

GE_GERICHTE ATAS/844/2018 vom 26. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_844_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/844/2018 du 26 septembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/844/2018 del 26 settembre 2018

Erwägungen

E. 30

Les parties ont été convoquées par la chambre de céans pour une audience de comparution personnelle au 23 mai 2018, à laquelle le recourant ne s'est pas présenté.

E. 31

Le 24 mai 2018, la chambre de céans a informé le recourant qu'elle envisageait de rejeter son recours pour un autre motif que celui retenu par l'intimée, à savoir que l'événement du 15 avril 2016 ne pouvait être qualifié d'accident. Un délai au 14 juin 2018 lui était octroyé pour faire ses observations ou retirer son recours, dès lors que l'arrêt à prononcer pourrait avoir des conséquences négatives sur sa situation.

E. 32

Le 8 juin 2018, le recourant a fait valoir que le 9 janvier 2017, date de l'intervention chirurgicale, il n'était pas affilié à la LAMal et que son assurance-maladie française ne serait pas entrée en matière. L'hôpital de la Tour lui avait demandé avant l'opération de prouver qu'il était bien, via son employeur, assuré pour accident avec une complémentaire, ce qu'il avait fait. En cas de maladie, au vu de sa couverture d'assurance, il n'aurait pas accepté une intervention de ce type en Suisse. Depuis l'accident du 15 avril 2016, la SUVA avait toujours traité le dossier comme un accident. Il n'était pas médecin et les rapports du Dr D_____, qui l'avait opéré, faisaient état d'un accident. Il n'avait jamais été examiné par un médecin de la SUVA.

E. 33

Lors d'une audience du 12 septembre 2018 : a. Le recourant a déclaré à la chambre de céans qu'il travaillait encore pour l'entreprise B_____ à Satigny. Il courait régulièrement, deux à trois fois par semaine, autour du lac de Divonne. Le 15 avril 2016, en fin de séance, il avait ressenti une grosse douleur dans le pied et la cheville. Le lendemain, il s'était rendu à l'hôpital. La douleur avait persisté, malgré deux infiltrations. En conséquence, le Dr D_____ avait estimé qu'il devait se faire opérer, ce qui avait été fait le 9 janvier 2017. Depuis l'opération, il n'avait plus de douleurs et pouvait courir à nouveau. Après le 15 avril 2016 et pendant les infiltrations, il avait souffert de grosses douleurs. Il avait été en arrêt de travail quelques jours après les infiltrations. Son employeur avait adapté ses tâches à son état de santé, ce qui lui avait permis de continuer à travailler. Il avait toutefois eu des douleurs du 15 avril 2016 jusqu'à l'opération, sauf suite aux infiltrations. Après la première infiltration, il n'avait pas eu mal pendant trois jours. Après la seconde infiltration, il n'avait pas eu mal pendant deux à trois semaines. Il avait continué à travailler malgré les douleurs, parce qu'il avait un poste important sur les chantiers et que ses tâches avaient été adaptées, mais il avait mal, même quand il n'utilisait pas son pied et c'était pire quand il l'utilisait. Sa cheville était alors enflée le soir. Il avait pris des antidouleurs, lorsque c'était insupportable,

parfois plusieurs fois par jour s'il marchait beaucoup. Avant l'opération de janvier 2017, on lui avait juste demandé s'il avait une complémentaire. Son employeur lui avait dit que oui, raison pour laquelle il avait

