

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/510/2011

ATAS/731/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mai 2012

4ème Chambre

En la cause

Monsieur M _____, domicilié à Gex, France, représenté par
HELSANA ASSURANCES SA

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1971, travaille en qualité d'ouvrier de production chez GIVAUDAN SUISSE SA. A ce titre, il est assuré en assurance-accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE ACCIDENTS (ci-après la SUVA ou l'intimée).
2. Le 10 avril 2009, alors qu'il circulait à moto, l'assuré a glissé sur des gravillons et chuté. Il a subi une fracture Weber B de la cheville droite, traitée par ostéosynthèse le 13 avril 2009 aux HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après HUG). L'assuré a été en incapacité totale de travail à compter du 14 avril 2009. Le 16 août 2009, il a repris le travail à 50 %.
3. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) a été pratiquée le 18 novembre 2009 par le Dr A_____, médecin-chef de l'Hôpital de zone de Nyon.
4. Le 1^{er} février 2010, l'assuré a repris le travail à 100 % chez son employeur, dans un poste adapté d'opérateur en logistique.
5. Le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré le 7 juin 2010. Dans son rapport du même jour, il a constaté que la situation était pratiquement stabilisée. La fonction de la cheville droite était pratiquement superposable au côté gauche, avec toutefois encore un mollet discrètement atrophié et une articulation sous-astragalienne encore un peu enraidie latéralement, raison pour laquelle la physiothérapie devait encore continuer pendant environ deux mois, puis ce traitement pourra être terminé. Dans le futur, il n'y a pas d'autre traitement à prendre en charge, hormis une consultation annuelle chez le médecin traitant dans les deux années qui viennent. Le médecin conseil a noté que le poste aménagé était encore pendant jusqu'à fin juillet 2010, après quoi l'assuré retrouvera son poste antérieur à la production. Le dossier pouvait être clôturé avec droit à la rechute en cas de troubles dégénératifs qui se développeraient dans un futur plus ou moins lointain.
6. L'assuré a repris le travail le 2 août 2010, au poste de production. Suite à l'aggravation des douleurs, une nouvelle incapacité de travail à 100 % dès le 27 août 2010 a été attestée par le Dr C_____, médecin généraliste, à Gex (France), annoncée à la SUVA le 31 août 2010, comme rechute.
7. Une IRM du pied droit a été pratiquée le 30 septembre 2010. Le rapport conclut à un minime hypersignal T2 sous-chondral au niveau du 2^{ème} cunéiforme posant le diagnostic différentiel d'une petite séquelle de contusion. Il n'y avait pas d'altération de signal sur le reste du squelette examiné, ni d'arthropathie significative. Il n'y avait pas d'œdème des parties molles, ni de lésion tendineuse ou ligamentaire significative objectivable. Quant à l'IRM de la cheville droite

pratiquée le 6 octobre 2010, elle a objectivé essentiellement une arthropathie dégénérative modérée du compartiment péronéo-astragalien avec signes de souffrance osseuse sous-chondrale au niveau de la partie postérieure de la joue latérale de l'astragale.

