

GE_GERICHTE ATAS/717/2018 vom 22. August 2018

GE Cour de justice, 2018-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_717_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/717/2018 du 22 août 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/717/2018 del 22 agosto 2018

Erwägungen

E. 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 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.

E. 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le recours, formé dans le délai et selon la forme prescrits (art. 56 et ss LPGA), sera déclaré recevable.

E. 4

Le litige porte sur la recevabilité de la demande du recourant tendant à la révision procédurale de la décision du 1er juin 2015.

E. 5

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, ATF 125 V 414 consid. 1a, ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). En l'occurrence, la décision litigieuse ne porte pas sur le fond, mais se limite à examiner si les conditions d'une révision procédurale sont remplies. On ne saurait

A/2825/2017 - 12/17 - déduire du fait que l'intimée a communiqué les rapports invoqués par le recourant à son médecin conseil, qu'elle a accepté de rouvrir l'instruction de la cause. Au contraire, il appert que la Dresse Q_____ a uniquement été sollicitée afin de déterminer

si lesdits documents contenaient des faits ou moyens de preuve nouveaux. Partant, les conclusions du recourant tendant au renvoi de la cause à l'intimée pour révision de la décision du 1er juin 2015 et versement des prestations légales, ainsi qu'au constat que son incapacité de travail est en lien de causalité avec l'accident, ne sont pas recevables, dès lors qu'elles excèdent l'objet du litige.

E. 6

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

E. 7

Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont «nouveaux» au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_226/2014 du 19 mai 2014 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 175/0 du 29 novembre 2005 consid. 2.2). Partant, un fait nouveau permettant la révision procédurale d'une décision entrée en force doit exister au moment où cette décision a été rendue, mais être découvert après coup. Quant au moyen de preuve, il ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des

A/2825/2017 - 13/17 - éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 8C_368/2013 du 25 février 2014 consid. 5.1 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 183/04 du 28 avril 2005 consid. 2.2). Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références). Il n'y a pas motif à

révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit bien plutôt être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2 et les références).

E. 8

Aux termes de l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA – RS 172.021). Selon l'art. 67 al. 1 PA, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité de recours qui a rendu la décision dans les 90 jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision. La jurisprudence considère que les règles sur les délais prévues à l'art. 67 PA s'appliquent à la révision procédurale d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 465/04 du 16 juin 2005 consid. 1).

E. 9

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 10

Dans le cas d'espèce, le recourant soutient que les rapports médicaux qu'il a produits établissent l'existence de faits nouveaux inconnus au 1er juin 2015. A titre liminaire, il sied de rappeler que le recourant a fondé sa demande de révision procédurale, déposée le 23 septembre 2016, sur les rapports des 29 janvier et 22 août 2016 du Dr J_____, un compte-rendu opératoire du 22 juin 2016 du Dr K_____, et une lettre de sortie du Dr L_____ du 30 juin 2016.

A/2825/2017 - 14/17 - La question de savoir si le rapport établi en date du 29 janvier 2016 par le Dr J_____ est constitutif de faits ou de moyens de preuve nouveaux peut rester ouverte, dans la mesure où la demande en révision a été déposée le 23 septembre 2016, soit plus de trois mois après que le recourant a eu connaissance de ce rapport. Reste à examiner si les rapports établis par le Dr K_____, en date du 22 juin 2016, le Dr L_____, en date du 30 juin 2016, et le Dr S_____, en date du 22 août 2016, sont constitutifs de faits ou de moyens de preuve nouveaux permettant de considérer que la décision sur opposition du 1er juin 2015 contient des défauts objectifs. Dans leur rapport, le Dr K_____ et le Dr L_____ font état d'une coxarthrose évoluée gauche. S'agissant de l'existence d'une coxarthrose gauche, la chambre de céans constate que ce diagnostic ne figure effectivement pas, en ces termes, dans les rapports établis par le Dr G_____. Cela étant, on ne saurait admettre qu'il s'agit d'un fait nouveau au sens de la jurisprudence, puisque le Dr I_____ (rapport d'arthro-IRM de la hanche gauche du 13 novembre 2014) et le Dr G_____ (rapport du 1er

