

## **GE\_GERICHTE A/640/2011 vom 19. April 2011**

GE Cour de justice, 2011-04-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_640\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_640_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/640/2011 du 19 avril 2011

IT: GE\_GERICHTE A/640/2011 del 19 aprile 2011

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.04.2011  
A/640/2011

A/640/2011 ATAS/402/2011 du 19.04.2011 ( LAA ), IRRECEVABLE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/640/2011  
ATAS/402/2011 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 19 avril  
2011 1 ère Chambre En la cause Monsieur P \_\_\_\_\_, c/o ASSISTA TCS SA, Service  
juridique, représenté par Me Damiano CIATTINI, chemin de Blandonnet 4, 1214 Vernier  
recourant contre ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES, Service juridique, Case  
postale, 8085 ZURICH intimée EN FAIT Monsieur P \_\_\_\_\_ a été victime d'un  
accident lors d'une descente à ski le 20 février 1987. Il a alors subi une fracture du col du  
fémur droit. La ZURICH ASSURANCES (ci-après l'intimée) a pris en charge les suites de  
cet accident. En novembre 2009, l'assuré a annoncé une rechute. Il a subi le 6 janvier 2010  
une intervention chirurgicale visant à la pose d'une prothèse totale de la hanche droite. Par  
décision du 17 novembre 2010, considérant que l'état de santé définitif était atteint et que  
l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail, l'intimée a mis fin à ses prestations LAA  
au 16 novembre 2010. Elle a fixé le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dû à  
l'assuré à 16'320 fr., représentant les 20% du gain assuré en 1987. L'assuré, représenté par  
ASSISTA TCS SA, a formé opposition le 8 décembre 2010. Il a contesté le gain assuré  
retenu par l'intimée, considérant que l'indemnité devait être calculée sur la base du gain  
assuré 2008, soit l'année précédant la rechute. Par décision du 31 janvier 2011, l'intimée a  
rejeté l'opposition. L'assuré a interjeté recours le 2 mars 2011 contre ladite décision. Il a fait  
valoir qu'après s'être vu notifier la décision sur opposition, il avait appris qu'il devait subir  
une nouvelle intervention chirurgicale. Il reproche ainsi à l'intimée de n'avoir pas su tenir  
compte de l'aggravation prévisible de son état de santé. Il n'est dès lors pas exclu à son avis  
que l'intimée doive prolonger la prise en charge des frais médicaux et augmenter le taux de  
l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il requiert la suspension de la procédure jusqu'au 31  
mai 2011, afin de produire un rapport d'expertise de partie. Il conclut à ce que la prise en  
charge des frais médicaux ne prenne fin qu'au 31 mai 2011, à ce que la décision du 31  
janvier 2011 soit annulée, et à ce qu'il soit dit et constaté que l'indemnité pour atteinte à  
l'intégrité corporelle dépasse le taux de 20% dans une mesure à déterminer. Dans sa réponse  
du 31 mars 2011, l'intimée a consenti à la suspension de la procédure jusqu'au 31 mai 2011.  
Au fond, rappelant que la décision du 17 novembre 2010 avait acquis force de chose jugée  
concernant l'atteinte de la stabilité de la santé du recourant et la fin de la prise en charge des  
frais de traitement au 16 novembre 2010, elle a conclu au rejet du recours. Ce courrier a été  
transmis à l'assuré, puis la cause gardée à juger. EN DROIT 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Dans son recours, l'assuré n'a pas seulement conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 31 janvier 2011, mais faisant valoir qu'il devait subir une nouvelle intervention chirurgicale, ce qu'il venait d'apprendre, il a requis la prolongation de la prise en charge des frais médicaux au 31 mai 2011 et une nouvelle évaluation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Or, 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 125 V 414 consid. 1a, ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Ainsi, une conclusion qui sort de l'objet de la contestation défini par la décision sur opposition n'est pas recevable (ATF 125 V 414 consid. 1; Meyer/von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, p. 439 no 8); cf. ATF du 3 février 2006 C 80/05 ). Toutefois, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). La Cour de céans constate qu'en l'espèce, l'intimée a dûment tranché sur opposition la seule question qui lui était soumise, à savoir déterminer quel était le gain assuré sur la base duquel devait être calculée l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due à l'assuré. S'agissant de la date à compter de laquelle la prise en charge des frais médicaux devait cesser et du taux de l'IAI à prendre en considération, force est de constater que l'intimée n'a pas rendu de décision et ne s'est pas exprimée à ce sujet. Les nouvelles conclusions de l'assuré formulées pour la première fois dans le recours sortent ainsi du cadre de la présente contestation. Elles seront donc déclarées irrecevables (cf. ATF non publié C.211/06 du 29 août 2007, consid. 3). L'assuré fait valoir une nouvelle rechute ou des séquelles tardives, sans autre précision. Il n'appartient pas à la Cour de céans d'investiguer sur ce fait nouveau. Partant, les conclusions de l'assuré y relatives sont prématurées. Elles peuvent en revanche faire l'objet d'une nouvelle demande à adresser à l'intimée. Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurance sociale peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. L'art. 10 al. 1 OPGA, édicté sur la base de la délégation de compétence prévue par l'art. 81 LPGA, prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. Si elle ne satisfait pas à ces exigences ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5