8. Par avis du 11 octobre 2010, le médecin d'arrondissement de la SUVA a considéré que le bilan radiologique était tout à fait rassurant, sans complication particulière susceptible d'entraver le processus de guérison.
9. Par décision du 15 octobre 2010, la SUVA a informé l'assuré qu'elle refusait d'intervenir, considérant que l'état de santé était identique à l'examen du 7 juin 2010.
10. Le 20 octobre 2010, HELSANA ASSURANCES SA (ci-après HELSANA) a formé opposition à titre provisoire. Après avoir consulté le dossier, HELSANA a confirmé son opposition en date du 10 novembre 2010, faisant valoir en substance que l'état de santé de l'assuré n'était pas tout à fait stabilisé. Les séances de physiothérapie que le médecin-conseil de la SUVA avait admises encore durant deux mois, n'ont débuté que le 24 septembre 2010, en raison de l'état enflammé de la cheville droite, de sorte que l'assuré n'a pas bénéficié du traitement nécessaire prescrit et son état n'a pu être amélioré. En outre, lors de l'examen du 7 juin 2010, l'assuré occupait un poste adapté et donc mieux toléré. En recommençant son activité d'ouvrier de production à 100 %, il était obligé de gérer des tâches professionnelles éprouvantes effectuées essentiellement debout. Enfin, son médecin conseil considère qu'un travail en position demi-assise serait mieux adapté à l'état de santé actuel de l'assuré. HELSANA concluait à la prise en charge de l'incapacité de travail de 100 % liée à la reprise de travail dans une activité inadaptée, de même que les éventuels traitements et/ou incapacité de travail en relation avec le diagnostic posé par l'IRM de la cheville droite.
11. Par courrier du 10 janvier 2011, HELSANA informe la SUVA que selon les explications de son médecin-consultant, le Dr D _____, à Lausanne, le lien de causalité entre l'arthropathie dégénérative du péronéo-astragalien, découverte à l'IRM du 6 octobre 2010, et l'accident du 10 avril 2009 est probable car « lors de la fracture du péroné, il y a dû y avoir des lésions cartilagineuses associées à l'endroit de la zone fracturaire puisque le reste de la cheville n'a pas d'arthrose ».
12. Par avis du 12 janvier 2011, le Dr B _____ a maintenu ses conclusions, indiquant toutefois « Au cas où ... voir avec nos collègues de VM ».
13. Par décision du 19 janvier 2011 notifiée à l'assuré, la SUVA a déclaré irrecevable l'opposition formée par HELSANA, motif pris que la décision querellée ne touche pas l'obligation de l'assureur-maladie. En effet, la SUVA n'a pas refusé de verser les prestations d'assurance parce que le lien de causalité fait défaut, mais parce que l'incapacité de travail dès le 27 août 2010 et la reprise du traitement ne sont pas

justifiées au vu des constatations objectives au niveau de la cheville droite. En l'état, elle ne prétend pas que les troubles dégénératifs révélés par l'IRM n'engagent pas sa responsabilité, ni que ces derniers sont à l'origine des plaintes qui ont conduit à l'incapacité de travail et au traitement. Selon la SUVA, le point de savoir si les troubles de la cheville nécessitent un traitement et entraînent une incapacité de travail ou de gain ne concerne pas HELSANA, mais uniquement l'assuré.

14. Par acte du 21 février 2011, HELSANA, au bénéfice d'une procuration signée le 21 février 2011, interjette recours pour le compte de l'assuré M_____. L'assuré relève que son état de santé n'était pas stabilisé à la reprise du travail le 2 août 2010 dans l'ancien poste, plus éprouvant. Les séances de physiothérapie n'ont débuté que le 24 septembre 2009 en raison de l'état enflammé de la cheville, après la tentative de reprise de travail. La dégradation des douleurs ne constitue pas une rechute, mais il s'agit d'une non-stabilisation de l'état de la cheville. De plus, l'IRM de la cheville droite a prouvé qu'une atteinte objective post-accidentelle était bel et bien présente, étant précisé qu'il a repris son activité à plein temps le 1^{er} novembre 2010. Il conclut à l'admission du recours et à ce que l'intimée soit condamnée à allouer l'intégralité des prestations LAA, jusqu'au 31 octobre 2010 compris.
15. Le 21 mars 2011, la SUVA a requis une prolongation du délai pour répondre. Le 6 mai 2011, Me Didier ELSIG informe la Cour de céans avoir été mandaté par la SUVA aux fins de la représenter dans le cadre de la procédure. Il relève qu'il est douteux que l'assuré puisse être valablement représenté par HELSANA, dès lors que cette assurance ne s'est pas encore muée en une protection juridique. Se pose ainsi la question de la recevabilité du recours d'HELSANA et celui de la désignation des parties à la présente cause.
16. Invitée à se déterminer, HELSANA relève dans son courrier du 20 mai 2011, que son droit de représenter son assuré ne saurait être litigieuse, conformément à la jurisprudence, étant précisé que quoi qu'il en soit, elle devrait être admise à la procédure comme recourante, dans la mesure où elle est concernée directement et concrètement par la décision de l'intimée.
17. Dans ses conclusions du 14 juin 2011, l'intimée s'en rapporte à justice quant à la recevabilité du recours. Sur le fond, elle relève que le cas est à considérer comme une rechute, dès lors que le recourant avait repris le travail à 100 % et que les traitements avaient pris fin durant l'été 2010. Selon le Dr B_____, les séances de physiothérapie devaient se poursuivre durant deux mois, soit jusqu'au début août 2010. Or, l'assuré a, semble-t-il, opté plutôt pour des vacances que pour des séances de physiothérapie durant l'été 2010. Cela étant, les résultats des imageries médicales effectuées en septembre et octobre 2010 sur la cheville et le pied droits se sont révélés tout à fait rassurants et ont apporté au Dr E_____ la confirmation qu'il avait vu juste lors de son examen de juin 2010, aucun élément

