REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4435/2005 **ATAS/1345/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 27 novembre 2007

En la cause

Madame S_____ comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRUCHEZ Christian	recourante
contre	
HELSANA ACCIDENTS SA, Droit Suisse romande/Tessin, sise chemin de la Colline 12 à LAUSANNE	intimée

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame S_____ a entrepris en 1994 un apprentissage de coiffeuse auprès du salon X_____. Elle a dû l'interrompre en 1996, en raison de son état de santé (allergies). HELSANA ACCIDENTS SA, Droit Suisse romande/Tessin (ci-après HELSANA), auprès de laquelle son employeur était assuré pour la perte de gain par suite de maladie et pour la LAA, lui a versé des indemnités journalières au titre de la maladie.

2. L'assurée a alors entrepris une nouvelle formation d'esthéticienne durant une année puis a été engagée par l'institut Y_____ le 1er mars 1999. Le 7 février 2000, elle a à nouveau souffert d'allergies et s'est trouvée en arrêt de travail. Elle a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 9 février 2001. La BERNOISE ASSURANCES, reprise depuis par ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES (ci-après ALLIANZ), auprès de laquelle l'institut Y_____ est assuré, a versé à l'assurée des indemnités journalières pour maladie.

3. Le 30 janvier 2003, agissant au nom et pour le compte de l'assurée, FORUM SANTE s'est adressé à ALLIANZ afin que celle-ci intervienne au titre de la LAA. Divers courriers ont été échangés, aux termes desquels l'assurance considérait que la nouvelle exposition professionnelle aux produits allergènes n'était pas déterminante et refusait la prise en charge au titre de maladie professionnelle.

4. Le 6 mai 2004, l'assurée a sommé ALLIANZ de lui notifier une décision.

5. Par courrier du 27 mai 2004, l'assurée a saisi HELSANA, rappelant qu'elle avait souffert dès 1996 d'une affection qui correspondait à une maladie professionnelle mais qui n'avait jamais été prise en charge comme telle.

6. HELSANA, considérant que le droit aux prestations s'était éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due, soit en l'espèce le 27 mai 1999, et que les dommages qui pourraient être encore indemnisés remontaient à une époque où un nouvel emploi auprès de l'institut Y_____ avait été repris, a renvoyé l'assurée devant ALLIANZ.

7. Un nouvel échange de correspondance a eu lieu entre ALLIANZ, HELSANA et l'assurée.

   L'assurée a finalement prié HELSANA de lui notifier une décision formelle.

8. Par décision du 3 janvier 2005, HELSANA a confirmé sa position, refusant de prendre en charge les prestations.

   Tant ALLIANZ que l'assurée ont formé opposition à ladite décision, respectivement les 13 et 17 janvier 2005.

9. Par décision du 28 janvier 2005, ALLIANZ a constaté que l'incapacité de travailler en contact avec des substances allergènes existaient clairement à l'époque de l'apprentissage, estimé qu'il n'y avait pas eu aggravation, et qu'elle n'avait dès lors pas à intervenir.

10. L'assurée a formé opposition à cette décision.

11. Elle s'est inquiétée auprès des deux assureurs le 27 juillet 2005 de ce qu'aucune décision sur opposition n'avait encore été rendue.

    Le 22 novembre 2005, elle leur a accordé un ultime délai au 30 novembre 2005 pour ce faire.

12. Par décision du 29 novembre 2005, HELSANA a rejeté l'opposition. Elle considère que les prestations dues avant le 27 mai 1999 sont périmées.

13. Par télécopie du 23 novembre 2005, ALLIANZ a informé l'assurée qu'il appartenait à l'Office fédéral de la santé publique de trancher les litiges entre assureurs.

14. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 14 décembre 2005 contre la décision sur opposition d'HELSANA du 29 novembre 2005 et a requis l'appel en cause d'ALLIANZ.

15. Par ordonnance du 31 mars 2006, le Tribunal de céans, statuant préparatoirement, a appelé ALLIANZ en cause.

16. Maître Christian BRUCHEZ a informé le Tribunal de céans le 16 juin 2006 qu'il reprenait la défense des intérêts de l'assurée.

17. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 20 juin 2006. Les deux assureurs ont informé le Tribunal qu'un accord était intervenu s'agissant de la période à compter du 7 février 2000 au plus tôt.

    Il a été convenu que si ALLIANZ rendait une décision sur opposition d'ici fin août 2006, l'assurée retirerait son recours.

18. Par décision sur opposition du 25 juillet 2006, ALLIANZ a accepté la prise en charge de prestations au titre de la maladie professionnelle moyennant un partage par 50% avec HELSANA.

19. Par courrier du 11 septembre 2006, l'assurée a dès lors déclaré retirer son recours et appel en cause en tant qu'il était dirigé contre ALLIANZ, étant précisé qu'il était en revanche maintenu contre HELSANA, en tant que cette dernière refusait la prise en charge de sa maladie professionnelle pour la période de 1996 à 1999.

20. Par arrêt sur partie du 5 décembre 2006, le Tribunal de céans a pris acte du retrait du recours et appel en cause dirigé contre ALLIANZ. La suite de la procédure a été

réservée quant au recours interjeté contre la décision sur opposition du 29 novembre 2005 rendue par HELSANA.

21. Sur ce la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA).

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

2. La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance accident. Aux termes de l'art. 118 al. 1er LAA, les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit. Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1).

3. Le recours interjeté par l'assurée contre la décision sur opposition rendue par HELSANA le 29 novembre 2005 l'a été dans les forme et délai légaux (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003 en dérogation à l'art. 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à la prise en charge par HELSANA de prestations au titre de maladie professionnelle pour la période 1996 à 1999.

   La partie du litige concernant les deux assureurs, soit HELSANA et ALLIANZ, et portant sur la période postérieure au 1er mars 1999, date à laquelle l'assurée avait été engagée par l'institut Y_____, affilié auprès de ALLIANZ, a été réglée. Un arrêt sur partie a été rendu le 5 décembre 2006.

5. HELSANA ne conteste pas que l'assurée ait été victime d'une maladie professionnelle durant son apprentissage de coiffeuse. Elle rappelle cependant que l'assurée ne le lui a déclaré que par son courrier du 27 mai 2004 et considère dès lors que le droit de celle-ci à des prestations s'est éteint en application de l'art. 24 LPGA. Elle souligne à cet égard que lorsqu'elle avait versé à l'assurée des indemnités journalières pour perte de gain - maladie, elle n'avait aucune raison de

penser qu'il s'agissait d'une maladie professionnelle, n'ayant à sa disposition que des certificats d'incapacité de travail succincts. Elle relève au surplus qu'il appartenait à l'employeur d'annoncer spontanément le fait qu'il s'agissait d'une maladie professionnelle.

6. Aux termes de l'art. 51 LAA, teneur au 31 décembre 2002, le droit au paiement de prestations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due. Cette règle correspond aux termes de l'ancien art. 48 al. 1 LAI et a été reprise par l'article 24 de la LPGA. Cette nouvelle disposition légale prévoit également que le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée.

   Selon la jurisprudence du TFA, relative à l'art. 48 al. 1 LAI, et applicable à l'ensemble du domaine des assurances sociales (ATF 121 V 195, ATF 122 V 184 consid. 3b, arrêt du arrêt du TF du 14 décembre 2006, M.5/2006), l'examen du cas que l'administration doit effectuer lorsqu'une demande de prestations lui est remise englobe les prestations que l'on peut mettre raisonnablement en corrélation avec l'état de fait et avec les pièces figurant au dossier. Si l'assuré allègue, plus tard, qu'il a encore droit à une autre prestation de l'assurance et prétend avoir déjà présenté une demande dans ce sens, il faut examiner si la précédente demande englobait déjà le droit concrétisé plus tard (ATF 111 V 112 ; RCC 1976 p. 45). L'ancienne jurisprudence prévoyait alors que, quoi qu'il en soit, le droit aux prestations ne déployait ses effets que durant cinq ans à compter de la présentation d'une demande de prestations. Dans l'ATF 116 V 273, relatif à l'assurance militaire, le TFA avait changé d'avis, et statué que, dans la forme, la présentation d'une demande de prestations déployait ses effets pendant une période en principe illimitée. Suite à cet arrêt cependant, plusieurs arrêts ont établi que l'effet ne saurait être illimité lorsque l'administration s'est prononcée sur le droit aux prestations par le biais d'une décision incontestée passée en force de chose jugée.

