

## **GE\_GERICHTE ATAS/780/2016 vom 29. September 2016**

GE Cour de justice, 2016-09-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_780\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_780_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/780/2016 du 29 septembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/780/2016 del 29 settembre 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 21**

Par courrier du 21 mars 2016, l'assuré, par l'intermédiaire du Bureau de gestion administrative, a confirmé son opposition et a fait savoir à l'assureur qu'il demandera à son médecin traitant de préciser son état clinique réel.

#### **E. 22**

Par décision du 10 mai 2016, l'assureur a déclaré l'opposition irrecevable.

#### **E. 23**

Par acte du 6 juin 2016, l'assuré a formé recours contre cette décision en concluant implicitement au paiement des indemnités journalières au-delà du 29 février 2016. Se fondant sur le rapport des EPI, il a fait valoir que tout travail manuel dans le circuit économique ordinaire était actuellement compromis. Par ailleurs, le Dr C\_\_\_\_\_ avait régulièrement délivré des attestations d'incapacité de travail.

#### **E. 24**

A l'appui de son recours, le recourant a annexé le rapport du 27 avril 2016 du Dr E\_\_\_\_\_, chirurgien de la main, adressé à l'OAI. Ce médecin y a attesté que l'état de santé s'était amélioré et il y avait une guérison. Selon son dossier, une neurolyse bilatérale avait été un succès. Le dernier examen médical datait du 2 mars 2016.

#### **E. 25**

Dans sa réponse du 3 août 2016, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours et, subsidiairement, à son rejet, sous suite de dépens. Elle a répété que l'assuré avait omis de motiver son opposition et de prendre des conclusions. Quant au fond, elle a relevé que l'objet du litige était uniquement sa décision formelle du 16 février 2016 et partant l'incapacité de travail ayant débuté le 11 janvier 2016. Or, selon la Dresse D\_\_\_\_\_, il fallait compter deux à huit semaines d'incapacité de travail selon le type de l'activité professionnelle suite à une cure de tunnel carpien. Selon son médecin-conseil, l'incapacité de travail était au maximum de six semaines en l'occurrence. Néanmoins, l'intimée avait accepté exceptionnellement de verser les indemnités jusqu'au 29 février 2016. Au demeurant, il ressortait du rapport du Dr E\_\_\_\_\_ à l'OAI que le dernier examen médical avait eu lieu le 2 mars 2016, que l'état de

A/1854/2016 - 6/10 - santé était globalement amélioré, qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et que la capacité de travail était de 100 % dans un poste de travail occupé en tant que concierge. Il n'y avait par ailleurs plus de traitement en cours et un examen complémentaire n'était pas nécessaire.

#### **E. 26**

septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis 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-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). 2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours contre la décision du 10 mai 2016 est recevable. 4. Se pose également la question de la recevabilité du recours en ce qu'il porte sur la contestation de la décision du 4 septembre 2015. a. Il n'est guère contestable que l'opposition reçue le 30 octobre 2015 contre cette décision ne respecte pas le délai légal de 30 jours stipulé à l'art. 52 al. 1 LPGA et qu'elle n'est dès lors en principe pas recevable, ce que l'intimée a constaté dans son courrier d 6 novembre 2015, lequel ne constitue toutefois pas une décision formelle. b. Cependant, il sied de constater que l'intimée a, par sa décision du 16 février 2016, en fait reconsidéré sa décision du 4 septembre 2015, par laquelle elle avait limité le versement des indemnités au 31 décembre 2015. Cette nouvelle décision annule et remplace la première décision, dès lors qu'elle accorde au recourant le droit aux indemnités journalière jusqu'au 29 février 2016. Partant, l'objet de cette nouvelle décision est également la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée dès le 1er mars 2016 et englobe ainsi l'objet de la décision du 4 septembre 2015. c. De surcroît, il appert également que le recourant a demandé, par sa missive reçue le 30 octobre 2015, une révision de la décision du 4 septembre 2015 sur la base du rapport du 27 octobre 2015 des EPI, conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Selon cette disposition, les décisions et les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient pas être produits auparavant. En effet, le rapport des EPI ayant été rendu après l'entrée en force de la décision du 4 septembre 2015, il doit être considéré comme un nouveau moyen de preuve que le recourant ne pouvait pas produire dans le délai de recours de 30 jours.

