

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/279/2017

ATAS/1068/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 novembre 2017

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au LIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN

recourant

contre

LA MOBILIÈRE SUISSE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCES, sise
Bundesgasse 35, BERNE, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître Philippe GRUMBACH

intimée

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1973, travaillait en qualité d'agent de sécurité et était assuré de ce fait contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Mobilière suisse société d'assurances SA (ci-après : l'assureur).
2. Le 22 avril 1997, l'assuré a été victime d'un accident en jouant au football.
3. L'assureur a pris en charge le cas.
4. Par courrier du 9 septembre 1998, l'assureur a indiqué à l'assuré qu'il mettrait un terme au versement d'indemnités journalières dès le 30 septembre 1998.
5. Le docteur, généraliste, a annoncé le 20 août 2000 une rechute.
6. Le versement des indemnités journalières a alors été repris.
7. Par décision du 17 septembre 2001, confirmée sur opposition le 20 février 2002, l'assureur a informé l'assuré que le versement des indemnités journalières prendrait fin le 1^{er} octobre 2001. Il lui a par ailleurs reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) de 15%.
8. Le 3 janvier 2006, l'assuré a déclaré à la SUVA, assurance-accidents de son nouvel employeur, qu'il s'était cogné le genou droit dans sa voiture.
9. Le 3 avril 2006, alors qu'il courait en jouant au football, l'assuré a ressenti un déchirement dans son genou entraînant une très vive douleur. Il l'a annoncé à la SUVA.
10. La SUVA a admis la prise en charge provisoire du cas et a accordé des indemnités journalières à l'assuré dès le 3 avril 2006.
11. Le 30 novembre 2010, la SUVA et l'assureur ont mis fin au litige qui les opposait sur la prise en charge des prestations par une convention aux termes de laquelle la première prenait en charge la totalité des frais liés à la rechute jusqu'au 9 juillet 2007, le second intervenant dès le lendemain.
12. Par décision du 29 septembre 2011, confirmée sur opposition le 6 mars 2012, l'assureur a mis fin au paiement d'indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement au 30 septembre 2011. Il a par ailleurs accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 30%.
13. Par arrêt du 4 décembre 2012, la Chambre de céans a rejeté le recours interjeté par
14.
1
assuré contre ladite décision (ATAS/1464/2012). Cet arrêt est entré en force.
15. Le 1^{er} juillet 2014, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une demi-rente du 1^{er} février au 31 août 2008, un trois-quarts de rente du 1^{er} mai au 31 juillet 2009, une rente

entière du 1^{er} août 2009 au 31 décembre 2011, et une demi-rente à compter du 1^{er} janvier 2012.

16. Par décision du 6 février 2015, l'OAI a quelque peu modifié son projet de décision, en ce sens qu'il a admis l'octroi d'une demi-rente du 1^{er} février au 30 novembre 2008, d'un trois-quarts de rente du 1^{er} mai au 31 juillet 2009, d'une rente entière du 1^{er} août 2009 au 31 décembre 2011, et d'une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2012.
17. Le 16 mars 2015, l'assuré a adressé à l'assureur une copie de la décision de l'OAI. Etant donné que son état de santé s'était nettement aggravé, ce qui avait été admis par l'OAI, l'assuré invitait l'assureur à lui verser les prestations dues.
18. Le 2 avril 2015, l'assureur, se référant expressément à l'arrêt de la Chambre de céans du 4 décembre 2012 (ATAS/1464/2012), a considéré qu'il n'existait aucun élément nouveau lui permettant de modifier sa prise de position.
19. Le 4 mai 2015, l'assuré a invité l'assureur à revoir sa position, étant donné que son état de santé s'était nettement aggravé.
20. Le 20 mai 2015, l'assureur a maintenu sa position, rappelant que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'avait pas de force contraignante pour l'assureur accidents.
21. Les 23 septembre et 27 octobre 2015, ainsi que le 1^{er} février 2016, l'assuré a réclamé la notification d'une décision formelle.
22. Le 15 février 2016, l'assureur a indiqué que la rente d'invalidité octroyée à l'assuré ne se basait sur aucun élément nouveau ou dont la Chambre de céans n'aurait pas eu connaissance avant de rendre son arrêt. Par conséquent, l'assureur n'entrait pas en matière sur la demande de l'assuré et aucune décision n'allait être rendue.
23. Suite au recours pour déni de justice interjeté par l'assuré, la Chambre de céans a invité l'assureur à statuer dans les plus brefs délais (ATAS/353/2016 du 3 mai 2016).
24. Le 4 juillet 2016, l'assuré a sollicité de l'assureur qu'il rende une décision.
25. Par décision du 19 juillet 2016, l'assureur a relevé que l'assuré demandait la révision des décisions rendues les 29 septembre 2011 et 6 mars 2012, en alléguant que la décision de l'OAI permettrait de constater une aggravation de son état de santé. Or, dans la mesure où la Chambre de céans avait statué sur sa décision sur opposition du 6 mars 2012, l'assureur n'était pas compétent pour connaître la demande présentée par l'assuré. Cette demande était par conséquent irrecevable.
26. Le 14 septembre 2016, l'assuré s'est opposé à cette décision, faisant valoir que l'annonce du 16 mars 2015 était une annonce de rechute et d'aggravation de son état de santé et non une demande de révision de l'arrêt du 4 décembre 2012. Seul l'assureur était donc compétent pour traiter ladite annonce.
27. Par décision sur opposition du 7 décembre 2016, l'assureur a confirmé sa décision. La demande présentée par l'assuré constituait une demande de révision de l'arrêt de

