RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1459/2022 **ATAS/1018/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 novembre 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, TROINEX, représentée par DEXTRA PROTECTION JURIDIQUE SA	recourante

contre

BÂLOISE ASSURANCES SA, sise Aeschengraben 21, BASEL, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI	intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1963, travaille comme technicienne en microbiologie pour B_____ (ci-après : l'employeur) et est assurée à ce titre selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) par Bâloise Assurances SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

b. Le 26 mai 2015, l'employeur de l'assurée a déclaré à l'assurance un « accident » survenu le 19 janvier 2015. L'atteinte était due à des manipulations répétées durant l'activité de l'assurée, notamment la manipulation de la pipette pour effectuer des prélèvements dans des éprouvettes. Une intervention à la clinique de la main avait eu lieu le 21 janvier 2015, avec une reprise du travail le 9 février 2015.

c. Selon un protocole opératoire établi par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assurée a été opérée le 21 janvier 2015, en raison d'un majeur droit à ressaut douloureux et difficilement réductible.

d. Par décision du 5 janvier 2016, l'assurance a informé l'assurée que les troubles annoncés en lien avec l'évènement du 19 janvier 2015 ne constituaient pas une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 et 2 LAA. Un lien de causalité entre les troubles annoncés et l'activité professionnelle n'était pas prouvé et les prestations de l'assurance devaient être refusées.

B. **a.** Selon un rapport médical initial LAA du 26 janvier 2021 établi suite à « un accident » de l'assurée du 1er août 2020, le diagnostic était une ténosynovite sténosante D4 D et il s'agissait probablement d'une maladie professionnelle.

b. Selon un protocole opératoire en lien avec une intervention du 21 avril 2021, le diagnostic était une ténosynovite sténosante chronique de l'annulaire main droite de l'assurée.

c. Selon la déclaration d'accident LAA établie par l'employeur de l'assurée le 21 mai 2021, les douleurs avaient commencé le 1er août 2020.

d. Le 23 septembre 2021, l'assurance a informé l'assurée qu'elle avait notamment déjà présenté au courant de l'année 2014 une atteinte au majeur de la main droite, qui avait été opérée le 21 janvier 2015. Par décision formelle du 5 juin 2016 entrée en force, l'assurance avait refusé la prise en charge des prestations en relation avec une maladie professionnelle au sens de la LAA, faute de relation de causalité nettement prépondérante entre l'affection annoncée et son activité professionnelle. Force était de constater que le diagnostic retenu concernant les troubles qu'elle présentait depuis l'été 2020 se recoupaient avec le diagnostic posé en 2015. Dès lors, l'assurance n'était pas en mesure d'entrer en matière sur sa nouvelle demande et son droit à des prestations de l'assurance-accidents devait être nié.

e. Le 3 octobre 2021, l'assurée a contesté la position de l'assurance et demandé une décision sujette à recours.

f. Le 13 janvier 2022, l'assurance a informé l'assurée que le dossier médical avait été soumis une nouvelle fois à son médecin-conseil. Les éléments objectifs du dossier permettaient de dire que le diagnostic de ténosynovite sténosante/doigt à ressaut de l'annulaire droit retenu en 2020 était exactement superposable à celui retenu en 2015 pour le médius droit. Le traitement chirurgical avait été identique par ouverture/section longitudinale de la poulie A1 et synovectomie du médius droit en 2015 et de l'annulaire droit en 2020. Par conséquent, les troubles de l'annulaire droit ne correspondaient pas à une maladie professionnelle, comme cela avait été décidé le 5 janvier 2016. En conséquence, l'assurance n'était pas en mesure d'entrer en matière sur sa nouvelle demande et le droit à des prestations de l'assurance-accidents devait être nié.

g. Le 23 février 2022, l'assurée représentée par son mandataire a réclamé une décision formelle sur le refus de prise en charge de l'assurance.

h. Par courriel du 9 mars 2022, l'assurance a indiqué avoir largement pris position par ses courriers de non-entrée en matière des 23 septembre 2021 et 13 janvier 2022. La problématique présentée par l'assurée ne constituait pas une maladie professionnelle au sens de la LAA et ceci avait déjà fait l'objet d'une décision le 5 janvier 2016, entrée en force. Une décision de non-entrée en matière sur une demande de reconsidération selon l'art. 53 al. 2 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) ne pouvait faire l'objet d'une opposition. L'assurance n'émettrait donc pas de décision formelle.