observé et révélé par les IRM ne se répercutant de manière suffisante à entraver la capacité de travail et encore moins à justifier une incapacité de travail totale. L'intimée conclut au rejet du recours de l'assuré, respectivement d'HELSANA, dans la mesure où celui-ci est recevable.

18. Entendus lors de l'audience de comparution des mandataires du 24 août 2011, HELSANA a confirmé que l'opposition avait été formée en son propre nom, car elle s'estime touchée par la décision. Cela étant, la décision sur opposition ne parle pas de sa qualité pour agir. Le représentant de l'intimée a admis que la décision sur opposition mentionnant l'assuré comme partie n'est pas correcte. La SUVA a considéré qu'HELSANA n'avait pas la qualité pour former opposition. HELSANA relève qu'elle intervient dans le cas présent en qualité d'assureur perte de gain maladie selon la LCA et qu'elle verse des indemnités journalières à hauteur de 80 %. Sa pratique en la matière est de requérir l'accord de l'assuré pour la suite de la procédure. Les parties ayant convenu de tenter de trouver une solution au litige, un délai au 21 septembre 2011 leur a été imparti pour communiquer à la Cour de céans le résultat de leurs discussions
19. A la requête des parties, le délai a été prolongé au 31 octobre 2011.
20. Par courrier du 31 octobre 2011, l'intimée a sollicité les dossiers de la procédure, afin de les soumettre à sa division médicale et requis une nouvelle prolongation du délai au 30 novembre 2011.
21. Par écriture du 30 novembre 2011, l'intimée conclut au rejet du recours, se référant à l'appréciation médicale du Dr F _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce médecin relève que le bilan IRM du 6 octobre 2010 est parfaitement cohérent avec le résultat traditionnellement escompté pour une fracture de l'articulation supérieure de la cheville de type B traitée correctement par intervention chirurgicale. Le pied droit peut supporter une charge totale, même en tenant compte d'une incongruence éventuelle légère au niveau de l'articulation péronéo-astragalienn(e) (conformément au postulat du Dr G _____). L'IRM du pied pratiquée le 30 septembre 2010 n'a fourni aucun résultat susceptible de justifier une limitation de la capacité de charge du pied. On peut exclure toute lésion au niveau des cartilages provoquée par l'accident, telle qu'une fracture ostéochondrale.
22. Dans ses écritures du 20 décembre 2012, le recourant relève que si les médecins de l'intimée retiennent que les résultats des examens radiologiques attestent d'un résultat normal à fin septembre ou début octobre 2010, ils ne sont aucunement en mesure de démontrer qu'il était pleinement capable de travailler au mois d'août 2010 déjà. Dans la mesure où l'appréciation finale dépendait de mesures d'instruction ordonnées par l'intimée, le recourant juge inadmissible qu'elle refuse d'entrer en matière sur les frais liés et sur l'arrêt de travail qui était médicalement

