nouveau traumatisme pouvant conduire à de sérieux déficits médullaires" ; que s'agissant de la protection de la bonne foi de l'assurée en cas de renseignement erroné en relation avec la garantie d'hospitalisation, l'assureur-accidents considère que l'assurée devait s'enquérir plus tôt de la prise en charge d'une hospitalisation en division privée ;

Que l'assurée a fait savoir, le 4 juin 2009, qu'elle entendait maintenir son recours, expliquant qu' "un téléphone avec mon assurance-maladie, qui dit n'avoir aucune facture renvoyée par HELSANA, me permet d'estimer quelque peu la somme qui serait à notre charge, somme qui dépasse largement ce que je pensais admettre pour clore ce dossier. De l'avis de mon assurance-maladie, il n'y a aucune raison que je paye cette différence" ;

Que par ordonnance du 10 juin 2009, le Tribunal de céans a appelé en cause le Groupe Mutuel, caisse d'assurance-maladie auprès de laquelle est affiliée l'assurée ;

Que le 18 juin 2009, l'assureur-accidents a informé le Tribunal de céans que les factures relatives à l'hospitalisation de l'assurée avaient été retournées aux HUG les 14 octobre et 17 décembre 2008, qu'il appartenait dès lors à l'établissement hospitalier de les transmettre pour remboursement au Groupe Mutuel ;

Que le 2 juillet 2009, l'assureur-maladie a déclaré que "nous avons pris le cas en charge depuis le 12 octobre 2007, le lien de causalité avec l'accident n'étant plus établi" ;

Que le 28 juillet 2009, l'assureur-accidents en a pris bonne note et persiste dans ses conclusions ;

Que le 15 juillet 2009, l'assurée a maintenu son opposition au refus de l'assureur-accidents de prendre en compte son cas comme accident ; qu'elle s'étonne que la lettre du Dr A_____ du 16 mai 2008 ne soit pas prise en considération, "alors que c'est lui qui m'a vue en premier et que pour lui l'accident et ses suites ne faisaient aucun doute" ; qu'elle annonce vouloir prendre contact avec un cabinet d'avocats ;

Qu'un délai lui a été accordé au 10 septembre 2009 ;

Que le 7 septembre 2009, l'assurée, constatant qu'elle ne trouvait pas trace d'un courrier de l'assureur-accidents avant l'opération lui signifiant sa décision de ne plus prendre en charge les frais relatifs à son accident, a persisté dans son recours ;

Que ce courrier a été transmis aux parties le 14 septembre 2009 et la cause gardée à juger ;

Considérant en droit que conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20) ;

Que sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie ;

Que la LPGA entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, s'applique ;

Que l'assurée a interjeté recours le 22 novembre 2008 contre la décision de l'assureur-accidents du 24 octobre 2008, soit en temps utile ;

Qu'aux termes de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation, le recours sera écarté ;

Que par plusieurs courriers, l'assurée s'est exprimée à diverses reprises et a clairement déclaré qu'elle entendait contester la décision du 24 octobre 2008 ; qu'il convient de

rappeler qu'elle agit en personne et que l'on ne saurait être trop exigeant et trop formaliste dans un tel cas ;

Que le Tribunal de céans considère dès lors que le recours est recevable à la forme ;

Que le litige porte sur le droit de l'assureur-accidents de mettre un terme à ses prestations en faveur de l'assurée au 12 octobre 2007 ;

Que l'art. 6 al. 1 LAA stipule que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle ;

Qu'est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; art. 4 LPGGA) ;

Que dans le cas d'espèce, il ne fait nul doute - cela n'est au demeurant pas contesté - que l'assurée a été victime d'un accident le 10 juillet 2007 ;

Que 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 ; que 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 ; qu'il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; qu'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'assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci ; que savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale ; qu'ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assurée doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) ;

Que 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 ; que 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 en 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 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 461 et les références ;

Qu'en tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références) ;

Qu'en l'espèce, il résulte des rapports médicaux figurant dans le dossier que le lien de causalité entre l'intervention chirurgicale subie le 13 décembre 2007 et l'accident survenu le 10 juillet 2007 est en tout cas rompu au 12 octobre 2007, soit le lendemain de l'IRM, à l'issue de laquelle cette intervention, ayant pour but la prévention d'un nouveau traumatisme qui pourrait conduire à de sérieux déficits médullaires, a été proposée ;

Que l'assurance-maladie ne le conteste pas ; que l'assurée non plus du reste, puisqu'elle se borne à contester le fait d'avoir à assumer la partie des frais que l'assurance-maladie ne couvre pas ; que seul le Dr A_____ paraît être d'un autre avis; que son courrier du 16 mai 2008 ne suffit cependant pas à s'écarter des conclusions du Dr D_____ ;

Que l'assurée souligne l'absence d'informations adéquates avant l'hospitalisation ;

Qu'en effet, aux termes de l'art. 27 LPGA

"¹ 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.

² 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. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses.

³ Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard" ;

Que le but du conseil visé à l'art. 27 al. 2 LPGA est de permettre à la personne intéressée d'adopter un comportement dont les effets juridiques cadrent avec les exigences posées par le législateur pour que se réalise le droit à la prestation (Jacques-André SCHNEIDER, Informations et conseils à l'assuré dans les assurances sociales: le tournant de la LPGA in Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance

professionnelle, organe pour les publications officielles de la Conférence des autorités cantonales de surveillance LPP, Ed. Stämpfli Verlag AG, Berne 2007, p. 80) ;

Que s'agissant du devoir de conseils des assureurs (art. 27 al. 2 LPGGA), l'assureur doit rendre la personne assurée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472) ;

Que le Tribunal fédéral des assurances a largement repris les travaux législatifs et doctrinaux relatifs à l'art. 27 LPGGA, mais n'en a pas déterminé l'étendue ; qu'il a cependant estimé que dans le cadre de l'art. 27 al. 2 LPGGA, l'assureur devait rendre la personne assurée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472) et qu'il n'existait pas de motif évident d'abandonner l'assimilation de la violation d'un devoir légal de renseigner à une déclaration erronée après la codification d'une telle obligation dans la LPGGA (ATF 131 V 472 consid. 4 et 5) ;

Qu'il a précisé qu'aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2) ;

Que 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 ; qu'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 ; que le TF retient ainsi, dans le cadre de l'application de l'art. 27 LPGGA, le devoir pour l'assuré de faire preuve de diligence ;

Qu'il y a lieu de constater en l'espèce que le Dr C_____ a précisément expliqué à l'assurée que l'intervention serait pratiquée à titre préventif ;

Qu'il appartenait dès lors à celle-ci de s'informer plus précisément sur la façon dont la prise en charge de son hospitalisation serait effectuée ;

Que le recours est en conséquence rejeté ;

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL 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 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); 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 WANGELER

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