

GE_GERICHTE ATAS/142/2018 vom 20. Februar 2018

GE Cour de justice, 2018-02-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_142_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/142/2018 du 20 février 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/142/2018 del 20 febbraio 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

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 3

a. Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1ère phrase LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

A/1594/2017 - 12/18 - b. En 2017, le dimanche de Pâques tombait le 16 avril. Datée du 14 mars 2017, la décision entreprise a été reçue le 16 mars par le recourant selon ses propres déclarations, non contestées par l'intimée, de sorte que le délai de recours a commencé à courir le 17 mars 2017 avant d'être suspendu du 9 au 23 avril 2017 inclus. Ayant repris son cours le 24 avril, il est arrivé à échéance le dimanche 30 avril mais son terme a été reporté au premier jour ouvrable qui suit, soit au lundi 1er mai 2017. Posté le 1er mai 2017, le recours a été ainsi interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant au versement d'indemnités journalières au-delà du 31 mai 2016, sur le degré d'invalidité du recourant et sur l'ampleur de l'atteinte à

l'intégrité.

E. 5

Dans un premier temps, il y a lieu d'examiner la recevabilité des conclusions tendant au paiement des indemnités journalières au-delà du 31 mai 2016. a/aa. Selon l'art. 49 al. 1 à 3 LPGA, 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 (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Aux termes de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49, al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). Un assureur-accidents ne peut pas nier définitivement le droit à toute prestation en relation avec un accident assuré en mettant simplement fin, en procédure simplifiée, à l'octroi de prestations temporaires (indemnité journalière et traitement médical). Dans la mesure où des prestations durables sont en jeu, il lui appartient de rendre une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4 ; arrêt U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 3.2). a/bb. La distinction entre la procédure prévue par l'art. 49 et celle de l'art. 51 LPGA s'effectue de la manière suivante : il y a décision uniquement dans le cas où le document est qualifié de tel ou s'il contient, au moins, une indication des voies de droit. Si une décision présente un défaut, ses conséquences seront alors examinées conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA. Si le courrier, dans lequel l'assureur fait valoir sa position, ne respecte pas les conditions précitées, il ne peut être qualifié de décision, de sorte que la procédure ne doit pas tendre à la notification d'une décision sur opposition mais à celle d'une décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_738/2007 du 26 mars 2008). a/cc. La loi ne précise pas dans quel laps de temps l'intéressé doit déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par l'administration conformément à

A/1594/2017 - 13/18 - l'art. 51 al. 2 LPGA. Mais, d'après la jurisprudence, on contreviendrait aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation - expresse ou tacite - à des prestations. On peut en effet attendre de la personne qui n'admet pas une certaine solution, et qui entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'elle fasse connaître son point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (ATF 126 V 23 consid. 4b p. 24; RAMA 1990 no K 835 p. 82 consid. 2a et les références; arrêt K 172/04 du 13 mars 2006). En règle générale, ce droit s'éteint une année après que l'assureur a fait connaître sa volonté de manière simplifiée. Un délai plus long entre éventuellement en considération lorsque l'assuré pouvait croire de bonne foi que l'assureur poursuivrait l'élucidation de l'affaire et n'avait pas encore pris de décision définitive; cette hypothèse concerne surtout l'assuré profane en droit et dépourvu de conseil juridique. Si l'assuré ne respecte pas ce délai, ordinaire ou prolongé, il perd son droit de demander une décision formelle afin de recourir contre celle-ci, et la volonté communiquée de façon simplifiée lui est désormais opposable (ATF 134 V 145). b. Conformément à l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions 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, celles-ci étant directement attaquables devant les tribunaux cantonaux des assurances (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 8 mai 2007). Selon la jurisprudence,

l'opposition constitue une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité ayant statué la possibilité de réexaminer sa décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi. Il s'agit d'un véritable «moyen juridictionnel» ou «moyen de droit» (ATF 125 V 121 consid. 2a; 118 V 185 consid. 1a et les références). A ce titre, l'opposition doit être motivée, faute de quoi elle manque son but, lequel est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près (ATF 118 V 186 consid. 2b). En d'autres termes, il doit être possible de déduire des moyens de l'opposant une argumentation dirigée contre le dispositif de la décision et susceptible de mener à sa réforme ou à son annulation (ATF 102 Ib 372 consid. 6; RCC 1988 p. 486 sv. consid. 3a; Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, p. 285). Il appartient donc à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise (ATF 123 V 130 consid. 3a; 119 V 350 consid. 1b). Le principe de l'obligation d'invoquer les griefs, qui vaut en règle générale également dans la procédure d'opposition, pose ainsi une limite au principe de l'application du droit d'office. L'administration n'a à examiner la décision litigieuse que dans la mesure où elle est attaquée ou qu'elle donne lieu à un contrôle sur la base des griefs des parties ou d'après les indices ressortant des pièces (ATF 119 V 347-351; RAMA 1997 295-297).

A/1594/2017 - 14/18 - c. Conformément aux art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGa, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours. 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. 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; pour la procédure d'opposition: ATF 119 V 347). Toutefois, 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 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 3.1).

E. 6

En l'espèce, par son écriture du 23 mai 2016, l'intimée a clairement signifié au recourant qu'elle entendait mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2016, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites accidentelles. A cette date, elle examinerait le droit à une rente et déterminerait l'ampleur d'une éventuelle atteinte à l'intégrité. Contrairement aux affirmations de l'intimée dans son mémoire de duplique du 27 octobre 2017, ce courrier du 23 mai 2016 ne constitue pas une décision : en effet, il n'est pas qualifié comme tel et il ne

contient pas non plus l'indication des voies de droit (voir dans le même sens l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_738/2007 du 26 mars 2008 consid. 4.2 et les références citées). Il s'agit donc d'une simple communication rendue conformément à la procédure simplifiée. Dans la mesure où elle entendait mettre un terme au versement des indemnités journalières, l'intimée aurait dû adresser au recourant une décision en bonne et due forme. Quand bien même la procédure ordinaire n'a pas été suivie, la communication du 23 mai 2016 acquiert les mêmes effets qu'une décision à l'expiration d'un délai d'un an. Dans ce délai, le recourant peut toutefois contester l'application de la procédure simplifiée et solliciter la notification d'une décision formelle.

