

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2944/2014

ATAS/211/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt en interprétation du 14 mars 2016

10^{ème} Chambre

HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCE SA, sise
Dufourstrasse 40, SAINT-GALL

demanderesse
en
interprétation

contre

**ARRÊT DE LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES
DU 18 janvier 2016, ATAS/20/2016**

dans la cause l'opposant à

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître BRUCHEZ
Christian

défendeur en
interprétation

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; , Georges ZUFFEREY et Pierre-
Bernard PETITAT Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Par décision sur opposition du 28 août 2014, la Compagnie d'assurances Nationale suisse SA a refusé de prendre en charge la reprise du traitement de Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le défendeur en interprétation) le 20 janvier 2010. Elle a en effet retenu la survenance d'un *statu quo sine* à fin 2009.
2. La Compagnie d'assurances Nationale suisse SA est devenue, le 30 avril 2015, Helvetia SA (ci-après: Helvetia, l'assureur ou la demanderesse), suite à la fusion par absorption de la première par la seconde.
3. L'assuré a interjeté recours le 29 septembre 2014 contre ladite décision, concluant, principalement, à son annulation et à ce qu'il soit dit et constaté qu'il avait toujours droit aux prestations légales et contractuelles d'assurances postérieurement au 31 décembre 2009, celles-ci portant intérêts à 5% l'an à compter de la date d'exigibilité de chaque prestation.
4. Par arrêt du 18 janvier 2016 (ATAS/20/2016), la chambre de céans a considéré que les rapports d'expertise versés au dossier ne permettaient pas d'imputer à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, à l'exclusion de toute cause accidentelle, les lésions assimilées à un accident subies par l'assuré. Elle a dès lors admis le recours, annulé la décision du 28 août 2014 et renvoyé la cause à l'assureur pour calcul des prestations dues.
5. Par courrier du 11 février 2016, l'assureur a déposé, auprès de la chambre de céans, une demande en interprétation de cet arrêt.

L'assuré avait été en incapacité de travail à 50% depuis le 25 janvier 2010, avant une aggravation à 75% à compter du 23 février 2010. Il n'existait toutefois pas d'autres informations quant à la durée du pourcentage de l'incapacité de travail au-delà du 23 février 2010. Étant donné que la chambre de céans avait jugé, au consid. 12 de son arrêt, « qu'il [appartenait] à l'intimée de prendre en charge les suites de l'événement du 9 juillet 2009 et d'allouer ses prestations au-delà du 31 décembre 2009 », le chiffre 4 du dispositif, en tant qu'il « [renvoyait] la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues », donnait l'impression qu'Helvetia devait prester pour les indemnités journalières et les frais médicaux discutés en page 32 de l'arrêt, sans devoir au préalable déterminer la durée de son obligation et le retour à un *statu quo*. Selon Helvetia, le chiffre 4 du dispositif ne permettait donc pas de savoir quelles étaient les prestations dues et jusqu'à quand elles l'étaient.

6. Par courrier du 15 février 2016, la chambre de céans a imparti au défendeur en interprétation un délai au 25 février 2016 pour se déterminer sur la demande d'interprétation.
7. Par acte du 22 février 2016, Helvetia a parallèlement saisi le Tribunal fédéral d'un recours contre l'arrêt de la chambre de céans du 18 janvier 2016 (ATAS/20/2016), concluant notamment à ce que le Tribunal fédéral sursoie à statuer jusqu'à ce que la chambre de céans statue sur la demande en interprétation du 11 février 2016.
8. Le 25 février 2016, l'assuré, agissant par l'entremise de son conseil, a conclu, principalement, à l'irrecevabilité de la demande d'interprétation du 11 février 2016 et, subsidiairement, à ce que la portée de l'arrêt du 18 janvier 2016 soit précisée dans le sens de ses observations, le tout sous suite de frais et dépens.

Une interprétation avait pour but de rectifier les fautes de rédaction, de pures fautes de calcul ou des erreurs d'écriture. N'étaient pas recevables les demandes d'interprétation qui tendaient à la modification du contenu d'une décision.