A/4146/2017 - 7/14 - été opéré à Genève. S'il avait pensé qu'il n'était pas couvert et qu'il s'agissait d'un cas de maladie, il se serait fait opérer en France. b. La représentante de la SUVA a déclaré qu'elle ne souhaitait pas s'exprimer sur la question de savoir si l'évènement en cause était un accident, car ce n'était pas l'objet du litige. Elle s'est toutefois engagée, pour la SUVA, à ne pas revenir sur les prestations qui avaient été versées au recourant. c. La chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait examiner le litige également sous l'angle du principe de la bonne foi. d. La représentante de la SUVA a observé que la compagne du recourant avait été informée que la SUVA ne pouvait pas garantir la prise en charge des frais liés à l'opération de janvier 2017, référence faite à une note de dossier du 22 décembre 2016. Selon une autre note au dossier, la belle-mère du recourant avait également téléphoné à la SUVA le 23 décembre 2016. e. Le recourant a déclaré ne pas se souvenir de ce téléphone. Il se souvenait en revanche d'avoir fait des pieds et des mains auprès de son employeur pour s'assurer qu'il était couvert par une complémentaire et qu'il l'était. Il ne comprenait pas grand-chose aux assurances et s'était fait aider par sa belle-mère et sa compagne, qui entre temps était devenue sa femme. C'était une époque un peu compliquée, car ils préparaient leur mariage et suivaient la construction de leur maison. De plus, il avait beaucoup de travail, comme chaque fin d'année. Ils s'étaient mariés le 17 juin 2017 et leur maison était en construction depuis octobre 2016. Sa compagne lui avait sûrement parlé de son téléphone à la SUVA, mais il pouvait l'avoir oublié. Il se souvenait en revanche que sa belle-mère avait téléphoné à la SUVA pour s'assurer qu'il était bien assuré. Sa compagne était suisse et elle ne l'aurait jamais laissé se faire opérer s'il y avait eu un doute sur la couverture. Il n'avait aucun souvenir d'un courrier de la SUVA du 5 janvier 2017 indiquant que celle-ci voulait réexaminer la question de sa responsabilité pour la prise en charge des suites de l'évènement du 15 avril 2016. f. La belle-mère du recourant a déclaré qu'elle se souvenait avoir téléphoné à la SUVA pour savoir si celui-ci était couvert avant l'opération de janvier 2017, car ils n'arrivaient pas à contacter son employeur. On lui avait répondu que les employés qui travaillaient sur les chantiers étaient couverts. À aucun moment, elle n'avait pensé qu'il pourrait ne pas être couvert par la SUVA pour l'opération de janvier 2017. Lorsque le recourant avait été opéré, le 9 janvier 2017, il n'avait pas encore reçu le courrier de la SUVA du 5 janvier 2017.

E. 34

Sur ce, 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des

A/4146/2017 - 8/14 - 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires

relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci- après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 5. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée en lien avec son opération du 9 janvier 2017. 6. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3). Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est

A/4146/2017 - 9/14 - en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b). L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) dans sa teneur en force jusqu'au 31 décembre 2016, adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). La jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions

corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (ATF 129 V 466 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure, soit d'un événement similaire à un accident,

A/4146/2017 - 10/14 - externe au corps humain susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral du 23 mai 2017 précité, consid.4.2). La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas lorsque l'exercice de l'activité à la suite de laquelle l'assuré a éprouvé des douleurs incite à une prise de risque accrue, à l'instar de la pratique de nombreux sports. L'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru doit être admise lorsque le geste quotidien en cause équivaut à une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). C'est la raison pour laquelle les douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA ne sont pas prises en considération lorsqu'elles surviennent à la suite de gestes quotidiens accomplis sans qu'interfère un phénomène extérieur reconnaissable. À eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent en effet pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 466 consid. 4.2.1. et 4.2.2; arrêt du Tribunal fédéral du 23 mai 2017 précité, consid. 4.2). Ainsi, celui qui ressent une vive douleur, symptôme d'une des lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, lorsqu'il se lève, s'assied, se couche ou marche dans une pièce, ne saurait se prévaloir d'une lésion assimilée à un accident, à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 2). En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable est donnée lors de modifications de la position du corps qui conduisent fréquemment à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, telles que le fait de se redresser brusquement alors qu'on était accroupi, les mouvements brusques ou effectués alors qu'on est lourdement chargé, ou encore le changement de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes

extérieurs (ATF 129 V 446 consid. 4.2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004 consid. 2.2). En outre, la cause extérieure peut être discrète et courante (ATF 116 V 145 consid. 2c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 362/06 du 4 juillet 2007 consid. 3). L'existence d'une cause extérieure permettant d'assimiler une lésion au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA à un accident a donné lieu à une abondante casuistique du Tribunal fédéral. La notion de cause extérieure a notamment été admise dans les cas suivants : une fracture d'une vertèbre à la suite de contractions causées par une crise

