

GE_GERICHTE A/3825/2013 vom 8. Mai 2014

GE Cour de justice, 2014-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3825_2013

FR: GE_GERICHTE A/3825/2013 du 8 mai 2014

IT: GE_GERICHTE A/3825/2013 del 8 maggio 2014

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS; AA; REPRÉSENTATION EN PROCÉDURE; MÉDECIN; OPPOSITION(PROCÉDURE); CHOSE JUGÉE; DROIT D'OBTENIR UNE DÉCISION | En refusant de rendre une décision sur opposition au motif que l'écrit adressé à l'assurance par le médecin de l'assurée ne pouvait en aucun cas être considéré comme une opposition et alors même que l'assurée a requis une décision formelle sur ce point, l'assureur prive l'intéressée d'une décision susceptible d'être attaquée et commet ainsi un déni de justice formel. | LPGA.34; LPGA.37.1; OPGA.10; LPA.9.1

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.05.2014 A/3825/2013

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS; AA; REPRÉSENTATION EN PROCÉDURE; MÉDECIN; OPPOSITION(PROCÉDURE); CHOSE JUGÉE; DROIT D'OBTENIR UNE DÉCISION | En refusant de rendre une décision sur opposition au motif que l'écrit adressé à l'assurance par le médecin de l'assurée ne pouvait en aucun cas être considéré comme une opposition et alors même que l'assurée a requis une décision formelle sur ce point, l'assureur prive l'intéressée d'une décision susceptible d'être attaquée et commet ainsi un déni de justice formel. | LPGA.34; LPGA.37.1; OPGA.10; LPA.9.1

A/3825/2013 ATAS/594/2014 (3) du 08.05.2014 (LAA) , ADMIS Descripteurs : LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS; AA; REPRÉSENTATION EN PROCÉDURE; MÉDECIN; OPPOSITION(PROCÉDURE); CHOSE JUGÉE; DROIT D'OBTENIR UNE DÉCISION Normes : LPGA.34; LPGA.37.1; OPGA.10; LPA.9.1

Résumé : En refusant de rendre une décision sur opposition au motif que l'écrit adressé à l'assurance par le médecin de l'assurée ne pouvait en aucun cas être considéré comme une opposition et alors même que l'assurée a requis une décision formelle sur ce point, l'assureur prive l'intéressée d'une décision susceptible d'être attaquée et commet ainsi un déni de justice formel. En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3825/2013 ATAS/594/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 8 mai 2014 En la cause Madame A_____, domiciliée à CHENE-BOURG, représentée par l'Association suisse des assurés (ASSUAS) recourante contre LA BALOISE COMPAGNIE D'ASSURANCES SUR LA VIE SA, sise 21, Aeschengraben, BALE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1956, travaille en qualité d'aide-hospitalière et est assurée contre le risque d'accidents auprès de LA BALOISE ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur-accidents). 2. Le 23 avril 2011, l'assurée, alors qu'elle transportait un plateau repas, a heurté une chaise, perdu l'équilibre et lourdement chuté. L'événement a été annoncé à l'assureur-accidents le 26 avril

2011. 3. L'assurée a dans un premier temps consulté le Docteur B_____, qui a adressé un rapport médical à l'assureur-accidents, lequel a pris en charge le cas et a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2011, veille de la reprise du travail par l'assurée.

4. Devant la persistance des douleurs au niveau de son poignet droit, l'assurée a consulté le Docteur C_____, chirurgien spécialiste de la main, qui a conclu à la nécessité d'une opération, laquelle s'est déroulée le 12 juin 2012 (arthroplastie et excision du kyste arthrosynovial dorsal du poignet droit).

5. Mandaté par l'assureur-accidents pour examiner le lien de causalité entre les troubles ayant nécessité cette intervention et l'accident survenu en avril 2011, le Docteur D_____, dans son rapport d'expertise du 15 novembre 2012, a conclu que les atteintes ayant conduit à l'opération étaient de nature plus dégénérative que traumatique.

6. Sur la base de ce rapport, l'assureur a rendu en date du 21 novembre 2012 une décision aux termes de laquelle il a refusé toute prise en charge au-delà du 1^{er} septembre 2011.

7. Le 4 décembre 2012, le Dr C_____ a contacté l'assureur-accidents par téléphone pour manifester son désaccord avec l'expertise du Dr D_____ et contester les conclusions de celui-ci quant au lien de causalité. Il lui a été répondu qu'il devait « écrire un courrier » (cf. note téléphonique, pce 116 intimée).

8. Le 17 décembre 2012, le Dr C_____ a donc adressé à l'assureur-accidents une missive rédigée en ces termes : « Comme j'avais pu vous l'exprimer par téléphone, je conteste les conclusions de l'expertise effectuée par le Dr D_____, tant sur le fond que sur la forme ». Après avoir expliqué pour quelles raisons, le médecin a conclu : « En espérant que vous saurez reconnaître le bien-fondé du recours de votre assurée contre votre décision au vu de ce qui précède, recevez, Monsieur, ... ». Copie de cette lettre était adressée à l'assurée.