ordonné et donc incontestable pour lui. Etant donné qu'il était prévu de refaire le point à mi/fin août 2010, la poursuite de l'arrêt de travail dès le mois d'août 2010 fait partie du cas initial et l'intimée ne peut se désengager du cas d'assurance qu'après avoir mené à terme les investigations médicales nécessaires. La décision initiale était erronée puisqu'elle niait tout lien de causalité entre l'accident et l'arrêt de travail survenu en août 2010, ce que l'intimé a reconnu dans sa décision sur opposition. L'assureur maladie perte de gain avait donc intérêt à faire reconnaître cette erreur, en son nom également. Pour le surplus, HELSANA relève que les assureurs LAA acceptent de notifier leurs décisions également aux assureurs LCA. En ouvrant un dossier d'opposition, l'intimée reconnaissait qu'une opposition avait été valablement déposée et devait notifier une décision finale à toutes les personnes concernées. Affirmer que le mandat ne peut pas déployer d'effets sur les opérations d'ores et déjà survenues serait faire preuve de formalisme excessif et éluderait la volonté de l'assuré.

23. Après communication de cette écriture à l'intimée, la cause a été 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; RS 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. Le recourant, représenté par HELSANA, interjette recours contre la décision sur opposition de l'intimée, à lui notifiée en date du 19 janvier 2011.

La Cour de céans relève que le recourant a dûment mandaté HELSANA, par procuration du 21 janvier 2011, aux fins de le représenter dans la présente procédure, étant précisé que la qualité de mandataire professionnellement qualifié au sens de l'art. 9 loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10) peut être reconnue à l'assureur perte de gain.

Pour surplus, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (cf. art. 55 et 60 LPGA ; art. 89B LPA).

3. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie,

sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l'occurrence, l'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimée a déclaré irrecevable l'opposition formée par l'assureur perte de gain maladie, motif pris que la décision litigieuse ne concerne pas l'obligation de l'assureur-maladie, mais uniquement l'assuré.

4. L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49 al. 4 LPGA).

Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues.

En vertu de l'art. 59 LPGA, a qualité pour recourir quiconque est atteint par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée. Le Tribunal fédéral a rappelé à cet égard que conformément au principe de l'unité de la procédure, la qualité pour agir devant les autorités juridictionnelles cantonales dont les décisions sont sujettes à recours de droit administratif ne peut être subordonnée à des conditions différentes de celles qui régissent la qualité pour recourir au sens de l'art. 103 let. a OJ. Il en va de même en ce qui concerne la qualité pour former opposition (ATF 130 V 562 consid. 3.2).

La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection, au sens de cette disposition, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. L'intérêt doit être direct et concret; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la

décision; tel n'est pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 130 V 202 consid. 3, ATF 127 V 3 consid. 1b, ATF 127 V 82 consid. 3a/aa).

D'une manière générale, la jurisprudence et la doctrine n'admettent que de manière relativement stricte la présence d'un intérêt propre et direct lorsqu'un tiers désire recourir contre une décision dont il n'est pas le destinataire (arrêt K 45/05, consid. 6.3 et les arrêts cités). Les tiers ne sont en effet pas touchés par une décision de la même manière que son destinataire formel et matériel, dans la mesure où elle ne leur octroie pas directement des droits ou leur impose des obligations. En plus d'un intérêt concret, par exemple un intérêt économique au contenu de la décision litigieuse, la qualité pour agir du tiers suppose qu'il se trouve, avec l'objet de la contestation, dans un rapport suffisamment étroit, respectivement qu'il soit touché avec une intensité supérieure que les autres personnes, ce qui doit être examiné en rapport avec les circonstances concrètes (ATF 130 V 560 consid. 3.4 et les références; voir aussi, François BELLANGER, La qualité de partie à la procédure administrative, in: T. TANQUEREL/F. BELLANGER [édit.], Les tiers dans la procédure administrative, Genève/Zurich/Bâle 2004, p. 43 ss).