C. **a.** L'assurée a formé recours pour déni de justice de l'assurance le 10 mai 2022 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à ce qu'il soit ordonné à l'assurance de rendre une décision sujette à recours.

b. L'assurance a conclu au rejet du recours, faisant valoir qu'elle s'était déjà prononcée par une décision entrée en force et qu'elle n'entendait pas entrer en matière sur la nouvelle demande.

c. Par réplique du 27 septembre 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle avait fait valoir un nouvel événement postérieur à la décision du 5 janvier 2022, lequel aurait dû faire l'objet d'une décision. Les conditions de l'art. 53 al. 1 LPGA n'étaient pas applicables.

d. Le 30 septembre 2022, l'intimée a fait valoir que la question juridique pertinente était la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA de la décision prononcée le 5 janvier 2016. En effet, l'instruction menée suite à la déclaration d'accident LAA du 21 mai 2021 visait à s'assurer que les diagnostics de majeur droit à ressaut retenu en 2014 et objet de la décision entrée en force du 5 janvier 2016 et d'annulaire droit à ressaut retenu en 2020 étaient exactement superposables, que les traitements chirurgicaux étaient identiques et que

l'appréciation médicale de la SUVA du 7 décembre 2015 était applicable. Après avoir reçu des réponses positives à ces trois questions, l'assurance avait refusé d'entrer en matière en application de l'art. 53 al. 2 LPGA, en répétant les motifs invoqués dans la décision entrée en force du 5 janvier 2016. En conséquence, l'assurance persistait dans ses conclusions.

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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la LAA.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2.

2.1 L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (CR LPGA-Gaudin, art. 49).

Selon l'art. 4 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), lorsqu'une autorité mise en demeure refuse sans droit de statuer ou tarde à se prononcer, son silence est assimilé à une décision.

En vertu de la LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA).

Dans un tel cas, la procédure d'opposition n'est pas ouverte (art. 52 N 13 et art. 56 N 18) (CR LPGA-Gaudin, art. 49 N 18).

2.2 Les décisions et les décisions sur opposition sont, notamment, exécutoires lorsqu'elles ne peuvent plus être attaquées par une opposition ou un recours (art. 54 al. 1 let. a LPGA).

L'autorité de la chose jugée (ou force de chose jugée au sens matériel) interdit de remettre en cause, dans une nouvelle procédure, entre les mêmes parties, une prétention identique qui a été définitivement jugée (ATF 142 III 210 consid. 2.1 p. 212 et les références). Il y a identité de l'objet du litige quand, dans l'un et l'autre procès, les parties soumettent au tribunal la même prétention, en reprenant les mêmes conclusions et en se basant sur le même complexe de faits (ATF 139 III 126 consid. 3.2.3 p. 1 30; 1 1 6 II 738 consid. 2a p. 743).

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul

doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits.

Lorsque l'administration ou l'assureur – en l'occurrence l'intimée – n'entre pas en matière sur une demande de reconsidération, il n'y a de place ni pour une procédure d'opposition (art. 52 LPGA), ni – a fortiori – pour un recours devant la chambre de céans, car une éventuelle reconsidération relève de l'appréciation de l'administration ou assureur (ATF 133 V 50 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_121/2009 du 26 juin 2009 consid. 3.6 ; CR LPGA-Gaudin, art. 52 N 14).

3. En l'espèce, force est de constater que l'état de fait ayant fondé la décision de l'intimée du 5 janvier 2016 n'est pas le même que celui dont a été saisie l'intimée suite à l'annonce d'accident du 21 mai 2021. En effet, le premier concernait un évènement intervenu le 19 janvier 2015, avec un majeur droit à ressaut, et le second un évènement du 1er août 2020, avec une atteinte de l'annulaire droit de la recourante. Les faits étant différents, il n'y avait pas d'identité de l'objet du litige. Il en résulte que l'intimée ne pouvait pas considérer qu'elle n'avait pas à prendre de décision, au motif qu'elle aurait déjà tranché le cas de façon définitive le 5 janvier 2016. Elle ne se trouvait pas dans un cas de reconsidération de cette dernière décision, mais face à un nouvel évènement devant faire l'objet d'une décision.

4. Le recours en déni de justice est ainsi recevable et il doit être admis. L'intimée sera en conséquence invitée à rendre une décision susceptible d'opposition suite à l'annonce de l'évènement qui lui a été faite le 21 mai 2021.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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 recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Constate que l'intimée a commis un déni de justice.
4. L'invite à rendre une décision susceptible d'opposition suite à l'annonce d'accident du 21 mai 2021 de la recourante.
5. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimée, une indemnité CHF 1'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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