

GE_GERICHTE ATAS/177/2015 vom 9. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_177_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/177/2015 du 9 mars 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/177/2015 del 9 marzo 2015

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

a) Selon l'art. 49 al. 1 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. Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA). Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée; l'intéressé peut cependant exiger qu'une

A/1977/2014 - 9/14 - décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). En d'autres termes, 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 principe sur opposition ; cf. art. 56 al. 1 LPGA). Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, si 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, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1).

b) En matière d'assurance-accidents, la procédure simplifiée, réservée par l'art. 51 LPGA concerne les prestations, créances ou injonctions « non importantes » ou avec lesquelles l'intéressé est d'accord (art. 49 al. 1 LPGA a contrario ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème éd. 2009, p. 643, n. 4).

Peuvent être qualifiées de non importantes, les prestations d'un montant de quelques centaines de francs ainsi que celles qui concernent des prestations périodiques (Ueli KIESER, op. cit. p. 613 n. 15 et les références). Quant à l'accord de l'assuré, le texte de l'art. 49 al. 1 LPGA n'indique pas si une décision formelle doit être rendue seulement

lorsque la personne intéressée en fait la demande expresse ou dès que l'assureur s'aperçoit que celle-ci n'est pas d'accord. Selon la doctrine, s'il ne fait aucun doute que l'assureur doit rendre une décision lorsque le désaccord de l'assuré est d'emblée manifeste, il est cependant admissible, en dehors de cette dernière hypothèse – y compris en cas de refus de prestations – que l'assureur rende d'abord, en procédure simplifiée, une décision (matérielle) dans l'espoir que l'assuré se laisse convaincre par la justesse de cette dernière (Ueli KIESER, op. cit. p. 614, n. 10 et les références).

La loi ne règle pas la situation dans laquelle un assureur a rendu, en procédure informelle (art. 51 LPGA), une décision matérielle qui, aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, aurait dû faire l'objet d'une décision formelle (ATF 134 V 145 consid. 5.1). En pareil cas, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'art. 51 al. 2 LPGA s'applique par analogie et l'assuré est en droit de demander à l'assureur la décision formelle qui ne lui a pas été adressée. 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 A/1977/2014 - 10/14 - contre celle-ci, et la volonté communiquée de façon simplifiée lui est désormais opposable (ATF 134 V145 ; Arrêt du Tribunal fédéral 4A_332/2008 consid. 2).

E. 3

a) Lorsque l'assureur ne rend pas de décision ou de décision sur opposition bien qu'il en ait été requis par l'intéressé, soit expressément ou à tout le moins implicitement (arrêt du Tribunal fédéral K 55/03 du 23 octobre 2003 consid. 2.4), celui-ci peut former un recours auprès du Tribunal cantonal des assurances pour déni de justice (art. 56 et 57 LPGA) s'il a la qualité pour recourir (art. 59 LPGA ; ATF 133 V 188 consid. 3.2). Prévu par l'art. 56 al. 2 LPGA, le recours pour déni de justice constitue un cas d'application de l'interdiction du déni de justice formel consacrée par l'art. 29 al. 1er de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst – RS 101). Selon cette dernière disposition, « toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit [...] jugée dans un délai raisonnable ». En cas de recours pour déni de justice formel, seuls le refus de statuer ou le retard à statuer constituent l'objet du litige soumis au tribunal des assurances et non les droits ou les obligations du droit de fond, sur lesquels l'intéressé a demandé expressément à l'assureur de se prononcer (arrêt du Tribunal fédéral I 328/03 du 23 octobre 2003 consid. 4.2 ; Ueli KIESER, op. cit. p. 706, n. 14). Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 al. 1 aCst. – mais qui conserve toute sa valeur sous l'angle de l'art. 29 al. 1 Cst. – le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause. Il convient de se fonder à ce propos sur des éléments objectifs. Entre autres critères, sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 124 I 142 consid. 2c, 119 Ib 325 consid. 5b et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2), mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple ; Pierre MOOR, Droit administratif, vol. II « Les actes administratifs et leur contrôle », 2ème éd. 2002, p. 292 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001). Il appartient par ailleurs au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que

l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c). La durée du délai raisonnable n'est pas influencée par des circonstances étrangères au problème à résoudre. Si on ne saurait reprocher à une autorité quelques temps morts, inévitables dans une procédure (ATF 124 I 142 consid. 2c, 119 Ib 325 consid. 5b et les références citées), une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure car il appartient à l'Etat de donner aux autorités judiciaires les moyens organisationnels et financiers suffisants pour garantir aux citoyens une administration de la justice conforme au droit constitutionnel (ATF 126 V 249 consid. 4a; voir à propos de l'art. 29 al. 1 Cst. et de la garantie correspondante déduite auparavant de l'art. 4 al. 1