9. Le 17 janvier 2013, l'assureur-accident a accusé réception de ce courrier en ajoutant : « Pour votre information, nous ne pouvons pas retenir votre correspondance précitée comme opposition à la décision LAA du 21.11.2012. Par ailleurs, nous vous prions de prendre connaissance que Madame A_____ ainsi que sa caisse-maladie n'ont pas formulé d'opposition à la décision LAA, selon les voies de droit qui leur ont été communiquées ». Copie de ce courrier a été adressée le même jour à l'assurée.

10. Le 22 avril 2013, l'assurée, désormais représentée par une association, a adressé par le biais de cette dernière un courrier à l'assureur-accidents. Alléguant que, par courrier du 17 décembre 2012, déposé dans le délai, le Dr C_____ avait fait opposition à la décision du 21 novembre 2012, l'assurée a reproché à l'assureur de n'avoir pas réclamé au médecin une procuration en bonne et due forme. Selon elle, l'assureur-accidents ne pouvait en effet ignorer que le médecin agissait en son nom et pour son compte.

11. Le 17 mai 2013, l'assureur-accidents a répondu que, selon son service juridique, tant l'appel téléphonique du 4 décembre 2012 du Dr C_____ que son courrier du 17 décembre 2012 ne pouvaient être considérés que comme des avis médicaux et non comme une opposition au sens formel, celle-ci devant être faite par la personne intéressée, soit, en principe, l'assurée. La caisse maladie n'ayant pas non plus formulé d'opposition, l'assureur-accidents considérait que sa décision du 21 novembre 2012 était entrée en force.

12. Par courrier du 16 septembre 2013, l'assurée a contesté cette position, qualifiée d'excessivement formaliste, et a prié l'assureur de rendre une décision formelle.

13. Par courrier du 17 octobre 2013, l'assureur-accidents a refusé de rendre une décision formelle de refus d'entrer en matière, alléguant qu'une décision avait d'ores et déjà été rendue le 21 novembre 2012.

14. Le 26 novembre 2013, l'assurée a saisi la Chambre de céans d'un recours pour déni de justice à l'encontre de l'assureur-accidents, auquel elle reproche son refus de statuer à la contestation de sa décision du 21 novembre 2013 par son médecin traitant. En substance, la recourante soutient que si l'intimée estimait

que ledit courrier ne remplissait pas les conditions pour se voir qualifier d'opposition, il lui appartenait de lui accorder un délai raisonnable pour remédier au vice supposé car elle ne pouvait ignorer que le Dr C_____ agissait en son nom et pour son compte. La recourante ajoute que l'autorité doit se garder de tout formalisme excessif. 15. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 17 janvier 2014, a conclu à l'irrecevabilité du recours. En substance, l'intimée soutient qu'un médecin ne saurait se voir reconnaître la qualité de mandataire professionnellement qualifié et qu'elle n'avait donc pas à lui réclamer de procuration. Elle relève par ailleurs que copie du courrier du 17 janvier 2013 a été communiquée à l'assurée. Or, ce n'est que le 22 avril, soit plus de deux mois plus tard, que celle-ci a allégué pour la première fois, par le biais du mandataire consulté dans l'intervalle, que le rapport médical du 17 décembre 2012 devait être considéré comme une opposition. La recourante a ensuite encore attendu jusqu'au 16 septembre 2013 pour contester la position de l'intimée du 17 mai 2013. L'intimée soutient par ailleurs que le médecin n'avait jamais envisagé que son rapport vaudrait recours puisqu'il y fait allusion à un recours de l'assurée, d'une part, qu'il n'a pas réagi au courrier qui lui a été adressé le 17 janvier 2013, d'autre part. 16. Par écriture du 12 février 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle souligne que la loi ne pose aucune exigence quant à une qualification particulière du mandataire ni quant à la forme d'une opposition. Enfin, s'agissant de son absence de réaction au courrier de l'intimée du 17 janvier 2013, elle allègue qu'elle s'est tout simplement fiée aux informations données par une autorité administrative et qu'on ne saurait dès lors rien inférer de son absence de réaction immédiate. EN DROIT 1. 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 1^{er} 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. 2. Le recours, interjeté sur la base de l'art. 56 al. 2 LPGA - qui 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 -, est recevable; 3. L'art. 56 al. 2 LPGA vise un déni de justice formel qualifié, comme le Tribunal fédéral des assurances l'a jugé à réitérées reprises à propos de l'ancien art. 30 al. 3 LAMA, selon lequel le recours auprès du tribunal cantonal des assurances pouvait aussi être formé lorsque la caisse n'avait pas pris de décision dans le délai de trente jours (ATF 112 V 25 consid. 1; RAMA 1989 no K 803, p. 152 s. consid. 3b). L'intérêt juridiquement protégé, dans ce cas, est celui d'obtenir une décision qui puisse être déférée à une autorité judiciaire de recours, indépendamment du point de savoir si, sur le fond, le recourant obtiendra gain de cause (ATF 125 V 121 consid. 2b). Lorsque le recours contre un retard injustifié ou un refus de statuer se révèle bien fondé, la juridiction saisie doit l'admettre et ordonner à l'autorité concernée de rendre une décision sujette à recours (Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} éd., p. 226). L'objet du litige qui doit être examiné par le juge saisi d'un recours au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA est uniquement le grief de refus de statuer. Aussi, le juge ne peut-il pas, dans ce cas, se prononcer matériellement sur le droit à des prestations d'assurance. Une telle manière de procéder méconnaîtrait l'objet du litige d'un tel recours, lequel est limité à l'examen du refus de statuer de l'autorité inférieure (arrêt du Tribunal fédéral U 142/01 du 27 décembre 2001 ; RAMA 2000 no KV 131 p. 246 consid. 2c). 4. Eu égard à ce qui précède, le litige se limite donc en l'occurrence à la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée refuse de