5. En l'espèce, la Cour de céans relève que le destinataire de la décision du 15 octobre 2010 est le recourant. Il s'agit en effet de la personne dont la décision a pour objet de définir la situation juridique en lui imposant une obligation, une charge, en supprimant un droit ou encore en déclarant son recours irrecevable (voir ATF 131 V 298 ; ATF du 24 mai 2005 U 18/05).

Force est de constater en premier lieu que l'opposition n'a pas été formée par le destinataire de la décision, mais par HELSANA. Il s'agit de déterminer si l'assureur précité peut se prévaloir d'un droit à former opposition, au même titre que l'assuré, conformément à l'art. 49 al. 4 LPGA.

A cet égard, il convient de rappeler que la disposition précitée vise uniquement les assureurs d'autres branches d'assurances sociales. En effet, l'art. 49 al. 4 LPGA a pour but d'assurer la coordination entre les assurances sociales, pour éviter notamment, la surindemnisation et faciliter les règlements de comptes lorsque deux institutions intéressées ne parviennent pas à se mettre d'accord (ATF 115 V 425 consid. 1 ; Ueli KIESER, ASTG-Kommentar, ad art. 49 al. 4 LPGA, p. 492). Il ne concerne pas les assureurs privés (cf. Ueli KIESER, op. cit., ad. art. 49 al. 4 LPGA, p. 495 ; FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 259 note 368 ; Circulaire sur le contentieux, chiffre 2002). Le fait que selon des recommandations, les assureurs LAA accepteraient de notifier leurs décisions également aux assureurs LCA n'y change rien.

Il s'ensuit que l'intimée n'était pas tenue de communiquer à HELSANA un exemplaire de sa décision et qu'en sa qualité d'assureur perte de gain selon la LCA, ce dernier ne dispose pas des mêmes voies de droit que l'assuré. HELSANA ne peut dès lors se prévaloir d'aucune disposition spéciale qui l'autoriserait à former opposition contre une décision de l'assureur-accidents.

6. Reste à examiner si HELSANA a un intérêt digne de protection pour former opposition.

Comme vu ci-dessus, le tiers doit bénéficier d'un intérêt propre et direct, soit d'un intérêt se trouvant, avec l'objet du litige, dans un rapport étroit, spécial et digne d'être pris en considération (ATF 130 V 564 consid. 3.5; GYGI, Vom Beschwerderecht in der Bundesverwaltungsrechtspflege, in: Recht 1986, p. 10 sv.; cf. aussi Isabelle HÄNER, op. cit., ch. 766 ss; Benoît BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, p. 356).

Selon la jurisprudence, l'employeur n'a pas qualité pour former opposition contre une décision de refus de rente de l'Office AI du simple fait que l'allocation d'une rente aurait pour effet de réduire son obligation de payer le salaire ou de lui permettre d'exiger le versement en mains de tiers (ATF 130 V 360). De même, le fait qu'un tiers soit créancier du destinataire ne suffit pas pour lui conférer un intérêt de protection (ATF 130 V 565). En revanche, l'institution de prévoyance qui doit verser une rente d'invalidité a qualité pour recourir contre une décision de rente de l'assureur accidents (voir ATF 134 V 153 et les exemples cités).

En l'occurrence, l'intimée a refusé la prise en charge de la rechute annoncée par le recourant, relevant que selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 11 octobre 2010, son état de santé est identique à l'examen du 7 juin 2010. C'est ainsi indéniablement l'assuré qui est directement touché, dans la mesure où l'intimée refuse de prester. La décision litigieuse ne touche pas directement les droits et obligations de l'assureur selon la LCA, mais uniquement de manière indirecte (ATF 125 V 339). HELSANA se borne d'ailleurs à déclarer qu'elle verse des indemnités journalières à hauteur de 80 %, sans démontrer en quoi consisterait son préjudice.

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas de lien direct, concret et suffisamment étroit avec l'objet du litige, de sorte que la décision de l'intimée de nier la qualité pour former opposition d'HELSANA est conforme au droit.

7. Mal fondé, le recours est rejeté.

**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 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le