la Chambre de céans du 4 décembre 2012. L'assuré réclamait des prestations en alléguant que la décision de l'OAI permettrait de constater une aggravation de son état de santé, qui n'avait été retenue ni dans la décision du 6 mars 2012, ni dans l'arrêt du 4 décembre 2012. L'assureur n'était donc pas compétent pour connaître de cette demande, laquelle était par conséquent irrecevable.

28. Par acte du 23 janvier 2017, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation, à l'octroi d'une IPAI calculée sur une incapacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2011 (sous déduction du montant déjà versé à ce titre) et à l'octroi d'une rente d'invalidité calculée sur une incapacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2011 ; subsidiairement, à l'annulation de la décision, à ce qu'il soit constaté que l'assureur est compétent pour traiter l'aggravation de l'état de santé annoncée le 16 mars 2015 et lui renvoyer la cause pour instruction et décision.

Selon le recourant, il était manifeste que l'annonce de l'aggravation de son état de santé le 16 mars 2015 correspondait à l'annonce d'une rechute et non à une demande de révision de l'arrêt du 4 décembre 2012. Depuis l'accident de 1997, son état de santé se dégradait progressivement et l'intimée avait déjà dû augmenter l'IPAI de 8% à 30% suite à plusieurs annonces de rechute. L'annonce faite en mars 2015 ne remettait pas en cause la force de chose jugée de l'arrêt du 4 décembre 2012, ni celle de l'expertise du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. L'aggravation portait sur une période postérieure à celle dont s'était occupée la Chambre de céans dans le cadre de la procédure précédente, de sorte qu'aucune autorité n'avait rendu de décision sur cette nouvelle période de rechute qui avait commencé le 1^{er} octobre 2011. Les pièces motivant l'annonce du 16 mars 2015, datées de 2013, 2014 et 2015, soit bien après que l'arrêt du 4 décembre 2012 ait été rendu, attestaient une aggravation conduisant à une incapacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2011. Le Dr C_____ avait d'ailleurs indiqué que l'état de santé allait s'aggraver progressivement. Ainsi, l'aggravation constatée, grâce à la mise sur pied par l'OAI de mesures de réadaptation pendant plus de deux ans, correspondait parfaitement à l'évolution pronostiquée par l'expert. Force était de constater qu'il s'agissait d'une rechute relevant de la compétence de l'intimée. La position de cette dernière était d'autant plus incompréhensible que dans le cadre de ses décisions des 29 septembre 2011 et 6 mars 2012, elle avait expressément invité le recourant à prendre contact avec elle si son état de santé devait s'aggraver par la suite. Par conséquent, le motif d'incompétence avancé par l'intimée tombait à faux. Enfin, l'intimée était liée par les constatations de l'OAI et elle aurait dû reconnaître l'incapacité de travailler du recourant médicalement attestée de 50% dès le 1^{er} octobre 2011.

29. Par réponse du 22 février 2017, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Le recourant réclamait des prestations dès le 1^{er} octobre 2011, soit la date à partir de laquelle celles-ci lui avaient été refusées dans la cause jugée par la Chambre de céans (ATAS/1464/2012 du 4 décembre 2012). Il s'agissait dès lors

bien d'une demande de révision de cet arrêt, pour laquelle l'intimée était incompétente. Quoi qu'il en soit, les conditions d'une révision n'étaient manifestement pas remplies dans le cas d'espèce et si la Chambre de céans devait requalifier le recours comme étant une demande de révision, l'intimée sollicitait qu'un délai lui soit accordé pour se déterminer. Enfin, le recourant se prévalait d'une prétendue rechute, mais il n'apportait aucun élément médical probant.

