

GE_GERICHTE ATAS/355/2010 vom 29. März 2010

GE Cour de justice, 2010-03-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_355_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/355/2010 du 29 mars 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/355/2010 del 29 marzo 2010

Volltext

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs

REPUBLIQUE ET

CANTON DE GENEVE POUVOIR JUDICIAIRE

A/237/2010 ATAS/355/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 6 du 29 mars 2010

En la cause Madame P_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de
domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel recourante

contre COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE, service juridique,
Wuhrmattstrasse 21, 4103 Bottmingen intimée

A/237/2010 - 2/7 - Vu en fait la décision formelle de la Nationale Suisse (ci-après :
l'assurance) du 4 février 2008, par laquelle elle déclare, en se fondant sur une expertise du
13 août 2007 du Centre multidisciplinaire de la douleur (CEMed), prendre en charge à la
suite de l'accident du 17 mars 2007 (chute à vélo) de Mme P_____ (ci-après :
l'assurée) les frais médicaux liés au traitement de la région coccygienne mais refuse la prise
en charge du traitement médical lié aux gonalgies et à la réactivation transitoire des
antécédents de cervicalgies, lombalgies et céphalées tensionnelles et indique que les
indemnités journalières seront réglées sur présentation de justificatifs; Vu l'indication dans
la décision précitée de la voie de l'opposition dans un délai de 30 jours; Vu l'opposition de
l'assurée, représentée par ASSUAS, association suisse des assurés, du 21 février 2008
formée à l'encontre de la décision précitée, déclarant contester le refus de prise en charge
des frais médicaux et invitant l'assurance à "statuer au plus vite dans le sens des conclusions
de notre mandante, par voie de décision formelle"; Vu le courrier de l'assurée du 28 février
2008 à l'assurance indiquant qu'elle s'opposait à la décision du 4 février 2008 dès lors que ni
les remarques ni les courriers de ses médecins n'avaient été pris en considération et
transmettant un certificat médical de mars 2008; Vu le courrier d'ASSUAS du 3 mars 2008
réclamant à l'assurance son dossier et indiquant que l'expert neurologue avait fait un
examen sommaire de l'assurée et qu'une IRM avait révélé une douleur du ménisque interne;
Vu le courrier recommandé de l'assurance du 6 mars 2008 fixant à l'assurée un délai au 7
avril 2008 pour motiver son opposition, faute de quoi celle-ci serait déclarée irrecevable et
lui adressant une copie du dossier; Vu les radiographies des genoux et la scintigraphie
osseuse du 16 avril 2008 pratiquées par le Dr A_____; Vu la note téléphonique de
l'assurance du 21 avril 2008 selon laquelle ASSUAS sollicitait un nouveau délai pour
motiver son opposition, ayant oublié le délai fixé; Vu le courrier d'ASSUAS du 24 avril
2008 reprochant notamment à l'assurance de ne pas avoir repris contact avec elle; Vu la note
téléphonique de l'assurance du 25 avril 2008 selon laquelle ASSUAS sollicitait un report du

délai; Vu le courrier du 30 avril 2008 de Me Daniel MEYER se constituant pour la défense des intérêts de l'assurée;

A/237/2010 - 3/7 - Vu le courrier de l'assurance du 6 mai 2008 rappelant à ASSUAS qu'elle avait eu connaissance le 7 mars 2008 du délai fixé au 7 avril 2008 pour motiver son opposition et s'étonnant qu'en tant que mandataire dit "qualifié" ASSUAS ne respectait pas les règles élémentaires de procédure, qu'en particulier la demande de prolongation du délai n'avait été faite qu'au plus tôt le 21 avril 2008, soit deux semaines après l'échéance du délai imparti, qu'enfin, si ASSUAS souhaitait une décision de non entrée en matière, elle pouvait le demander; Vu le courrier de Me MEYER du 2 juin 2008 demandant à l'assurance un délai pour compléter l'opposition formée par ASSUAS contre la décision du 4 février 2008; Vu le courrier de l'assurance du 9 juin 2008 adressé à Me MEYER, résumant la chronologie des événements et précisant que la décision formelle du 4 février 2008 était entrée en force, faute d'opposition répondant aux exigences minimales de l'art. 10 al. 1 de l'Ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA); Vu le courrier de Me MEYER du 16 juin 2008 requérant une décision sur opposition de la part de l'assurance; Vu le courrier de l'assurance du 1er juillet 2008 informant Me MEYER que le dossier avait été transmis à la division juridique pour l'étude du cas et que le rapport d'expertise du CEMed suite à une instruction complémentaire ne serait rendu qu'à la mi-juillet 2008; Vu le recours de l'assurée, représentée par Me MEYER, interjeté le 1er juillet 2008 à l'encontre de la décision de l'assurance du 9 juin 2008 (A/2441/2008) et concluant, préalablement à l'ordonnance d'une expertise multidisciplinaire et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 % au moins et à la prise en charge des traitements médicaux et frais que l'expertise déterminera, en relevant que l'assurance avait soutenu, dans sa décision du 9 juin 2008, que celle du 4 février 2008 était entrée en force; Vu le courrier de Me MEYER du 4 juillet 2008 informant l'assurance qu'il avait été contraint d'interjeter un recours à l'encontre de la décision du 9 juin 2008 et qu'il était surpris de constater qu'une décision avait été rendue le 4 février 2008 sans que l'assurance ne dispose de tous les éléments médicaux; Vu la réponse de l'assurance du 29 août 2008 concluant à l'irrecevabilité du recours en relevant qu'ASSUAS n'avait jamais motivé l'opposition du 21 février 2008, que le courrier du 9 juin 2008 dressait simplement une liste chronologique des événements à l'attention de Me MEYER mais qu'il ne s'agissait ni d'une décision, ni d'une décision sur opposition et que celle-ci devait encore être rendue par le service juridique à qui le dossier avait été transmis;

