

GE_GERICHTE ATAS/711/2015 vom 23. September 2015

GE Cour de justice, 2015-09-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_711_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/711/2015 du 23 septembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/711/2015 del 23 settembre 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

de prendre en charge les frais du traitement dentaire exécuté par le Dr D_____, d'autre part, au titre de déni de justice, au motif que les intimées ont tardé à rendre une décision formelle, respectivement n'en ont pas rendu du tout.

E. 3

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. 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 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

A/860/2015 - 6/10 - 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). 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, n. 4 ad. art. 49). 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., n. 15 ad. art. 49 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., n. 10 ad. art. 49 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, celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5). c) 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. 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; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Dans ce cas, 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances du 23 octobre 2003 I 328/03 consid. 4.2 et K 55/03 consid. 2.4).

A/860/2015 - 7/10 - d) En l'espèce, en l'absence de décision formelle rendue par les intimées avant le dépôt du recours, seule est donc litigieuse à ce stade la question de savoir si elles se sont rendues coupables d'un déni de justice. Par conséquent, les conclusions du recourant portant sur le fond du litige sont irrecevables, étant précisé qu'il appartient à l'intimée 2 de rendre une décision suite à l'opposition formée par le recourant le 27 avril 2015.

E. 4

a) Aux termes de l'art. 29 al. 1 Cst., toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Selon l'art. 56 al. 2 LPGA, le recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décisions sur opposition. Cette disposition vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative. b) Le droit de recours de l'art. 56 al. 2 LPGA sert à mettre en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. Le retard injustifié à statuer, également prohibé par l'art. 6 § 1 CEDH (qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue que la disposition constitutionnelle; ATF 103 V 190 consid. 2), est une forme particulière du déni de justice formel (ATF 119 Ia 237 consid. 2). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 et les références). 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 mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2.2), mais non des circonstances sans rapport

avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 130 I 312 consid. 5.2; ATF 125 V 188 consid. 2a). A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. Si on ne peut reprocher à l'autorité quelques « temps morts », celle-ci ne saurait en revanche invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 et les références). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 244 consid. 4a). 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; ATF, 117 Ia 117 consid. 3a et 197 consid. 1c; ATF 108 V 20 consid. 4c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 et C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2).

A/860/2015 - 8/10 - c) La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 et 129 V 411 consid. 1.3). Pour le surplus, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATF 130 V 90). L'art. 69 al. 4 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10) prévoit que si la juridiction administrative admet le recours pour déni de justice ou retard injustifié, elle renvoie l'affaire à l'autorité inférieure en lui donnant des instructions impératives.

E. 5

En l'espèce, après le dépôt du recours pour déni de justice, par décision formelle du 16 avril 2015, l'intimée 2 a statué sur la prise en charge du traitement dentaire. Par conséquent, le recourant n'a plus d'intérêt à ce que l'éventuel déni de justice soit constaté, de sorte que le recours est devenu sans objet. S'agissant de l'intimée 1, le recourant a exigé une décision formelle le 22 juillet 2014. Le 19 août 2014, l'intimée 1 a requis du recourant une documentation complète de ses accidents depuis 1984. Le 29 septembre 2014, le recourant lui a transmis toutes les factures réglées par lui-même depuis octobre 2010 en précisant qu'il n'avait pas conservé celles antérieures à 2010, un devis de son dentiste ainsi que les radiographies et avis du médecin-dentiste. Depuis le 13 octobre 2014, l'intimée 1 n'a demandé au recourant ou à l'intimée 2 aucun document supplémentaire afin de statuer sur la prise en charge du traitement dentaire litigieux et n'a manifestement pas soumis le dossier à son médecin-dentiste conseil. Ce faisant, au vu de son obligation d'instruire d'office la demande de prestations au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA, elle a implicitement reconnu qu'elle dispose de tous les éléments médicaux nécessaires pour statuer. Par conséquent, en ne rendant pas de décision formelle jusqu'à la date du recours, en ne transmettant pas son dossier à la chambre de céans et en ne prenant pas position sur le recours bien qu'elle y ait été invitée, elle a manifesté son refus de rendre une décision formelle. Aussi, elle doit être invitée à rendre une décision formelle dans les plus brefs délais. A cet égard, il convient de rappeler à l'intimée 1 que lorsque se pose la question des frais de traitement pour les séquelles tardives ou les rechutes d'accidents qui se sont produits avant l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) le 1er

janvier 1996 et que ni un assureur social tenu prioritairement selon l'art. 110 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), ni un autre assureur tenu en vertu de l'art. 102 al. 4, dernière phrase, LAMal n'ont à en répondre, il appartient normalement à l'assurance-maladie qui couvre l'assuré au moment du traitement d'allouer ses prestations. Cette règle découle au demeurant de la disposition de l'art. 103 al. 1

A/860/2015 - 9/10 - LAMal qui se réfère à la date du traitement et non pas, par exemple, à celle de l'événement assuré ou de l'envoi de la facture. En matière d'assurance-maladie, en effet, la date de la survenance de la maladie ou de sa première apparition n'est pas décisive pour déterminer l'obligation d'allouer des prestations. Etant donné l'art. 28 LAMal qui met sur un pied d'égalité les prestations en cas de maladie et d'accidents, on doit en déduire que lorsque les conditions de l'art. 1er al. 2 let. b aLAMal sont données, il en va de même de la prise en charge par l'assureur-maladie, tenu au moment du traitement, des soins pour les suites tardives ou la rechute d'un accident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 69/02 du 21 juillet 2004 consid. 3.2). Comme l'art. 31 al. 2 LAMal met à la charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts des lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1er al. 2 let. b aLAMal, il s'ensuit que, comme pour d'autres séquelles d'accident, c'est la date du traitement qui est déterminante pour fixer l'obligation éventuelle de l'assureur-maladie d'allouer des prestations (ATF 126 V 321 consid. 4a; RAMA 1998 n° KV 33 p. 284 consid. 2).

E. 6

Le recours doit ainsi être partiellement admis au sens de ce qui précède et l'intimée 1 invitée à statuer dans les plus brefs délais. Si la procédure est en principe gratuite, l'art. 61 let. a 2ème phrase LPGA prévoit que des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. Cette disposition est également applicable à l'assurance (Ueli KIESER, op. cit. n. 37 ad art. 61). Le point de savoir si un procès est téméraire doit être tranché en examinant non seulement l'attitude de la partie dans la procédure judiciaire mais également son comportement avant le procès (ATF 124 V 285 consid. 4b relatif à des cotisations de prévoyance professionnelle). La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie viole une obligation qui lui incombe ou lorsqu'elle soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi (ATF 124 V 285 consid. 3b). Cette jurisprudence est applicable mutatis mutandis pour déterminer si une assurance sociale a fait preuve de légèreté. En l'espèce, malgré la demande de décision formelle que le recourant lui a adressée en juillet 2015, l'intimée 1 n'a toujours pas statué sur ses prétentions par décision formelle. En outre, dans le cadre de la présente procédure judiciaire, elle n'a pas produit son dossier de pièces et n'a pas pris position sur le recours. Partant, au vu de son attitude dilatoire et de la légèreté qu'elle a manifestées, il se justifie de la condamner au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 89H al. 1 LPA et art. 2 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03])

A/860/2015 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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