

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2265/2012

ATAS/1440/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 novembre 2012

3ème Chambre

En la cause

Monsieur C\_\_\_\_\_, domicilié à TROINEX, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître CANELA Christian

demandeur

contre

HELSANA ASSURANCES SA, Service LAA, avenue de  
Provence 15, case postale 839, 1001 Lausanne

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Violaine LANDRY  
ORSAT, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur C \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1961, était assuré, en tant que salarié auprès de l'entreprise X \_\_\_\_\_, auprès de HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après : l'assurance) contre le risque d'accidents, professionnels ou non.
2. Le 18 janvier 1995, l'assuré a annoncé avoir été victime le 12 janvier 1995 d'une chute dans les escaliers lui ayant occasionné des fractures à la jambe droite.
3. Par décision du 13 décembre 1996 - confirmée par décision sur opposition du 17 octobre 1997 entrée en force - l'assureur-accidents a mis fin à sa prise en charge avec effet au 31 décembre 1996, date à laquelle il a considéré que le statu quo sine vel ante avait été atteint. Au surplus, l'assurance a considéré que le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques allégués et l'accident n'était pas démontré.
4. Le 23 avril 2002, l'assuré a annoncé une rechute puis, le 5 octobre 2005, a requis le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), demandes qui ont été rejetées par l'assureur-accidents par décision du 12 avril 2006, à laquelle l'assuré s'est opposé le 24 mai 2006.
5. Par décision du 8 décembre 2006, l'assureur-accidents a déclaré l'opposition irrecevable pour cause de tardiveté, décision qui a été confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales (cf. ATAS/1273/2007 du 15 novembre 2007).
6. Par décisions des 25 juin 2005 et 12 janvier 2007, l'assurance-invalidité a quant à elle supprimé la demi-rente accordée jusqu'alors à l'assuré.
7. Les décisions de l'assurance-invalidité ont toutefois été annulées le 23 octobre 2008 par le Tribunal cantonal des assurances sociales (cf. ATAS/1186/2008), lequel a jugé que la révision à laquelle avait procédé l'autorité était manifestement tardive.
8. Se référant à cet arrêt, l'assuré, par courrier du 23 octobre 2008, a une nouvelle fois demandé des prestations à son assureur-accidents, lequel lui a répondu en dates des 6 et 24 novembre 2009 que sa situation restait inchangée de son point de vue.
9. Suite à deux autres courriers de l'assuré, l'assureur-accidents lui a répondu en date des 19 février 2010 et 22 avril 2012 qu'il refusait d'entrer en matière sur une demande de reconsidération.
10. L'assuré a alors adressé au Tribunal administratif - qui l'a transmise à la Cour de céans comme objet de sa compétence - une demande en paiement datée du 19 juillet 2012 concluant à ce que son assureur-accidents soit condamné à lui verser la somme 555'682 fr. avec intérêts à 5 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2006.

En substance, le demandeur reproche à la défenderesse son « refus obstiné » d'entrer en matière sur toute demande de reconsidération.

Au surplus, il soutient que la décision du 13 décembre 1996 serait frappée de nullité absolue en raison d'un défaut de signature.

11. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 12 septembre 2012, a conclu à l'irrecevabilité de la demande en tant que cette dernière constitue un recours contre sa décision du 13 décembre 1996 puisque celle-ci a été confirmée par décision sur opposition du 17 octobre 1997 entrée en force.

Quant à la « demande en paiement » du 19 juillet 2012, la défenderesse conclut également à son irrecevabilité ratione materiae. Elle fait remarquer que l'objet du litige est la négation du lien de causalité naturelle entre l'accident du 12 janvier 1995 et l'état de santé de l'assuré au 1<sup>er</sup> janvier 1997 et s'étonne dès lors que l'assuré réclame des indemnités journalières - alors même qu'il n'exerce plus d'activité depuis 1997.

Enfin, la défenderesse conclut au rejet de la demande de révision ou de reconsidération de la décision du 13 décembre 1996. Elle fait remarquer que l'arrêt rendu par le Tribunal le 23 octobre 2008 ne concerne que l'assurance-invalidité et qu'il ne lui est donc pas opposable, d'autant que, dans ses considérations, le Tribunal a relevé que l'incapacité de travail alléguée relevait du marché du travail et non de l'état de santé de l'assuré.

Quant à l'allégation selon laquelle la décision du 13 décembre 1996 serait nulle en raison de l'absence de signature, elle est contraire aux règles de la bonne foi, l'assuré ne l'ayant jamais invoquée depuis 1997. Qui plus est, même si la décision originale n'était pas signée - ce qui n'a pas été démontré car l'originale n'a pas été produite - ce défaut éventuel aurait été réparé par la décision sur opposition qui a suivi, étant rappelé que l'absence de signature n'emporterait pas la nullité absolue ou relative de l'acte en question.

12. Par courrier du 29 octobre 2012, l'assuré, par le biais de son conseil, a reproché à l'assurance de n'avoir jamais tenu de ses demandes de reconsidération et a continué à invoquer la « nullité absolue » de la décision rendue en décembre 1996. Il a par ailleurs sollicité un délai pour compléter son recours, délai qui a ensuite été prolongé à sa demande sans qu'il en fasse usage.
13. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 29 novembre 2012. L'assuré a persisté dans ses conclusions en expliquant interjeter recours contre la décision de l'assureur -accidents de rejeter sa demande de reconsidération. Il a demandé que les prestations de l'assurance-accidents lui soient versées au-delà de la date à laquelle il a été considéré qu'il n'y avait plus de lien de causalité, soit au-delà du 31 décembre 1996.

Ce à quoi l'assurance a fait remarquer qu'elle n'avait jamais rendu de décision de refus de reconsidération puisqu'elle n'avait fait que répondre à l'assuré par courriers des 19 février 2010 et 22 avril 2012 qu'elle refusait d'entrer en matière, en précisant bien qu'il ne s'agissait pas là de décisions formelles.

### **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; RS 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Il convient de qualifier l'acte déposé par l'assuré le 19 juillet 2012.

Dans la mesure où le demandeur indique demander le versement au-delà de la date à laquelle il y a été mis fin par décision du 13 décembre 1996, son acte doit être considéré comme un recours contre cette décision, recours bien entendu irrecevable car hors délai.

A cet égard, l'argument selon lequel la décision en question devrait être considérée comme « nulle » au motif qu'elle n'aurait pas été signée est à écarter. En premier lieu, il ne s'agit pas là d'un défaut suffisamment grave pour être considéré comme constitutif d'une nullité absolue (cf. notamment ATF 9C\_57/2011, ATF 129 I 361 consid. 2 et Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, Rz. 39 ad Art. 52 ATSG), en second lieu, la décision en question a quoi qu'il en soit été confirmée par décision sur opposition du 17 octobre 1997 entrée en force, si bien que le défaut - qui n'a au demeurant pas été démontré - a quoi qu'il en soit été réparé.

Dans la mesure où le demandeur entend contester le refus de l'assurance d'entrer en matière sur sa demande de reconsidération, son acte est également irrecevable, étant rappelé que ni l'assuré ni le juge ne peuvent contraindre l'administration à une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA et que la décision de refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peut faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 p. 52 par ex), si bien que le recours contre une telle décision doit dès lors être déclaré irrecevable.

3. Eu égard aux considérations qui précèdent, la « demande » de l'assuré ne peut qu'être déclarée irrecevable.

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

**Statuant**

1. Déclare la demande irrecevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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