A/1977/2014 - 11/14 - aCst.: ATF 125 V 191 consid. 2a, 375 consid. 2b/aa, 119 Ib 325 consid. 5b; ATF 122 IV 103 consid. 4 ; ATF 119 III 1 consid. 3; Jörg Paul MÜLLER, Grundrechte in der Schweiz, p. 506 s.; HAEFLIGER/SCHÜRMAN, Die Europäische Menschenrechtskonvention und die Schweiz p. 204 s.; AUER, MALINVERNI, HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, 3ème éd. 2013, vol. II, n. 1279 ss). Peu importe le motif qui est à l'origine du refus de statuer ou du retard injustifié. Ce qui est déterminant, c'est le fait que l'autorité n'ait pas agi ou qu'elle ait agi avec retard (ATF 124 V 133, 117 Ia 116 consid. 3a, 117 Ia 193 consid. 1c, 108 V 20 consid. 4c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 et I 819/02 du 23 avril 2003, consid. 2.1). b) Dans un arrêt du 15 juin 2006 (I 241/04 consid. 3.2), le Tribunal fédéral des assurances a jugé que l'administration n'avait pas commis un déni de justice. Dans ce cas, le Tribunal cantonal des assurances avait admis le recours de l'assuré et renvoyé la cause à l'office cantonal compétent pour nouvelles décisions en matière d'assurance-invalidité ; deux mois plus tard, le recourant avait requis de l'administration qu'elle rende ses nouvelles décisions sans tarder. Moins de six mois plus tard, il avait déposé plainte pour déni de justice. Trois mois plus tard encore, l'administration avait rendu ses nouvelles décisions. Dans une autre cause en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003), le TFA a jugé que, bien que l'on puisse considérer que la limite du tolérable pour un litige de cette nature était proche, un laps de temps de quinze mois entre le recours auprès du tribunal cantonal et le recours pour déni de justice au TFA n'apparaissait pas excessif au point de constituer un retard injustifié prohibé et cela en dépit de l'exigence de célérité qui ne peut l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète et de l'enjeu de la cause pour l'assuré. Le Tribunal cantonal des assurances sociales a pour sa part jugé qu'un déni de justice doit être considéré comme établi quand l'assureur-maladie ne s'est pas formellement prononcé deux ans et demi après une demande de remboursement (ATAS/354/2007). Il en a jugé de même dans le cas d'un recourant qui était sans nouvelle de l'office cantonal de l'assurance-invalidité vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006), et dans celui d'un autre qui avait attendu dix-huit mois après que la cause ait été renvoyée à l'office pour nouvelle décision suite à l'admission partielle de son recours (ATAS/62/2007). La sanction du dépassement du délai raisonnable consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, la constatation d'un comportement en soi illicite étant en effet une forme de réparation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 134/02 du 30 janvier 2003 consid. 1.5). L'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne peut ainsi qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 23/05 du 27 mars 2006).

