

GE_GERICHTE A/1617/2012 vom 7. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1617_2012

FR: GE_GERICHTE A/1617/2012 du 7 septembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1617/2012 del 7 settembre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 07.09.2012
A/1617/2012

A/1617/2012 ATAS/1109/2012 du 07.09.2012 (LAA), REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1617/2012
ATAS/1109/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 7
septembre 2012 3ème Chambre En la cause Madame P_____, domiciliée à Thonon
les Bains, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA
Mauro recourante contre ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES,
Versicherungs-Gesellschaft, sise Bleicherweg 19, 8002 ZURICH intimé EN FAIT Madame
P_____ (ci-après : l'assurée) a signé en date du 28 février 2011 un contrat de travail
avec la société X_____ Sàrl, qui l'a engagée en tant qu'aide à domicile pour une
durée déterminée de trois mois à compter du 1er mars 2011 et l'a assurée contre le risque
d'accidents auprès d'ALLIANZ SUISSE, SOCIETE D'ASSURANCES SA (ci-après :
l'assurance). Le 31 mars 2011, l'assurée a été victime d'un accident au domicile de l'un de
ses patients : alors qu'elle lui administrait des soins et s'approchait pour l'aider à se lever,
l'intéressé l'a saisie au-dessus du coude, lui a coincé le poignet sous son aisselle et lui a
rabattu violement le bras, ce qui a eu pour effet de briser le poignet de l'assurée. Le 4 avril
2011, l'employeur de l'assurée a annoncé le cas à l'assurance, qui a pris le cas en charge et a
versé à l'assurée des indemnités journalières. Dans un rapport adressé le 10 novembre 2011
au médecin-conseil de l'assurance, le Dr A_____, spécialiste de la main, a
diagnostiqué une algodystrophie sévère du membre supérieur gauche évoluant sur une
phase chronique et entretenue par une épine irritative, se manifestant par une neuropathie du
nerf ulnaire au coude gauche, des acroparesthésies importantes ainsi que des réveils
nocturnes et des engourdissements des quatrième et cinquième rayons de la main gauche.
Le médecin a également mentionné une tendinite du fléchisseur radial du carpe du poignet
gauche, probablement en relation avec les séquelles inflammatoires du périscaphoïdien.
Une échographie avait mis en évidence une tuméfaction importante du nerf ulnaire au
coude (sur 2,3 cm.) ainsi qu'une subluxation du coude. Un examen
électroneuromyographique (ENMG) avait confirmé l'atteinte du nerf ulnaire. Le Dr
A_____ a réservé son pronostic en expliquant que, même si une transposition du nerf
ulnaire pouvait être envisagée, il semblait trop tôt pour envisager la reprise du travail en
janvier ou février 2012. En effet, les signes cliniques étaient encore très présents (sudation
et tuméfaction). Le médecin a préconisé une scintigraphie de contrôle au début de l'année
2012 afin d'évaluer de manière plus objective l'évolution du cas. Le 20 octobre 2011,
l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI). Par courrier du 5 décembre 2011,
l'assurance a annoncé au Dr A_____ que son médecin-conseil était arrivé à la
conclusion que l'opération du coude préconisée n'était pas en lien de causalité naturelle avec

