

GE_GERICHTE A/3632/2012 vom 26. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3632_2012

FR: GE_GERICHTE A/3632/2012 du 26 mars 2013

IT: GE_GERICHTE A/3632/2012 del 26 marzo 2013

Regeste

; AA ; DÉCISION NON FORMELLE ; DROIT D'OBTENIR UNE DÉCISION | Lorsque l'assureur refuse en l'état la prise en charge d'un traitement par simple courrier sans indication des voies de droit au motif qu'il n'a pas pu prendre connaissance d'une radiographie déterminante, l'action en justice de l'assurée doit être déclarée irrecevable, faute de décision. En revanche, elle peut être considérée comme un recours contre le refus de l'assureur de rendre une décision au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA. | LPGA 49; LPGA 52; LPGA 56

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame P _____, domiciliée au LIGNON recourante contre HELSANA ASSURANCES SA, Centre de Services, LAUSANNE intimée EN FAIT Madame P _____, née en 1981, est assurée auprès de HELSANA ASSURANCES SA (ci-après l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins avec risque accident. L'assurée a annoncé qu'elle s'était cassée une molaire inférieure (dent n° 36), le 20 mai 2012, avec un petit caillou se trouvant dans des lentilles vertes. Elle a rempli le questionnaire pour dommages dentaires en relation avec des aliments le 11 juin 2012. Le Docteur A _____, chirurgien-dentiste à Ferney-Voltaire, a confirmé qu'elle avait présenté une dent fracturée de mésial à distal dans toute sa largeur et sur toute la hauteur jusqu'aux racines. Il a établi un devis de prothèse le 6 juin 2012 pour un montant de 2'160 euros. Par courriers des 10 juillet et 15 août 2012, l'assureur a réclamé au Dr A _____ la radiographie ou photographie de la dent accidentée. Invité à se déterminer, le dentiste-conseil de l'assureur, le Dr B _____ a indiqué le 30 octobre 2012 qu' "à la lecture de la radiographie, cette dent était recouverte d'une obturation recouvrant pratiquement toute la dent, sans stabilité mécanique. Elle n'était pas en mesure de subir une activité masticatoire normale. Je vous propose de refuser la notion d'accident et la prise en charge de cet événement." L'assureur a informé l'assurée des conclusions du Dr B _____ le 6 novembre 2012. Le 12 novembre 2012, l'assurée a contesté cette prise de position, alléguant que "la radio que je vous ai fait parvenir, montre les restes d'un traitement de racine et non une importante obturation, étant donné que la dent 36 a été vidée par le Dr A _____ au préalable (avant la réalisation de la radio de la dent 36). Etant donné que le Dr A _____ a vidé la dent 36 avant d'effectuer la radio dentaire, vous stipulez que la dent 36 présentait une importante obturation sans stabilité mécanique. Comme osez-vous vous prononcer au sujet de la stabilité mécanique de la dent 36, alors que celle-ci a été vidée de son contenu avant la réalisation de la radio dentaire ? Venant de contacter le cabinet dentaire du Dr A _____, sa secrétaire m'a informée que celui-ci n'était plus en possession de mes radios dentaires précédentes à celle effectuée durant la

consultation d'urgence du mois de mai 2012. S'étant braqué contre moi de par ma décision de soigner la dent 36 en Suisse et non en son cabinet médical français, malgré l'établissement d'un devis dentaire de sa part, le Dr A_____ a récemment refusé de vous transmettre une copie de la radio de la dent 36, puisqu'il ne souhaite plus que je fasse partie de ses patients dorénavant !" Par courrier du 22 novembre 2012, l'assureur a maintenu son refus du 6 novembre 2012, le médecin dentiste-conseil n'étant pas en mesure de réexaminer le dossier sans une radiographie antérieure de la dent 36. Par courrier du 30 novembre 2012, l'assurée a fait part à la Cour de céans de ses difficultés à se voir rembourser le traitement de sa dent n° 36 et, plus particulièrement, à obtenir du Dr A_____ la copie de la radiographie de cette dent. Renseignements pris par téléphone auprès du cabinet du Dr A_____ le 7 janvier 2013, l'assureur a appris que le dentiste avait donné toutes les radios à l'assurée sur photocopies. Dans sa réponse du 10 janvier 2013, l'assureur conclut à l'irrecevabilité du "recours" à défaut de décision, au rejet d'un recours pour déni de justice et au rejet d'un recours au fond, "à charge pour l'assurée de fournir les pièces utiles permettant de rendre une décision formelle, à savoir en particulier le dossier dentaire complet et à tout le moins, la radiographie de la dent 36 antérieure à l'accident de mai 2012". Dans sa réplique du 14 janvier 2013, l'assurée conclut à la recevabilité de son recours et à la prise en charge du traitement concernant sa dent accidentée, étant ajouté qu'en l'absence de radiographies antérieures à l'accident de cette dent, elle est de bonne foi. Dans sa duplique du 31 janvier 2013, l'assureur rappelle que pour se déterminer en toute connaissance de cause sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-accidents, il a besoin du dossier dentaire complet de l'assurée, ou à tout le moins d'une radiographie de la dent 36 antérieure à l'accident de mai 2012, soit celle réalisée le 6 décembre 2007. Il relève qu'il a manifesté son refus de prise en charge de manière non formelle, les 6 et 22 novembre 2012. Il soutient que la requête de l'assurée ne peut être qualifiée de "déni de justice", celle-ci n'ayant pas expressément réclamé la notification d'une décision formelle. Par courrier du 6 février 2013, l'assurée a encore fait part de ses observations. Elle prie la Cour de céans d'exiger du Dr A_____ de lui transmettre l'intégralité de ses radiographies dentaires et de se renseigner sur l'état de sa dent n° 36 avant l'accident. A cet égard, elle soutient que même si celle-ci n'était pas parfaitement saine, elle répondait clairement à son activité masticatoire normale. Elle ajoute que "même si la radiographie de la dent accidentée n'a pas été effectuée dans les règles de l'art, il serait judicieux de la transmettre à un chirurgien-dentiste neutre ne servant pas les intérêts de mon assurance-maladie dans le but d'obtenir son avis sur l'état de la dent n° 36 d'après la radiographie réalisée durant la consultation d'urgence au cabinet dentaire français". Ce courrier a été transmis à l'assureur et la cause gardée à juger. 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 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. Il convient de se prononcer préalablement sur la recevabilité de la demande de l'assurée déposée auprès de la Cour de céans le 30 novembre 2012. Selon l'art. 49 al. 1 et 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). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux

demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Selon l'art. 52 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, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure (al. 1). Les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. Elles sont motivées et indiquent les voies de recours (al. 2). Selon l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (al. 1). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (al. 2). En vertu du principe de l'unité de la procédure, l'autorité de recours ne peut statuer que sur des points que l'autorité inférieure a examinés. Ainsi, l'objet du litige ne peut s'étendre à des éléments qui ne sont pas compris dans l'objet du recours. Il s'ensuit que l'autorité de recours ne peut examiner et juger, 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 revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement au fond ne peut pas être prononcé. C'est pourquoi les conclusions qui vont au-delà de l'objet du litige sont irrecevables (cf. arrêt du Tribunal fédéral 2C 669/2008 du 8 décembre 2008 consid. 4.1; arrêt du Tribunal administratif fédéral B-8243/2007 du 20 mai 2008 consid. 1.4 et les réf. Cit; Ulric MEYER/Isabel VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure administrative, in : Mélanges Pierre MOOR, Berne 2005, p. 439). En l'espèce, l'assureur n'a rendu ni décision formelle ni décision sur opposition au sens des art. 49 et 52 LPGA. Ne figurent au dossier que ses deux courriers des 6 novembre 2012 et 22 novembre 2012, sans indication des voies de droit, dans lesquels il refuse en l'état la prise en charge du traitement de la dent n° 36, au motif qu'il n'a pu prendre connaissance de la radiographie de la dent 36 antérieure au 20 mai 2012. Le 30 novembre 2012, l'assurée a saisi la Cour de céans en se plaignant des difficultés qu'elle rencontrait pour se voir rembourser ses frais dentaires et pour obtenir du Dr A _____ la copie de la radiographie de la dent 36 antérieure au 20 mai 2012. Force est, au vu de ce qui précède, de déclarer irrecevable l'action de l'assurée, faute de décision. Cela étant, l'action de l'assurée peut être considérée comme un recours au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA contre le refus de l'assureur-accidents de rendre une décision répondant aux exigences posées à l'art. 49 al. 1 et 3 LPGA. Conformément à l'art. 56 al. 2 LPGA en effet, 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. Le retard injustifié à statuer est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst et l'art. 6 § 1 CEDH (qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue [ATF 103 V 190 consid. 2 p. 192]). 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 p. 409 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 (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332; 125 V 188 consid. 2a p. 191). A cet égard, il appartient, d'une part, 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. D'autre part, si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques "temps morts", qui sont inévitables dans une procédure, elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la

lenteur excessive de la procédure; il appartient en effet à l'Etat d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332 et les références). 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). En droit des assurances sociales, la procédure de première instance est par ailleurs gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est consacré à l'art. 61 let. a LPGA qui 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 54 consid. 4b p. 61). 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). 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). En l'espèce, il convient de constater qu'après avoir reçu le questionnaire pour dommages dentaires en relation avec des aliments, rempli par l'assurée le 11 juin 2012, l'assureur a immédiatement initié une instruction et a informé l'assurée des conclusions de son médecin-conseil le 6 novembre 2012. Celle-ci ayant contesté ces conclusions, l'assureur a maintenu sa position le 22 novembre 2012. On ne saurait ainsi reprocher à l'assureur d'avoir agi avec retard, et partant, d'avoir commis un déni de justice. Aussi le recours pour déni de justice sera-t-il rejeté sans examen de son mérite sur le fond, le dossier étant toutefois retourné à l'assureur afin qu'il rende une décision formelle sur les prétentions de l'assurée. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Déclare l'action de l'assurée irrecevable, faute de décision. Rejette le recours pour déni de justice, en tant que de besoin. Renvoie le dossier à l'assureur, afin qu'il rende une décision formelle sur les prétentions de l'assurée. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.