30. Par réplique du 13 avril 2017, le recourant a rappelé notamment que lors de sa demande du 16 mars 2015, il avait expressément fait valoir une aggravation de son état de santé en se fondant sur la décision de l'OAI du 6 février 2015, laquelle avait été rendue au terme d'une instruction médicale et professionnelle circonstanciée. Elle reposait sur les mesures de réadaptation mises en place plusieurs années après le prononcé de l'arrêt du 4 décembre 2012 et qui avaient permis d'évaluer de manière précise et empirique sa capacité de travailler. Selon le recourant, suite à l'annonce du 16 mars 2015, l'intimée aurait dû mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires. Si tel avait été le cas, elle aurait constaté, à l'instar de l'OAI, l'aggravation de son état de santé. A cet égard, le recourant produisait un rapport du 13 avril 2017 du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, indiquant notamment qu'il existait une dégradation importante de la gonarthrose tri-compartimentale post-traumatique après environ 20 ans d'une plastie du ligament croisé antérieur qui n'existait quasiment plus. Selon le recourant, c'était à tort que l'intimée s'estimait incompétente pour traiter son annonce du 16 mars 2015 et qu'elle avait refusé de reconnaître l'aggravation de son état de santé.
31. Par duplique du 12 mai 2017, l'intimée a fait valoir que le recourant voulait substituer l'appréciation du dossier effectuée par l'OAI, à celle de la Chambre de céans. Le recourant avait utilisé le terme rechute seulement lorsque l'intimée lui avait indiqué qu'elle n'était pas liée par la décision de l'OAI. La démarche revenait à vouloir remettre en cause le jugement de la Chambre de céans du 4 décembre 2012, entré en force et qui avait définitivement liquidé le dossier. Par ailleurs, le certificat du Dr D_____ du 13 avril 2017 démontrait que la décision de l'OAI avait été rendue sur la base du même dossier que celui de l'arrêt du 4 décembre 2012 puisque ce médecin n'attestait pas une aggravation de l'état de santé du recourant, ni au 1^{er} octobre 2011, ni postérieurement au prononcé de l'arrêt du 4 décembre 2012.
32. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la Chambre de céans a gardé la cause 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 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Le recours a été formé, compte tenu des feries se déroulant du 18 décembre 2016 au 2 janvier 2017 inclusivement, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c, art. 60 et 61 let. b LPGA).
4. Le litige se limite à la question de la recevabilité de la demande formée par le recourant auprès de l'intimée le 16 mars 2015.

Le bien-fondé de la demande n'entre pas dans l'objet du litige tel que déterminé par la décision litigieuse. Dès lors, en tant que les conclusions principales du recourant se rapportent à l'octroi d'une IPAI et d'une rente d'invalidité, alors que la décision entreprise porte sur l'irrecevabilité de la demande du 16 mars 2015 - l'intimée s'estimant incompétente – ces conclusions excèdent l'objet du litige.

Ces conclusions seront donc qualifiées d'irrecevables.

5. Le recourant est d'avis que sa demande du 16 mars 2015 correspond à l'annonce d'une rechute alors que l'intimée considère qu'il s'agit d'une demande de révision de l'ATAS/1464/2012 rendu le 4 décembre 2012 par la Chambre de céans.
6. Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

7. Selon l'art. 61 let. i de la LPGA (par renvoi de l'art. 89I al. 2 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 ; LPA-GE - E 5 10), les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

Aux termes de l'art. 81 LPA, la demande de révision doit être adressée par écrit à la juridiction qui a rendu la décision, dans les trois mois dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans à compter de la notification de la décision.

Lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé (art. 39 al. 2 LPGA).

8. En l'occurrence, dans le cadre de la précédente procédure opposant les parties (A/1147/2012), la Chambre de céans a confirmé la décision sur opposition du 6 mars 2012 par laquelle l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières, à la prise en charge des frais de traitement au 30 septembre 2011 et a octroyé une IPAI fondée sur un taux de 30% (ATAS/1464/2012 du 4 décembre 2012). On relèvera que conformément à la jurisprudence constante (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références), dans le cadre de son arrêt du 4 décembre 2012, la Chambre de céans a apprécié la légalité de la décision sur opposition litigieuse d'après l'état de fait existant au moment où celle-ci a été rendue, soit jusqu'au 6 mars 2012.