A/1977/2014 - 12/14 -

E. 4

En l'espèce, il convient de relever à titre liminaire que la présentation des faits par l'intimée est tronquée, puisqu'elle omet de rappeler la survenance, en date du 24 août 2005, d'un accident ayant entraîné une lésion au genou droit ainsi qu'une incapacité de travail complète dès le lendemain (ATAS/70/2009). Force est par ailleurs de constater qu'il ressort tant de l'acte de recours posté le 1er juillet 2014 – qui mentionne les numéros de sinistre correspondant à l'accident du 7 juin 1991 et à celui du 24 août 2005 – que des pièces versées à la procédure que l'objet de la contestation ne se limite pas aux seules conséquences de l'accident du 7 juin 1991. Il ressort en effet d'une communication du 12 juin 2013 (pièce n. n. recourant) que l'intimée considérait que le dossier relatif à l'accident du 24 août 2005 était clos et qu'elle ne pouvait prendre en charge une facture d'un montant de EUR 35.-. Il ressort également d'une deuxième communication du 19 août 2013, relative à ce même accident, que l'intimée estimait que d'autres factures (non spécifiées) ne pouvaient être prises en charge, motif pris que « ce cas d'accident est clos selon le jugement du 27.01.1999 [sic] » (pièce n. n. recourant). On soulignera également au passage, d'une part, que ces communications – dont l'existence a également été passée sous silence par l'intimée dans son mémoire de réponse – ne permettent pas de savoir si les demandes de l'assuré ont été considérées sous l'angle d'éventuelles rechutes ou séquelles tardives au sens de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA – RS 832.202) et, d'autre part, que la feuille-accident LAA (n° d'accident 2.10922.05 9/10) relative à l'événement assuré du 24 août 2005 a été complétée assez récemment, soit jusqu'au 8 avril 2014 (pièce n. n. recourant). S'agissant de suites de l'accident du 7 juin 1991, l'intimée s'est prononcée de manière informelle comme suit : - communication du 21 mars 2014 refusant la prise en charge d'une « Facture Sun Store » d'un montant de CHF 111.60.- (pièce n. n. recourant et pièce 402 intimée) ; - communication du 21 mars 2014 refusant la prise en charge de factures de CHF 72.- et 522.45 (pièce n. n. recourant et pièce 406 intimée, p. 13) Au regard des principes exposés plus haut (cf. consid. 2), la chambre de céans ne saurait entrer en matière sur les prétentions du recourant dont le sort a été réglé au moyen des quatre communications précitées qui constituent de simples décisions matérielles prises en procédure simplifiée (art. 51 al. 1 LPGA). En tant qu'il concerne lesdites communications, le recours du 1er juillet 2014 est partant irrecevable, car prématuré.

E. 5

Reste à déterminer si l'intimée a commis un déni de justice en ne se prononçant pas, même de manière informelle, sur d'autres aspects du dossier. On relève à cet égard que les rares courriers du recourant ne permettent pas de se faire une idée précise du déroulement des faits récents, de la nature exacte des prestations réclamées et de leur fondement juridique, l'essentiel des écrits de l'intéressé se résumant à l'envoi de pièces les plus diverses, nouvelles et anciennes, dépourvues

A/1977/2014 - 13/14 - de lettre d'accompagnement. Partant, l'on ne sait précisément ce que lesdites pièces sont censées prouver ou expliquer. Il ressort tout au plus de l'ensemble des éléments que le recourant suivait encore, dans un passé récent, des traitements médicaux qu'il met en lien avec : - l'accident du 7 juin 1991 (cf. attestation du Dr D_____ du 7 décembre 2013 ; pièce 406 intimée, p. 24) ; - l'accident du 3 juillet 1988 (cf. attestation du Dr D_____ du 7 décembre 2013 ; pièce 406 intimée, p. 25 ainsi que la pièce 399 intimée, p. 1-3 relatives à la prise en charge d'un traitement dentaire éventuellement réurgent en 2009) ; - l'accident du 24 août 2005 (cf. notamment feuille-accident LAA, n° d'accident

2.10922.05 9/10 et IRM du genou droit du 19 février 2009 ; pièces n. n. recourant). Dans la mesure où les pièces relatant cette évolution ont été produites soit avec l'acte de recours soit, pour l'essentiel, le 14 août 2014, on ne saurait faire grief à l'intimée d'être restée inactive alors que la chambre de céans était saisie du dossier. Quant à la pièce 399 (intimée), elle a certes été reçue par l'intimée le 20 février 2014. Toutefois, en ne donnant pas d'explications sur les tenants et aboutissants du devis de prothèse dentaire du 20 janvier 2009 – que l'intéressé semble mettre en relation avec son accident du 3 juillet 1988 – celui-ci n'a en rien motivé son envoi. Il n'a pas non plus relancé l'intimée pour que celle-ci se détermine à ce sujet. Dans ces circonstances, le recours pour déni de justice doit être rejeté.

E. 6

En l'état du dossier et conformément à la jurisprudence de la chambre de céans (ATAS/855/2014), il appartient au recourant d'interpeller l'intimée et d'exiger d'elle sans tarder qu'une décision formelle soit rendue au sujet des quatre communications datées respectivement des 12 juin 2013 et 19 août 2013 et, à deux reprises, du 21 mars 2014. Ces décisions enclencheront alors la procédure décrite au consid. 2a du présent arrêt. En ce qui concerne la prise en charge d'autres frais/prestations sur lesquels l'intimée ne s'est pas prononcée à ce jour, il appartient également au recourant de s'adresser en premier lieu à cette dernière, que ce soit pour la relancer en vue de la prise d'une décision formelle ou – s'agissant des pièces nouvelles qu'il a produites en juillet et août 2014 devant la chambre de céans – pour lui permettre d'instruire sa demande (art. 43 LPGa).

A/1977/2014 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant

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