A/4146/2017 - 11/14 - d'épilepsie (SVR 1998 UV N° 22, p. 81), le fait de pousser un lourd panier de linge du pied gauche et de faire un mouvement brusque conduisant à une entorse du genou droit (RAMA 2000 N° U 385 p. 267), un saut du haut d'un carton d'emballage (RAMA 2001 N° U 435 p. 332), une entorse du genou en glissant sur un terrain inégal après avoir tenté de séparer des chiens qui se battent (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 27/00 du 27 juin 2001), un faux pas en jouant au volley-ball, provoquant un pincement au genou gauche (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 92/00 du 27 juin 2001), un saut d'une hauteur de 60 cm d'un chariot à bagages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 266/00 du 21 septembre 2001), l'élongation des muscles adducteurs pendant l'entraînement au football (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 20/00 du 10 décembre 2001), une entorse d'un ligament de la cheville gauche après un mouvement de rotation en jouant au hockey en salle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 287/00 du 22 février 2002), une brusque rotation dans une cuisine avec des douleurs subséquentes du genou (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/02 du 21 octobre 2002), une déchirure partielle du tendon rotulien pour un danseur effectuant un porté accroupi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 153/06 du 16 août 2006), et une lésion du ligament du genou droit pour un skieur pratiquant le carving (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 223/05 du 27 octobre 2005). En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable a été niée en présence d'une charge de travail importante et répétée qui a conduit à l'augmentation continue et l'aggravation de douleurs aux genoux (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 198/00 du 30 août 2001), d'une lésion au genou survenue en montant des escaliers (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 159/03 du 11 décembre 2003), d'une élongation musculaire dont les douleurs ont été ressenties lors d'une course à pied (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 100/03 du 31 octobre 2003), ou encore d'une élongation d'un ligament pendant le jogging (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2008 du 23 octobre 2008). 7. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 8. En l'espèce, il est mentionné dans la déclaration d'accident que le recourant s'est tordu la cheville en faisant de la course à pied. Le recourant a déclaré à la chambre de céans qu'à la fin de sa course, il avait ressenti une grosse douleur dans le pied et la cheville. Force est de constater qu'aucune cause extérieure n'a participé à l'atteinte. Il en résulte que celle-ci ne peut être qualifiée d'accident, ni de lésion assimilée à un accident. L'intimée n'avait donc pas à prendre en charge les suites de l'événement en cause et, pour ce motif, sa décision d'arrêter sa prise en charge au 8 janvier 2017 était légitime.

A/4146/2017 - 12/14 - 9. Se pose toutefois la question de savoir si l'intimée ne doit pas prendre en charge les frais liés à l'opération du janvier 2017 en application du principe de la