Par ailleurs, par courriers des 16 mars et 4 mai 2015 adressés à l'intimée, le recourant a relevé, en se fondant sur la décision de l'OAI du 6 février 2015, que son état de santé s'était nettement aggravé. Invoquant l'uniformité de la notion d'invalidité en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, il a invité l'intimée à fixer les prestations qui lui étaient dues. Dans son opposition du 14 septembre 2016, le recourant a expliqué que son courrier du 16 mars 2015 correspondait à l'annonce d'une nouvelle période de rechute dès le 1^{er} octobre 2011. Dans le cadre de la présente procédure, le recourant fait valoir que l'objet du litige porte sur son droit aux prestations dès le 1^{er} octobre 2011, en raison d'une incapacité de travail de 50% dès cette date. Il explique qu'il s'agit d'une nouvelle période de rechute qui a commencé le 1^{er} octobre 2011 et que les pièces motivant l'annonce faite le 16 mars 2015 font état d'une aggravation dès le 1^{er} octobre 2011. Selon lui, l'intimée est liée par les constatations de l'OAI et aurait dû reconnaître l'incapacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2011.

Au vu de la teneur des courriers et des écritures du recourant, il apparaît que celui-ci entend obtenir des prestations à compter du 1^{er} octobre 2011. Or, dans la mesure où la Chambre de céans s'est déjà prononcée, par un arrêt entré en force, sur l'état de fait existant entre le 1^{er} octobre 2011 et le 6 mars 2012, force est de constater que s'agissant de cette période, le recourant aurait dû déposer auprès de la Chambre de céans une demande de révision de l'ATAS/1464/2012, ce qu'il n'a pas fait.

Cela étant, même si l'on devait retenir que la demande adressée le 16 mars 2015 à l'intimée correspond, pour la période du 1^{er} octobre 2011 au 6 mars 2012, à une demande de révision de l'ATAS/1464/2012 que l'intimée - incompétente pour l'examiner - aurait dû transmettre à la Chambre de céans, il n'en demeure pas moins que sa recevabilité aurait été rejetée pour tardiveté. En effet, le recourant fait valoir, à l'appui de sa demande du 16 mars 2015, le fait que l'OAI a retenu une incapacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2011. Or, c'est depuis le mois de juillet 2014 que le recourant connaissait les conclusions de l'OAI sur ce point (cf. son projet de décision du 1^{er} juillet 2014), étant précisé que la question de savoir s'il s'agit effectivement d'un fait nouveau valant motif de révision au sens de l'art. 61 let. i LPGA peut rester ouverte.

C'est par conséquent à juste titre que l'intimée s'est déclarée incompétente pour examiner la demande du recourant, en tant que celle-ci concerne son droit aux prestations pour la période du 1^{er} octobre 2011 au 6 mars 2012.

Sur ce point, la décision sur opposition litigieuse doit être confirmée.

S'agissant de la période à compter du 7 mars 2012, force est de constater que l'intimée aurait dû examiner l'annonce de l'aggravation de l'état de santé formulée par le recourant le 16 mars 2015, puisque les faits survenus à compter du 7 mars 2012 n'ont fait l'objet d'aucune décision entrée en force. L'intimée était par conséquent pleinement compétente pour la traiter et c'est à tort qu'elle a déclaré irrecevable la demande du recourant.

Sur ce point, la décision sur opposition litigieuse doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction de l'annonce faite par le recourant le 16 mars 2015 en tant qu'elle porte sur les faits survenus à compter du 7 mars 2012.

9. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement. La décision sur opposition litigieuse sera annulée, en tant que l'intimée s'est déclarée incompétente pour examiner la demande du recourant du 16 mars 2015 portant sur l'aggravation de son état de santé et son droit à des prestations à compter du 7 mars 2012, et confirmée pour le surplus. L'intimée étant compétente pour examiner cette demande, la cause lui sera renvoyée pour instruction et nouvelle décision.
10. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).
11. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours irrecevable en tant qu'il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
2. Déclare le recours recevable pour le surplus.

Au fond :

3. L'admet partiellement.
4. Annule la décision sur opposition du 7 décembre 2016 en tant qu'elle déclare irrecevable la demande du recourant du 16 mars 2015 portant sur l'aggravation de son état de santé et son droit à des prestations à compter du 7 mars 2012.
5. La confirme pour le surplus.
6. Dit que l'intimée est compétente pour traiter la demande du recourant du 16 mars 2015 portant sur l'aggravation de son état de santé et son droit à des prestations à compter du 7 mars 2012.
7. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction de la demande du recourant du 16 mars 2015 portant sur l'aggravation de son état de santé et son droit à des prestations à compter du 7 mars 2012 et nouvelle décision.
8. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
9. Dit que la procédure est gratuite.
10. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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