A/237/2010 - 4/7 - Vu la demande de Me MEYER du 19 septembre 2008 d'une copie du rapport du CEMed; Vu la réplique de l'assurée du 6 octobre 2008 estimant que le courrier du 9 juin 2008 est une décision sur opposition déclarant formellement l'opposition irrecevable pour défaut de motivation et qui est prématurée dès lors que les faits étaient encore en cours d'instruction, le CEMed devant encore rendre une expertise complémentaire demandée par l'assurance en mars 2008; Vu la duplique de l'assurance du 11 novembre 2008 indiquant que le CEMed avait rendu son expertise le 13 août 2007 sur laquelle se fondait la décision du 4 février 2008, qu'une nouvelle expertise avait été ordonnée en 2008 afin de clarifier la prise en charge admise le 4 février 2008, que le courrier du 9 juin 2008 n'était pas une décision, ce qu'avait admis le mandataire de la recourante le 16 juin 2008; Vu l'expertise du CEMed du 30 septembre 2008; Vu l'arrêt du Tribunal de céans dans la cause A/2441/2008 (ATAS/1381/2008) du 27 novembre 2008 déclarant le recours irrecevable au motif que le courrier du 9 juin 2008 n'était pas une

décision sur opposition et indiquant qu'il incombait à l'intimée de rendre une telle décision sur opposition dans les meilleurs délais; Vu l'expertise du BREM du 6 juillet 2009; Vu la décision de l'assurance du 18 décembre 2009 déclarant l'opposition de l'assurée du 21 février 2008 irrecevable au motif qu'elle n'avait pas été motivée dans le délai imparti; Vu le recours de l'assurée, représentée par Me MEYER, auprès du Tribunal de céans le 19 janvier 2010 (A/237/2010) déposé à l'encontre de la décision sur opposition du 18 décembre 2009 et concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction et décision au fond au motif que l'opposition du 21 février 2008 était suffisamment motivée; Vu la réponse de l'intimée du 12 mars 2010 relevant que l'opposition n'était pas motivée et qu'un avertissement conforme à l'art. 10 al. 5 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) n'avait pas été suivi d'une réponse de la part de la recourante; Attendu en droit que conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20);

A/237/2010 - 5/7 - Qu'interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 59 ss LPGA); Que selon 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; Que selon l'art. 10 OPGA, l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée (al. 1); Que dans les autres cas que ceux cités à l'alinéa 2, l'opposition peut être formée au choix par écrit ou par oral, lors d'un entretien personnel (al. 3); Que l'opposition écrite doit être signée par l'opposant ou par son représentant légal. En cas d'opposition orale, l'assureur consigne l'opposition dans un procès-verbal signé par l'opposant ou son représentant légal (al. 4); Que si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1 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 (al. 5); Que le Tribunal fédéral a jugé que 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); Qu'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; Que 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; Qu'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; Que 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 et correspondent largement à celles posées par la jurisprudence antérieure à la LPGA pour la procédure d'opposition prévue dans certaines branches d'assurances sociales (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) (ATF du 2 juin 2006, I 158/2005);

A/237/2010 - 6/7 - Qu'en l'espèce, l'opposition a été formellement déposée par ASSUAS le 21 février 2008, puis complétée, toujours dans le cadre du délai de 30 jours de l'art. 52 LPGa, par un courrier de la recourante du 28 février 2008 et, enfin, par un courrier d'ASSUAS du 3 mars 2008; Qu'il ressort de ces trois courriers que la recourante conteste le refus de prise en charge des frais médicaux (courrier du 21 février 2008), qu'elle estime que ni ses remarques ni les avis de ses médecins n'ont été pris en considération en joignant un certificat médical de mars 2008 (courrier du 28 février 2008), qu'elle conteste le fait que ce soit le même neurologue qui l'a examinée deux fois, qu'elle fait valoir que le dernier examen clinique était sommaire, que l'assurance nie le lien entre l'accident et les douleurs alors que l'IRM a révélé une douleur au ménisque interne et, enfin, que les douleurs sont beaucoup plus localisées depuis l'événement (courrier du 3 mars 2008); Qu'il convient de constater que les arguments développés dans ces trois courriers (principalement dans celui du 3 mars 2008) et portés à la connaissance de l'intimée dans le cadre du délai d'opposition constituent une motivation suffisante de l'opposition de sorte que même si la recourante ou son mandataire n'a pas donné suite à l'avertissement de l'intimé de motiver l'opposition d'ici au 7 avril 2008 sous peine d'irrecevabilité, cette dernière se devait d'entrer en matière sur le fond (cf. dans le même sens ATAS/404/2006 du 2 mai 2006 et ATAS/244/2005 du 23 mars 2005); Qu'il convient en conséquence d'admettre le recours, d'annuler la décision sur opposition du 18 décembre 2009 et de renvoyer la cause à l'intimée pour nouvelle décision sur le fond; Qu'une indemnité de 1'500 fr. sera allouée à la recourante, à charge de l'intimée.

A/237/2010 - 7/7 - PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable; Au fond : 2. L'admet; 3. Annule la décision sur opposition du 18 décembre 2009; 4. Renvoie la cause à l'intimée au sens des considérants; 5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr.; 6. 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

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI 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.