l'accident du 31 mars 2011. Par courrier du 26 janvier 2012, l'OAI a fait remarquer à l'assurance que la réinsertion professionnelle de l'assurée dépendait de l'opération du nerf ulnaire, laquelle était suspendue pour des raisons de prise en charge. L'OAI a sollicité de l'assurance une décision formelle quant à la prise en charge de l'opération en question. Le 27 février 2012, l'assurée a contacté l'assurance par téléphone. Il lui a alors été annoncé que le versement des indemnités journalières serait suspendu à la fin du mois. Par téléphone du 2 avril 2012, une collaboratrice de l'assurance a assuré au conseil de l'assurée que la suspension ne prendrait finalement effet que le 15 mars 2012 et un décompte a été établi le 2 avril 2012. Par courrier du 11 avril 2012, le conseil de l'assurée a sommé l'assurance de reprendre le versement des indemnités ou, à défaut, de rendre une décision formelle sujette à opposition. Le 18 avril 2012, l'OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE (OFSP), alerté par l'assurée, a invité l'assurance à s'expliquer d'ici au 11 mai 2012. Relancée par l'OFSP le 12 mai 2012, l'assurance lui a finalement répondu le 14 mai 2012. Elle a contesté avoir décidé de suspendre le versement des indemnités journalières, assurant qu'elle les avaient versées jusqu'au 31 mars 2012. Elle a allégué avoir fait une demande d'expertise le 2 avril et vouloir attendre le rapport pour se déterminer. Le 23 mai 2012, l'assurance a établi un décompte concernant les indemnités journalières des mois de mars et avril 2012. Le 25 mai 2012, l'assurée a saisi la Cour de céans d'un "recours pour déni de justice et demande" dirigé contre l'assurance. L'assurée allègue qu'elle est toujours en incapacité de travail et dans l'attente d'une décision concernant la prise en charge d'une intervention chirurgicale qui lui permettrait de bénéficier de mesures de réinsertion professionnelle adéquates. Elle explique que la suspension des indemnités journalière l'a mise dans une situation financière, professionnelle et psychologique inextricable. L'assurée demande qu'il soit constaté que l'assurance a commis un déni de justice et qu'elle soit condamnée à reprendre le versement des indemnités journalières avec effet rétroactif au 15 mars 2012 et à rendre une décision sujette à opposition. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 6 juin 2012, a demandé une prolongation du délai au 6 juillet 2012, alléguant que dans l'intervalle, elle prendrait contact avec le conseil de l'assurée afin de trouver une solution au litige. Le 7 juin 2012, l'assurance a adressé au conseil de l'assurée un courrier dont il ressort qu'elle a reçu en date du 19 mars 2012 un rapport du médecin traitant de l'assurée qui attestait d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 14 mars 2012, raison pour laquelle le décompte du 2 avril limitait les prestations à cette date. L'assurance a par ailleurs annoncé avoir demandé une expertise afin de déterminer s'il existait un lien de causalité naturelle entre l'accident et la persistance des plaintes. Elle a annoncé qu'elle avait décidé de poursuivre le versement des indemnités journalières jusqu'au 30 avril 2012. Par courrier du 11 juin 2012, le conseil de l'assurée a fait remarquer à l'assurance qu'elle n'avait toujours pas rendu de décision formelle et qu'il était donc exclu que le recours pour déni de justice soit retiré. Dans sa réponse du 6 juillet 2012, l'assurance a conclu au rejet du recours. L'intimée allègue que le contrat conclu par l'assurée avec son employeur était limité à trois mois, qu'elle n'a été informée des circonstances exactes de l'accident qu'à la lecture du recours, qu'il est désormais question d'une atteinte du nerf ulnaire au coude gauche alors que l'accident a occasionné une fracture du poignet gauche, que ce n'est qu'en mars 2012 qu'elle a été informée du fait que l'assurée souffrait de troubles psychiques et que ce n'est qu'alors qu'elle a pu prendre la décision de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire. L'intimée ajoute qu'elle a en définitive versé le 3 mai 2012 les indemnités journalières jusqu'à la fin du mois d'avril alors qu'elle n'était en possession à cette date que des certificats d'arrêt de travail jusqu'au 30 avril 2012 puisque ce n'est que le 18 juin 2012 que la