A/1854/2016 - 7/10 - Par conséquent, dans l'hypothèse où l'intimée n'aurait pas reconsidéré sa décision du 4 septembre 2015 par sa décision du 16 février 2016, le recours devrait être interprété comme un recours pour déni de justice, dans la mesure où le recourant se plaint implicitement de ce que l'intimée n'est pas entrée en matière sur cette demande de révision fondée sur le nouveau moyen de preuve consistant dans le rapport des EPI du 27 octobre 2015. Un tel recours est recevable en vertu de l'art. 56 al. 2 LPGA, selon lequel le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision, comme en l'espèce. 5. L'objet du litige est ainsi la question de savoir si l'opposition du recourant, à la décision du 16 février 2016 est recevable. 6. a. L'art. 10 de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée (al. 1). Selon l'al. 2 de cette disposition, elle doit être formée par écrit lorsqu'elle porte sur une décision sujette à opposition, conformément à l'art. 52 LPGA, et qui a pour objet une prestation ou la restitution d'une prestation fondées sur la loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage (let. a), ou prise par un organe d'exécution en matière de sécurité au travail au sens des art. 47 à 51 de l'ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents (let. b). Dans les autres cas, l'opposition peut être formée au choix par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel (al. 3). Elle doit enfin 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). Si l'opposition ne

satisfait pas aux exigences de l'al. 1er 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). b. 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). 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. 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. A 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. Le but de l'opposition est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près. Ce but est atteint lorsqu'il est 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. Le Tribunal fédéral des assurances a considéré que tel

A/1854/2016 - 8/10 - devait être admis dans le cas d'un assuré qui s'est opposé à une décision en envoyant, sans autre commentaire, deux certificats médicaux attestant une incapacité de travail (ATF 123 V 128 consid. 3 p. 130 et les références). Il suffit donc que l'opposant conteste la décision dans une forme rudimentaire (Ulrich KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, ad art. 52 ch. 36 et référence) 7. En l'espèce, l'intimée a déclaré l'opposition du recourant irrecevable, en considérant que celle-ci n'était pas motivée et ne comportait pas de conclusions. Il ressort toutefois clairement de la missive de celui-ci, reçue le 15 mars 2016, qu'il conteste la décision du fait que les EPI ont constaté que son état de santé actuel ne lui permettait pas de travailler dans le circuit économique normal, même dans une activité adaptée. Il réclame ainsi la continuation du paiement des indemnités au-delà du 29 février 2016. Il motive son opposition également par le fait que sa main droite n'est toujours pas rétablie et que le Dr E\_\_\_\_\_ a l'intention de faire des examens supplémentaires. L'assuré se plaint aussi dans l'opposition de fourmillements et de douleurs dans les poignets et doigts des deux mains. Quant à la main gauche opérée en janvier 2016, il allègue qu'elle ne cicatrise pas comme elle devrait et manque de force, même pour ouvrir une bouteille d'eau. Au vu de ce qui précède, il sied de constater que les motifs et les conclusions de l'opposition résultent avec suffisamment de clarté du courrier du recourant. C'est le lieu de rappeler que, dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui doit prendre les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Par conséquent, si l'intimée jugeait insuffisant le certificat du Dr C\_\_\_\_\_, par lequel celui-ci a prolongé l'incapacité de travail au-delà du 29 février 2016, il lui aurait appartenu de prendre directement des renseignements auprès de ce médecin, ainsi que du Dr E\_\_\_\_\_ qui a effectué l'intervention chirurgicale des deux mains. Cela étant, il convient d'admettre que l'intimée a fait preuve d'un formalisme excessif, en déclarant l'opposition irrecevable. 8. Cela étant, le recours contre la décision sur opposition du 10 mai 2016 sera admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle se prononce sur le fond, étant précisé que l'objet de cette décision englobe également la question de la capacité de travail du recourant dans une

activité adaptée dès le 1er mars 2016. Il appartiendra par conséquent à l'intimée de réexaminer cette question, notamment sur la base du rapport du 27 octobre 2015 des EPI. 9. La procédure est gratuite.

A/1854/2016 - 9/10 -

\*\*\*

A/1854/2016 - 10/10 - 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.