   C'est finalement dans une jurisprudence de 1995 à nouveau rendue dans le cadre de l'application de l'art. 48 LAI (publiée dans Pratique VSI 1997/4 p. 186ss) que le TFA a repris l'ensemble de la problématique. Il a rappelé que le délai de cinq ans se calculait vers une date ultérieure à partir du mois pour lequel les prestations étaient dues et qu'il commence à courir dès le mois en question. On peut également procéder à un calcul rétroactif à partir du mois dans lequel on se trouve, c'est-à-dire à compter du mois où la demande est présentée, ainsi un droit antérieur à cinq ans s'éteint. Constatant, cependant, qu'une telle analyse conduirait à admettre une demande de « prestations arriérées sans tenir compte d'un quelconque délai de péremption absolue calculée jusqu'au moment où l'annonce déterminante avait été faite » (avec effet rétroactif sur plus de 20 ans dans le cas dont il était saisi), le TFA s'est demandé si son intention avait réellement été d'obtenir un tel résultat et si

celui-ci concordait avec l'objectif visé par les prestations périodiques accordées par l'assurance sociale.

Or il a constaté que tel n'était pas le cas : les prestations de l'assurance sociale sont principalement des prestations périodiques versées en espèces, et couvrent, de ce fait, de façon régulière les besoins de la personne assurée. Il en est ainsi des rentes comme des allocations pour impotents et des indemnités journalières. Ces dernières doivent fournir le minimum vital ordinaire. Toutes ces prestations sont payées lorsqu'elles répondent à un besoin réel. Cela n'exclut pas l'octroi d'une prestation rétroactive, parfaitement de mise compte tenu de la durée d'une procédure, durant laquelle l'assuré a pu toucher des prestations d'assistance. En revanche, « la fonction première, qui consiste à couvrir un besoin courant, est négligée lorsque des prestations échelonnées sur plusieurs années doivent être payées après coup. Par conséquent, le TFA a jugé qu'il s'imposait de fixer une échéance absolue en matière de paiement de prestations arriérées, de sorte qu'une telle demande déploie ses effets pendant une période strictement limitée. Il a ainsi jugé que l'art. 48 al. 1 LAI se rapporte à tous les cas où l'administration n'a pas octroyé la prestation en question, malgré une demande déposée en temps voulu et quelle qu'en soit la raison. Si l'administration a omis une demande de prestations antérieure déjà suffisamment concrète, le paiement des prestations arriérées est soumis à un délai de péremption absolue de cinq ans à compter de la date du dépôt de la nouvelle demande (cf. arrêt cité, cause I 6/93).

7. Aussi, vu la jurisprudence susmentionnée, le droit de l'assurée à des prestations au titre de maladie professionnelle de 1996 à mars 1999 est-il, qu'elles aient été dues ou non, périmé.

8. Reste à ajouter que la péremption ne peut être interrompue (ATF 116 V 229).

9. L'assurée allègue que l'intimée aurait dû se rendre compte qu'elle souffrait d'une maladie professionnelle. Force est toutefois d'observer que celle-ci, n'assurant pas la recourante au titre de l'assurance-maladie obligatoire, ne disposait vraisemblablement pas des informations suffisantes pour le déterminer. Quoi qu'il en soit, même s'il fallait retenir que l'intimée n'avait pas traité, à tort, la demande de l'assurée comme une demande de prestations pour cause de maladie professionnelle, les règles susmentionnées relatives au calcul du délai de cinq ans conduisent à la constatation de la péremption du droit au moment de la seconde demande déposée le 27 mai 2004. Les prestations sont en effet périmées, quel que soit le motif pour lequel l'intimée ne les a pas accordées, et même dans l'hypothèse où celle-ci aurait omis de traiter une demande clairement exprimée. (ATAS/203/2006 ; arrêt du TF du 14 décembre 2006, M.5/2006).

10. Le droit de l'assurée étant périmé, le recours ne peut être que 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 :
Marie-Louise QUELOZ	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