décembre 2014) faisaient déjà état d'un "discret remaniement sous-chondral de l'os acétabulaire", ce qui, selon la Dresse Q_____, était le signe de la présence d'une arthrose (rapport du 29 août 2017, p. 13). On relèvera à cet égard, qu'aucun des médecins consultés par le recourant n'a contesté ce fait. Quoiqu'il en soit, même s'il s'agissait d'un fait nouveau, il convient de relever que la demande de révision déposée le 23 septembre 2016, devrait alors être déclarée tardive sur ce point, puisque le Dr L_____ et le Prof. P_____ se réfèrent déjà, en date du 25 février 2016, à l'existence d'une arthrose à la hanche gauche du recourant. S'agissant du rapport du 22 août 2016 du Dr J_____, celui-ci explique que le recourant présentait, en juin 2015, notamment un problème de douleurs lombaires irradiant au niveau du flanc gauche, qui avaient été bilantées et pour lesquelles le diagnostic de syndrome de Maigne avait été retenu. S'agissant du syndrome de Maigne, la chambre de céans constate que le Dr G_____ n'en fait effectivement pas état dans ses rapports. Toutefois, il convient de relever que ce diagnostic avait déjà été évoqué tant par la Dresse E_____ (rapport du 27 janvier 2014) que par les médecins de la CRR (rapport du 18 août 2014 du docteur Gilles RIVIER, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, p. 3), de sorte qu'il était parfaitement connu de l'intimée lorsqu'elle a rendu sa décision du 1er juin 2015. Partant, l'on ne saurait retenir qu'il s'agit d'un fait nouveau au sens de la jurisprudence, susceptible de remettre en question cette décision entrée en force. Même en admettant que ce diagnostic n'était pas connu à la date déterminante du 1er juin 2015, la demande de révision, déposée le 23 septembre 2016, devrait alors également être déclarée tardive sur ce point. Il résulte en effet des pièces médicales

A/2825/2017 - 15/17 - établies postérieurement au 1er juin 2015, que le syndrome de Maigne figure dans les rapports des médecins traitants du recourant en tout cas depuis le 8 juillet 2015 (rapports des 8 juillet, 22 septembre et 27 octobre 2015 du Dr N_____ et rapports des 9 novembre et 17 décembre 2015 du Dr J_____). Il sied encore d'ajouter que le recourant fait valoir, dans sa demande de révision et dans son recours, qu'une déchirure labrale a été diagnostiquée, laquelle expliquait ses douleurs inguinales et ses limitations fonctionnelles, alors que le Dr G_____ avait retenu, à tort selon le recourant, uniquement des lésions "banales" au niveau de la hanche gauche. La chambre de céans constate qu'en date du 12 juin 2015, soit après la notification de la décision du 1er juin 2015, une arthro-IRM de la hanche gauche du recourant a mis en évidence un aspect proéminent du labrum qui était d'aspect hétérogène avec présence d'un hypersignal linéaire au niveau de sa partie supérieure pouvant être compatible avec une déchirure (rapport du Dr M_____). La Dresse Q_____, dans son appréciation du 29 août 2017, contestait l'existence d'une « déchirure » labrale. La chambre de céans relèvera qu'au vu des rapports médicaux versés à la procédure, l'existence d'une déchirure labrale à l'origine des plaintes inguinales du recourant apparaît effectivement douteuse, puisque les spécialistes consultés par le recourant quelques mois seulement après les résultats de l'arthro-IRM du 12 juin 2015, se sont référés, pour expliquer la symptomatologie inguinale du recourant, uniquement au labrum dégénératif révélé par le bilan d'imagerie effectué en 2014 (rapport du Dr N_____ du 27 octobre 2015 et rapport du Dr J_____ du 9 novembre 2015). Quoiqu'il en soit, même en admettant l'existence d'une atteinte préexistante au 1er juin 2015, mais non diagnostiquée jusque-là, il n'en demeure pas moins que la demande de révision, déposée le 23 septembre 2016, serait également tardive sur ce point, puisque le terme "déchirure" figurait déjà dans le rapport de l'arthro-IRM du

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

E. 13

L'intimée conclut à l'octroi de dépens. De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4b). Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le cas d'espèce, l'intimée ne peut se voir allouer une telle indemnité.

E. 14

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2825/2017 - 17/17 - 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.