rendre une décision sur opposition. La Chambre de céans ne saurait en revanche se pencher sur la question de l'éventuelle recevabilité de l'opposition. 5. 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'ordonnement de la procédure (art. 52 LPGGA). Ont qualité de parties au sens de l'art. 34 LPGGA les personnes dont les droits ou obligations résultent des assurances sociales, ainsi que les personnes, organisations ou autorités qui disposent d'un moyen de droit contre la décision d'un assureur ou d'un organe d'exécution de même niveau. L'art. 10 ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11) précise les conditions auxquelles doit répondre l'opposition. Celle-ci doit contenir des conclusions et être motivée (al. 1). A moins que la décision litigieuse n'ait pour objet une prestation ou la restitution d'une prestation fondées sur la loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage ou qu'elle n'ait été 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, l'opposition peut être formée au choix par écrit ou par oral, lors d'un entretien personnel (al. 2 et 3). Elle 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). A cet égard, il convient de se référer à l'art. 37 al. 1 LPGGA, lequel prévoit qu'une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas. L'assureur peut exiger du mandataire qu'il justifie ses pouvoirs par une procuration écrite (al. 2). Si l'opposition ne satisfait pas aux exigences de l'art. 10 al. 1 OPGA 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 (art. 10 al. 5 OPGA). 6. Force est de constater qu'au stade de l'opposition, ni la LPGGA ni son ordonnance n'énumèrent la liste des personnes pouvant se voir reconnaître la qualité de représentant. L'art. 9 al. 1 de la loi de procédure administrative (LPA ; E 5 10), en revanche, dresse une liste des personnes pouvant représenter une partie : il prévoit que celle-ci, à moins qu'elle ne doive agir personnellement ou que l'urgence ne le permette pas, peut se faire représenter par un conjoint, un partenaire enregistré, un ascendant ou un descendant majeur, respectivement par un avocat ou par un autre mandataire professionnellement qualifié pour la cause dont il s'agit. Or, un médecin-traitant peut se voir reconnaître la qualité de mandataire professionnellement qualifié en matière d'assurances sociales, ainsi qu'en a déjà jugé la Chambre de céans (cf. notamment ATAS/758/2011 ; ATAS/759/2011). Au demeurant, il n'appartient pas à la Chambre de céans, à ce stade, d'examiner si l'intimée a fait ou non preuve de formalisme excessif, comme l'allègue la recourante, ni même de se pencher sur la question de savoir si elle aurait dû accorder un délai supplémentaire à l'assurée ou au médecin. Dans la mesure où l'assurée a soutenu auprès de l'intimée que l'acte du 17 décembre devait se voir considérer comme une opposition et qu'elle a requis une décision formelle sur ce point, il appartenait à l'assureur-accident de s'exécuter, quitte à rendre une décision d'irrecevabilité. Il ne saurait se soustraire à cette obligation en se contentant d'affirmer que sa décision initiale « est entrée en force ». Ce faisant, il prive en effet l'assurée d'une décision susceptible d'être attaquée et se rend bel et bien coupable de déni de justice formel. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimée à charge pour cette dernière de rendre une décision sur opposition en bonne et due forme. Conformément à l'art. 61 let. g LPGGA, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant conformément

à l'art. 133 al. 2 LOJ A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet. 3. Ordonne à l'intimée de rendre une décision sur opposition formelle, susceptible de recours. 4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 1'000.- à titre de participation à ses frais et dépens. 5. 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 Juliana BALDE 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.