bonne foi. a. 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 p. 636 s. 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 p. 480). b. En l'espèce, l'intimée a pris en charge les suites de l'événement du 15 avril 2016 de façon erronée, puisqu'il ne s'agissait pas d'un accident ni d'une lésion assimilable à un accident, et en agissant dans le cadre de ses compétences. L'assuré ne pouvait pas d'emblée se rendre compte de cette erreur, dès lors que la définition des cas à la charge de l'assureur-accidents est relativement complexe et source d'une abondante jurisprudence. Il s'est fondé sur la croyance erronée qu'il avait subi un accident, en principe couvert par la SUVA, pour accepter de se faire opérer à Genève. Il a déclaré, de façon convaincante, que s'il avait su qu'il ne s'agissait pas d'un accident, il se serait fait opérer en France, puisqu'il n'était, à l'époque, pas couvert par la LAMal. La réglementation n'a enfin pas changé depuis le moment où la SUVA a pris le cas en charge. La SUVA a informé la compagne de l'assuré, lors d'un téléphone du 22 décembre 2016, qu'elle ne pouvait lui garantir la prise en charge de l'intervention chirurgicale prévue en janvier 2017 et que si l'opération était faite à l'hôpital de la Tour, la SUVA intervenait pour la partie commune. Elle avait invité la compagne de l'assuré à se renseigner auprès de l'hôpital pour connaître les montants des chambres privées et semi-privées. Suite à ce téléphone, le recourant a tenté de contacter son employeur pour s'assurer que son opération serait prise en charge par l'intimée, sans succès dans un premier temps. Le 23 décembre 2016, sa belle-mère a appelé l'intimée, qui l'a informée que la SUVA n'intervenait que pour les traitements de base en salle commune et que la consultation par le médecin et l'anesthésiste ainsi que les frais de chambre privée et semi-privée n'étaient pas pris en charge. La gestionnaire avait donné à son interlocutrice le numéro de téléphone de la Generali pour savoir si l'assuré pouvait bénéficier de la couverture complémentaire.

A/4146/2017 - 13/14 - Le recourant a fait valoir que la seule chose qui lui avait été demandée avant l'opération était de savoir s'il était couvert par une assurance complémentaire par son employeur, ce dont il avait eu la confirmation. Cette allégation est confirmée par les déclarations de sa belle-mère et la garantie d'hospitalisation figurant au dossier. S'agissant du courrier adressé le jeudi 5 janvier 2017 par la SUVA au recourant, il est vraisemblable que, comme celui-ci l'a allégué, il ne l'ait pas reçu avant son opération, qui a eu lieu le lundi 9 janvier 2017, étant précisé que ledit courrier a été adressé en courrier simple peu de temps avant l'opération (soit cinq jours dont un week-end), qui plus est à une adresse française, ce qui est susceptible d'allonger le temps de transmission. La SUVA n'a pas apporté la preuve qu'il a été notifié avant l'opération. Or, le fardeau de la preuve de la notification de ce courrier lui incombe. Même si l'on admettait que ce courrier avait été reçu par le recourant, il faut relever que la SUVA se bornait dans celui-ci à suspendre sa décision

de prise en charge de l'opération à la réception des renseignements médicaux nécessaires et que le recourant avait déjà reçu, le 28 juin 2016, un courrier similaire en lien avec les injections dont il avait bénéficié, lesquelles avaient finalement été prises en charge par l'intimée. Ni les téléphones de la SUVA des 22 et 23 décembre 2016 – qui n'ont pas été adressés directement à l'assuré – ni le courrier du 5 janvier 2017 ne permettent de faire obstacle à l'application du principe de la bonne foi en cas de renseignements erronés. En effet, à aucun moment, le recourant n'a été clairement averti du fait que l'intimée avait pris par erreur son cas en charge, faute d'accident. Il a dès lors accepté de se faire opérer à Genève en se fondant sur la croyance erronée que son opération relevait d'un accident à la charge de l'intimée. Cette dernière devra en conséquence prendre en charge les frais liés à l'opération du 9 janvier 2017, quand bien même elle n'a, en principe, pas le devoir légal de le faire. 10. Le recours doit ainsi être admis, la décision du 6 septembre 2017 annulée et il sera dit que l'intimée doit verser ses prestations en lien avec l'opération subie par le recourant le 9 janvier 2017. 11. Il ne sera pas alloué de dépens au recourant qui a agi, sans l'assistance d'un avocat, dans une cause d'une complexité et d'une importance relatives, n'ayant pas exigé un investissement particulier de sa part, au sens de la jurisprudence précitée. 12. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4146/2017 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.