A/1594/2017 - 15/18 - Dans son recours du 1er mai 2017, le recourant a conclu au versement de l'indemnité journalière dès le 1er juin 2016, à la prise en charge, par l'intimée, de l'opération du genou et à la réserve de ses droits quant à une rente d'invalidité suite à l'opération du genou. En outre, tant dans son recours que dans sa réplique, le recourant a expliqué ne pas avoir pu former recours contre la communication du 23 mai 2016, celle-ci ne constituant pas une décision formelle. Il avait ainsi attendu la notification de la première décision formelle, en date du 9 novembre 2016, décision à laquelle il s'était opposé. Certes, le recourant n'a pas formellement conclu à la notification d'une décision sur les questions de la stabilisation du cas et de la suppression du versement des indemnités journalières. Toutefois, au vu de ses explications, notamment quant à l'absence d'une décision formelle contre laquelle il aurait pu recourir, et dès lors qu'il requérait la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 31 mai 2016, relevant que l'amélioration escomptée ne s'était pas produite, le recourant a en réalité contesté une stabilisation de son état de santé au 31 mai 2016. L'intimée l'a d'ailleurs bien compris puisqu'elle s'est prononcée sur la date de la stabilisation dans son mémoire de réponse du 5 juillet 2017 (ch. 5.2) puis à nouveau dans son mémoire de duplique du 27 octobre 2017. Or, la date de la stabilisation de l'état de santé du recourant a fait l'objet de la communication du 23 mai 2017. Les conclusions du recourant tendant au versement d'indemnités journalières dès le 1er juin 2016 doivent être interprétées comme une demande de décision formelle sur la question de la stabilisation du cas et, partant, sur la suppression, avec effet au 31 mai 2016, du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement. Cette demande intervient en outre dans le délai d'un an prévu par la jurisprudence dès lors que la communication litigieuse a été adressée au recourant le 23 mai 2017 et que le recours est daté du 1er mai 2017. Partant, il y a lieu de déclarer irrecevables les conclusions tendant au versement d'indemnités journalières, la SUVA étant toutefois invitée à rendre une décision formelle sur les questions de la stabilisation du cas et de la suppression de l'indemnité journalière, décision contre laquelle le recourant pourra former opposition et, le cas échéant, recourir auprès de la chambre de céans.

E. 7

Reste à déterminer le sort de la décision sur opposition querellée. En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA). Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il

A/1594/2017 - 16/18 - s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Selon l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Enfin, aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). En résumé, l'assureur-accidents accorde, en cas d'incapacité de travail, des indemnités journalières pendant la durée du traitement médical. En cas d'incapacité de travail permanente ou de longue durée, dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, la rente d'invalidité prend le relais et remplace les indemnités journalières et le traitement médical (KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, n° 46 ad Art. 6 LPGa ; voir également art. 10, 16 et 19 LAA).

E. 8

Il ressort de ce qui précède que le versement d'indemnités journalières exclut le versement d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et vice versa. Ainsi, dans la mesure où la stabilisation du cas est contestée et qu'aucune décision n'est entrée en force sur cette question, il y a lieu de considérer que la SUVA s'est prononcée de manière prématurée sur les questions de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans ces circonstances, la chambre de céans ne peut qu'annuler la décision du

E. 9

Cela étant, et à toutes fins utiles, la chambre de céans relève encore que même si elle avait déclaré irrecevables les conclusions en versement d'indemnités journalières, la décision sur opposition aurait quoi qu'il en soit été annulée, dès lors que l'avis du Dr I_____ du 6 mars 2017 ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels. En premier lieu, l'anamnèse est incomplète, de nombreuses pièces n'étant pas mentionnées (absence de référence aux documents suivants : appréciation de la Dresse E_____ du 27 janvier 2016, rapport du Dr G_____ du 28 juillet 2007, compte-rendu des radiographies et de l'IRM effectués le 5 août 2016, IRM réalisé le 16 janvier 2017 et rapport du Dr H_____ du 20 février 2017). On peut donc douter que le Dr I_____ ait vraiment pris connaissance du dossier et non pas seulement du rapport de la Dresse E_____ et des deux pièces supplémentaires qu'il a citées. Les plaintes du recourant ne sont pas non plus mentionnées. Les conclusions ne sont pas motivées, le Dr I_____ n'expliquant notamment pas pour quels motifs les pièces médicales nouvelles ne modifiaient pas

A/1594/2017 - 17/18 - l'appréciation de la Dresse E_____. En réalité, le Dr I_____ n'a fait que copier l'appréciation de sa consœur, supprimer les passages inutiles et listé deux pièces supplémentaires. Dans ces conditions, son appréciation ne répond à l'évidence pas aux réquisits jurisprudentiels, de sorte que l'intimée ne pouvait pas se fonder sur ses conclusions pour nier au recourant le droit à toute rente d'invalidité.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 9 novembre 2016 et la décision sur opposition du 14 mars 2017 seront annulées. La SUVA sera invitée à se prononcer, dans une décision formelle, sur les questions de la stabilisation du cas et de la suppression du droit aux indemnités journalières. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1594/2017 - 18/18 - 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.