En l'espèce, Helvetia remettait en cause le bien-fondé de l'arrêt du 18 janvier 2016 sous couvert d'une demande d'interprétation. Or cela n'était pas admissible dans la mesure où la procédure A/2944/2014 avait précisément eu pour objet de déterminer si les périodes d'incapacité de travail et les soins prodigués à l'assuré, postérieurs au 31 décembre 2009, présentaient un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré du 9 juillet 2009. Or, la chambre de céans n'avait pas suivi Helvetia sur le fait qu'un *statu quo sine* pouvait être fixé au 31 décembre 2009. Elle avait au contraire estimé qu'il appartenait à cette dernière de prendre en charge les suites de l'événement du 9 juillet 2009 et d'allouer ses prestations au-delà du 31 décembre 2009 (cf. ATAS/20/2016 consid. 12). Helvetia ne pouvait donc pas remettre en cause le lien de causalité entre l'incapacité de travail entre 2010 et 2012 et l'événement de juillet 2009 par le biais d'une demande d'interprétation. Cela était d'autant plus vrai qu'Helvetia ne s'était jamais prévalu d'autres problématiques que celle de la causalité entre les atteintes persistantes au niveau de la hanche et des fessiers au-delà du 31 décembre 2009 et l'accident. Elle n'avait jamais évoqué d'autres pathologies pouvant être à l'origine de l'incapacité de travail de l'assuré ni contesté le taux d'incapacité de travail attesté par son médecin. Or, contrairement à ce qu'elle prétendait, Helvetia avait pleinement connaissance de l'évolution de l'incapacité de travail de l'assuré au-delà du 23 février 2010. Outre les précisions relatives aux taux d'incapacité de travail qui ressortaient des rapports des Drs B_____, C_____ et D_____, Helvetia était également en possession d'un récapitulatif, établi par le médecin traitant de l'assuré, retraçant les périodes d'arrêt de travail entre l'intervention chirurgicale du 15 août 2011 et le 31 décembre 2012. Dans la mesure où elle n'avait soulevé aucune objection à cet égard, Helvetia était de mauvaise foi en affirmant qu'elle ne connaissait pas l'incapacité de travail pour les

années 2010 – dès le 23 février 2010 – à 2012 et qu'elle ne savait pas si cette incapacité présentait un lien de causalité avec l'événement du 9 juillet 2009.

9. Une copie de ce courrier a été transmise à Helvetia le 26 février 2016 et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. À teneur de l'art. 84 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; RS/GE E 5 10), applicable à la procédure devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice selon l'art. 89A LPA, la juridiction qui a statué interprète sa décision à la demande d'une partie, lorsqu'elle contient des obscurités ou des contradictions dans le dispositif ou entre le dispositif et les considérants. La demande d'interprétation doit être présentée dans les délais prévus pour les recours (art. 84 al. 2 LPA ; art. 62 LPGa).

L'arrêt attaqué, émanant de la 10^{ème} chambre des assurances sociales de la Cour de justice, la chambre de céans est ainsi compétente pour connaître de la contestation y relative.

En l'espèce, la demande d'interprétation d'Helvetia, expédiée le 12 février 2016, a été formée en temps utile, soit dans le délai de trente jours à compter de la notification de l'arrêt ATAS/20/2016 du 18 janvier 2016.

2. Selon la jurisprudence, l'interprétation tend à remédier à une formulation peu claire, incomplète, équivoque ou en elle-même contradictoire du dispositif de la décision rendue. Elle peut, en outre, se rapporter à des contradictions existant entre les motifs de la décision et le dispositif, mais pas aux motifs en tant que tels (ATF 130 V 326 consid. 3.1, 110 V 222).

Les considérants ne peuvent cependant faire l'objet d'une interprétation que si et dans la mesure où il n'est possible de déterminer le sens du dispositif qu'en ayant recours aux motifs.

Ne sont pas recevables les demandes d'interprétation qui tendent à la modification du contenu de la décision ou à un nouvel examen de la cause. L'interprétation a en effet uniquement pour objet de reformuler clairement et complètement une décision qui n'a pas été formulée de façon distincte et accomplie alors même qu'elle a été clairement et pleinement pensée et voulue (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 263/03 du 17 octobre 2006 consid. 2.2).

Il n'est pas admissible de provoquer, par la voie ou la demande d'interprétation, une discussion d'ensemble de la décision entrée en force relative, par exemple, à la conformité au droit ou à la pertinence de celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2014 du 4 février 2015 consid. 7.2 et les références) ;

3. En l'espèce, Helvetia a déposé une demande d'interprétation de l'arrêt rendu par la chambre de céans le 18 janvier 2016, au motif que le chiffre 4 du dispositif de cet arrêt « renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues ».

La demanderesse en infère qu'elle doit prêter pour les indemnités et les frais médicaux discutés en page 32 de l'arrêt sans devoir et pouvoir au préalable déterminer la durée de son obligation et le retour à un statu quo.

Il ressort toutefois du chargé de pièces complémentaire, déposé le 5 février 2015 par l'assuré, que celui-ci a subi, le 15 août 2011, une intervention « pour réinsérer une déchirure traumatique tendineuse de la hanche droite » ; qu'une incapacité de travail complète du 15 août 2011 au 31 décembre 2011 en a découlé ; que celle-ci s'établissait à 50% du 1^{er} janvier 2012 au 15 août 2012 puis à 25% du 16 août 2012 au 31 décembre 2012 (pièce 77 recourant).