OPGA). L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi (cf. ATF 125 V 121 consid. 2a et les références). Elle assure la participation de l'assuré au processus de décision et poursuit notamment un but d'économie de procédure et de décharge des tribunaux, dans les domaines du droit administratif où des décisions particulièrement nombreuses sont rendues (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 2 ss ad art. 52, avec les références; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II: Les actes administratifs et leur contrôle, 2ème édition, Berne 2002, p. 533 n° 5.3.2.2; Grisel, Traité de droit administratif, vol. II, p. 939). Dans ce cadre, la procédure d'opposition ne revêt de véritable intérêt que si l'opposant doit exposer les motifs de son désaccord avec la décision le concernant (voir cependant Kieser, op. cit., n. 13 ad art. 52); à défaut, on courrait le risque de faire de l'opposition une simple formalité avant le dépôt d'un recours en justice, sans qu'assuré et autorité aient véritablement examiné sur quoi portent leurs divergences. Les exigences formelles posées par l'art. 10 al. 1 OPGA concrétisent, par ailleurs, l'obligation de l'assuré de collaborer à l'exécution des différentes lois d'assurances sociales (art. 28 al. 1 et 43 al. 3 LPGa; Marco Reichmuth, ATSG - [erste] Erfahrungen in der IV, in : Schaffhauser/Kieser (édit.), Praktische Anwendungsfragen des ATSG, St-Gall 2004, p. 44), et correspondent largement à celles posées par la jurisprudence antérieure à la LPGa pour la procédure d'opposition prévue dans certaines branches d'assurance-sociale (ATF 123 V 130 consid. 3 et les références; voir également, en matière d'assurance-accidents, l'art. 130 al. 1 OLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). Ainsi, le but de la procédure d'opposition, qui est obligatoire (SVR 2006 AHV N° 13, p. 44 et 2005 AHV N° 9 p. 30), est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près, parfois même en confiant l'examen du dossier à une autre personne que l'auteur de la décision contestée. Elle doit lui permettre, en particulier, de compléter au mieux le dossier, par des mesures d'instruction appropriées - souvent nécessitées par les nouveaux allégués de l'assuré - afin de décharger les tribunaux, ce qui est le but final recherché (ATF 125 V 188 consid. 1b p. 191, Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 25 septembre 2007, C 273/06). La procédure d'opposition porte sur les rapports juridiques qui, d'une part, font l'objet de la décision initiale de l'autorité et à propos desquels, d'autre part, l'opposant manifeste son désaccord, implicitement ou explicitement (cf. ATF 119 V 350 consid. 1b et les références; voir également l'arrêt D. du 8 octobre 2003 [U 152/01] consid. 3). Si la décision initiale ne porte que sur un seul rapport juridique - par exemple, le droit de l'assuré à une rente d'invalidité -, celui-ci constitue également l'objet de la procédure d'opposition. L'autorité valablement saisie d'une opposition devra donc se prononcer une seconde fois sur tous les aspects de ce rapport juridique, quand bien même la motivation de la nouvelle décision portera principalement sur les points critiqués par l'opposant. En cas de recours ultérieur à un juge, ce rapport juridique constituera également l'objet du litige dont il a à connaître (cf. ATF 125 V 415 ss consid. 2; pour la procédure d'opposition : Meyer-Blaser, Streitgegenstand im Streit-Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in: Schaffhauser/Schlauri (édit.), Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St-Gall 2001, p. 19, Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 19 novembre 2004, I 663/03). Les autorités administratives et judiciaires sont liées par le principe général de la bonne foi en procédure découlant aussi bien de l'art. 4 aCst. que de l'art. 9 Cst. L'interdiction du formalisme excessif qui constitue l'une de ces garanties de procédure commande à celles-ci d'éviter de sanctionner par l'irrecevabilité les vices de procédure qui auraient pu être redressés à temps,

lorsqu'elles pouvaient s'en rendre compte assez tôt et les signaler utilement au plaideur (ATF 120 V 417 consid. 5a). Le formalisme excessif est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. Il est réalisé lorsqu'il est prévu pour une procédure des règles de forme rigoureuses, sans que cette rigueur soit matériellement justifiée. Selon la jurisprudence, les formes procédurales sont nécessaires dans la mise en oeuvre des voies de droit pour assurer le déroulement de la procédure conformément au principe de l'égalité de traitement, ainsi que pour garantir l'application du droit matériel; toutes les exigences formelles ne se trouvent donc pas en contradiction avec la prohibition du formalisme excessif. Il y a formalisme excessif seulement lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi et complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 130 V 183 consid. 5.4.1, 128 II 142 consid. 2a). L'excès de formalisme peut résider soit dans la règle de comportement imposée au justiciable, soit dans la sanction qui lui est attachée (ATF 125 I 170 consid. 3a ; arrêt du 11 janvier 2005, I 191/04). Force est de constater qu'en l'espèce, l'assuré n'a pas formé opposition contre le fait que son état de santé ait été considéré comme stabilisé au 16 novembre 2010 et partant que l'intimée mette fin à cette date à ses prestations. Il n'a pas non plus contesté le taux retenu pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Aussi ces deux points sont-ils entrés en force. Autre est la question de savoir si, ainsi qu'il l'allègue, l'assuré a subi une nouvelle rechute ou des séquelles tardives, ce qui fera, le cas échéant, l'objet d'une nouvelle instruction, suivie d'une nouvelle décision sujette à opposition. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Dit que les conclusions relatives à la prise en charge des frais médicaux jusqu'au 31 mai 2011 et la fixation d'un taux à 20% sont irrecevables. Rejette le recours pour le surplus. Dit que la procédure est gratuite. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI-WANGELER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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