recourante a produit une feuille d'accident complétée par son nouveau médecin-traitant, attestant d'une incapacité de travail postérieure au 30 avril. L'assurance soutient qu'il n'y a pas déni de justice dans le mesure où elle n'a pas mis un terme au versement des indemnités journalières. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au présent litige. Aux termes de l'art. 49 al. 1 et al. 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). Selon la jurisprudence, la notion de décision attaquable par voie du recours doit être interprétée à la lumière de l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA; RS 172.021); que sont donc considérées comme des décisions les mesures prises par les autorités dans des cas d'espèce, fondées sur le droit public fédéral et ayant pour objet de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations, de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits ou d'obligations, ou encore de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits ou obligations (ATF du 31 mai 2002, K 120/01, consid. 2c; ATF 120 V 346, consid. 2b). L'art. 56 al. 2 LPGA prévoit qu'un recours peut également être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. L'art. 29 al. 1 Cst. - qui a succédé à l'art. 4 al. 1 aCst. depuis le 1er janvier 2000 - dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Il consacre ainsi le principe de la célérité et prohibe le retard injustifié à statuer. En droit fédéral des assurances sociales plus particulièrement, le principe de célérité figurait à l'art. 85 al. 2 let. a LAVS (en corrélation avec l'art. 69 LAI), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (cf. ATF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Il est désormais consacré par l'art. 61 let. a LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003. Il exige des cantons que la procédure soit simple et rapide et constitue l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 61 consid. 4b; Ueli KIESER, Das einfache und rasche Verfahren, insbesondere im Sozialversicherungsrecht, in: RSAS 1992 p. 272 ainsi que la note no 28, et p. 278 sv.; RÜEDI, Allgemeine Rechtsgrundsätze des Sozialversicherungsprozesses, in: Recht, Staat und Politik am Ende des zweiten Jahrtausends, Festschrift zum 60. Geburtstag von Bundesrat Arnold Koller, Berne 1993, p. 460ss et les arrêts cités). La procédure judiciaire de première instance est ainsi soumise au principe de célérité, que ce soit devant une autorité cantonale ou devant une autorité fédérale. L'autorité viole le principe de célérité lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 119 Ib 311 consid. 5 p. 323; 117 Ia 193 consid. 1b in fine et c p. 197; 107 Ib 160 consid. 3b p. 165; Jörg Paul MÜLLER, Grundrechte in der Schweiz, Berne 1999, p. 505 s.; Georg MÜLLER, Commentaire de la Constitution fédérale, n. 93 ad art. 4 aCst.; HAEFLIGER/SCHÜRMAN, Die Europäische Menschenrechtskonvention und die Schweiz, Berne 1999, p. 200 ss). 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 C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; ATF 124 I 142 consid. 2c, 119 Ib 325 consid. 5b et les références citées), 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., Berne 2002, p. 292 et la note n°699 ; ATF 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 p. 158 s.). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative (HAEFLIGER/SCHÜRMAN, *op. cit.*, p. 203-204; AUER / MALINVERNI / HOTTELIER, *Droit constitutionnel suisse*, vol. II, n. 1243). 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 aCst.: ATF 125 V 191 consid. 2a, 375 consid. 2b/aa, 119 Ib 325 consid. 5b; ATF 122 IV 103 consid. I/4 p. 111; ATF 119 III 1 consid. 3 p. 3; Jörg Paul MÜLLER, *op. cit.*, p. 506 s.; HAEFLIGER/SCHÜRMAN, *op. cit.*, p. 204 s.; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, *op. cit.*, nos 1244 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 C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; ATF du 23 avril 2003 en la cause I 819/02 consid. 2.1 ; ATF 124 V 133 , 117 Ia 117 consid. 3a, 197 consid. 1c, 108 V 20 consid. 4c). 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 (H 134/02 Arrêt du 30 janvier 2003 consid. 1.5; ATF 122 IV 111 consid. I/4). En l'espèce, force est de constater que malgré ses dénégations, l'intimée a bel et bien suspendu le versement des indemnités journalières puisque ce n'est que le 23 mai 2012 qu'elle a finalement établi le décompte pour les prestations de mars et avril 2012. L'intimée a d'ailleurs reconnu que sa gestionnaire avait mis fin au versement dans un premier temps au 14 mars 2012, en se basant sur un rapport du Dr A_____. Le versement des indemnités réclamées par la recourante a cependant finalement eu lieu le 23 mai 2012 de sorte que, sur ce point, le recours pour déni de justice est sans objet. La Cour de céans se doit cependant d'inviter l'intimée, pour le futur, à ne plus suspendre son versement sans rendre une décision formelle susceptible d'être contestée par l'assurée. En outre, la Cour constate que l'intimée n'a toujours pas rendu de décision formelle sur la question de savoir si elle acceptait ou non de prendre en charge l'opération envisagée et ce, alors même que l'OAI le lui a formellement demandé en date du 26 janvier 2012 déjà, soit il y a près de sept mois. Ce délai n'apparaît cependant pas critiquable dans la mesure où une expertise semble effectivement souhaitable - les avis émis par les médecins-conseils de l'intimée n'étant, de

l'avis même de la recourante, pas suffisants pour se prononcer. Le délai écoulé depuis la demande de l'OAI n'apparaît pas encore susceptible de constituer un déni de justice, de sorte que, sur ce point, le recours est rejeté, étant précisé que la recourante pourra saisir la Cour d'un nouveau recours si l'intimée devait tarder à statuer par la suite, une fois les résultats de l'expertise connue. Il importe en effet d'agir rapidement puisque la réinsertion professionnelle de la recourante en dépend. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond : Rejette le recours pour déni de justice dans la mesure où il est recevable. Dit que la procédure est gratuite. 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 Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK 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.