Il est vrai que la période comprise entre le 23 février 2010 et le 14 août 2011 laisse subsister, à première vue seulement, quelques interrogations sur l'incapacité de travail en tant que telle ainsi que les éventuelles variations de son taux. En effet, s'il est clairement établi que l'incapacité de travail est revenue à un taux de 50% dès le 25 janvier 2010 et a passé à 75% à partir du 23 février 2010, appréciation confirmée le 19 avril 2010 par le Dr E_____ (cf. pièces 16 et 76 recourant), la période comprise entre le 20 avril 2010 et le 14 août 2011 fait principalement l'objet d'attestations indirectes de la part des Drs B_____ (pièce 62 recourant, p. 4), C_____ (pièce 63 recourant, p. 2) et D_____ (pièce 71 recourant, p. 8), allant dans le sens d'un maintien de l'incapacité de 75% jusqu'au 14 août 2011 puis d'une incapacité de travail complète durant un certain temps après l'opération du 15 août 2011 (pièce 71 recourant, p. 26). Toutefois, il résulte clairement du rapport médical LAA du Dr E_____, du 30 avril 2010, que l'incapacité de travail était toujours de 75%, fin avril 2010, et qu'elle s'est maintenue à ce taux dans l'attente de l'intervention « car la plupart des activités requises par le travail de moniteur d'auto-école implique justement les efforts précités », soit la « montée-descente d'escaliers, et [...] tous les mouvements impliquant un effort en station monopodale droite » (pièce M-14 intimé).

Force est donc de constater que les variations des taux d'incapacité de travail découlant de l'événement du 9 juillet 2009 sont clairement établies pour la période du 25 janvier 2010 au 31 décembre 2012, quoi qu'en dise Helvetia.

4. Pour la période postérieure au 31 décembre 2012, le défendeur en interprétation indique dans sa réponse du 25 février 2016 qu'il incombera à la demanderesse de réunir les éléments médicaux nécessaires pour déterminer quelle a été l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail et de prêter en conséquence.

Pour sa part, la chambre de céans souligne qu'elle a d'ores et déjà relevé que les éléments versés au dossier ne permettaient pas de connaître à quelle date les

différentes prestations de soins liées à l'événement du 9 juillet 2009 avaient été facturées à l'assuré et/ou si elles avaient été prises en charge par sa caisse-maladie. À cet égard, elle a retenu qu'il incombait à l'assureur de faire la lumière à ce sujet dans le cadre du calcul du droit aux prestations revenant au recourant, au besoin avec le concours de celui-ci (art. 28 al. 2 et 43 al. 3 LPGA ; ATAS/20/2016, p. 32 consid. 13 *in fine*).

Ainsi, le dispositif de l'arrêt du 18 janvier 2016 est parfaitement clair en tant qu'il annule la décision du 28 août 2014 et en tant que de besoin celle du 11 juin 2012 et qu'il renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues.

Il existe ainsi un doute sur le fait que la demande en interprétation soit fondée. Toutefois, dans la mesure où le défendeur admet qu'il incombe à la demanderesse de réunir les éléments médicaux pour déterminer quelle a été l'évolution de l'état de santé au niveau de la hanche et du fessier – y compris les suites de l'opération du 15 août 2011 – seulement pour la période postérieure au 31 décembre 2012, il se justifie d'entrer en matière sur la demande en interprétation en précisant le dernier paragraphe du considérant 13 de l'arrêt ATAS/20/2016 comme suit (modifications en caractères gras) :

« [...] Les éléments au dossier ne permettent toutefois pas de connaître à quelle date les différentes prestations de soins liées à l'événement du 9 juillet 2009 ont été facturées au recourant et/ou si elles ont été prises en charge par cette caisse-maladie. **Pour la période postérieure au 31 décembre 2012, des interrogations subsistent également sur le droit aux autres prestations assurées – survenance du *statu quo sine***. Aussi incombe-t-il à l'intimée de faire la lumière **sur ces questions** dans le cadre du calcul du droit aux prestations revenant au recourant, au besoin avec le concours de celui-ci (art. 28 al. 2 et 43 al. 3 LPGA) ».

Au vu de ce qui précède, la demande en interprétation sera partiellement admise et le dernier paragraphe du considérant 13 de l'arrêt ATAS/20/2016 modifié dans le sens précité.

5. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants.
3. Modifie en conséquence le dernier paragraphe du considérant 13 de l'ATAS/20/2016 comme suit :

« [...] Les éléments au dossier ne permettent toutefois pas de connaître à quelle date les différentes prestations de soins liées à l'événement du 9 juillet 2009 ont été facturées au recourant et/ou si elles ont été prises en charge par cette caisse-maladie. **Pour la période postérieure au 31 décembre 2012, des interrogations subsistent également sur le droit aux autres prestations assurées – survenance du *statu quo sine*.** Aussi incombe-t-il à l'intimée de faire la lumière **sur ces questions** dans le cadre du calcul du droit aux prestations revenant au recourant, au besoin avec le concours de celui-ci (art. 28 al. 2 et 43 al. 3 LPGA) ».
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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 (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 – LTF - RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF ou par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 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

Florence SCHMUTZ

Le président

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales et au Tribunal fédéral par le greffe le