

GE_GERICHTE A/860/2015 vom 23. September 2015

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_860_2015

FR: GE_GERICHTE A/860/2015 du 23 septembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/860/2015 del 23 settembre 2015

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, à ONEX recourant contre MOOVE SYMPANY SA, sise Peter Merian-Weg 4, BÂLE SUVA, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimées EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1957, a été victime d'un accident d'avion de plaisance, le 2 août 1984, qui a occasionné des lésions dentaires nécessitant la pose de bridges. Le cas a été pris en charge par la Winterthur assurances (ci-après : la Winterthur), son assurance-accidents de l'époque régie par la loi sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA).! [endif]>! [if> 2. Le 14 août 1987, l'assuré est tombé d'une échelle dans le cadre de son travail, accident qui a provoqué une rechute des lésions causées par son accident du 2 août 1984, prise en charge par la Winterthur.! [endif]>! [if> 3. Le 3 septembre 1999, l'assuré a chuté dans les escaliers et a heuré le pont placé sur ses dents 13 à 23. Selon le devis du 23 mai 2000 établi par le docteur C_____, médecin-dentiste, avant l'accident de 1999 un bridge avait été posé sur les dents 13 à 23 ainsi qu'une couronne dentaire céramo-métal (CCM) sur les dents 15, 45 et 46. Les dents 11 et 21 étaient manquantes. Le dommage dû à l'accident consistait en une contusion des dents 13 à 23, une fracture des couronnes 26 et 36 ainsi qu'une ébréchure de la céramique vestibulaire sur 21 du pont 13 à 23, qui était légèrement mobile. L'assuré étant couvert à cette époque contre les accidents professionnels et non-professionnels par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou intimée 2), celle-ci a pris en charge un traitement radiculaire des dents pilier 12, 13 et 23.! [endif]>! [if> 4. Victime d'une infection dentaire liée à l'accident de 1984, selon le docteur D_____, médecin-dentiste, l'assuré a demandé à la Winterthur au début de l'année 2013 de prendre en charge l'intervention chirurgicale nécessaire et ses suites. Le 6 février 2013, la Winterthur l'a informé que son dossier faisait partie d'un portefeuille d'assurances individuelles cédé à la caisse-maladie Wincare, elle-même reprise par la caisse-maladie Sanitas (ci-après : Sanitas).! [endif]>! [if> 5. Le 11 février 2013, le Dr D_____ a adressé à l'assuré un devis de CHF 10'441.70 pour l'extraction de sa canine supérieure gauche (dent 23) - laquelle était infectée - et la pose d'implants sur les dents 11 et 23.! [endif]>! [if> 6. Le 26 juin 2013, la SUVA a indiqué à l'assuré que son dossier avait été détruit. Elle lui a communiqué les quelques pièces encore disponibles dans son système informatique.! [endif]>! [if> 7. Le 17 septembre 2013, l'assuré a subi en urgence une extraction de la dent 23 en raison d'une infection de celle-ci. Le bridge dentaire fixé sur cette dent ne tenant plus, le Dr D_____ a posé une attache provisoire dans l'attente d'une décision de prise en charge par une assurance.! [endif]>! [if> 8. Le 1^{er} novembre 2013, l'assuré a annoncé le cas à Moove Sympany SA (ci-après : sympany), son assurance-maladie et accidents actuelle. Le 14 novembre 2013, cette dernière l'a informé que le contrat d'assurance-accidents qui les liait ne couvrait que les accidents récents et non les accidents antérieurs. Pour les accidents

ayant eu lieu en 1984 et 1987, il appartenait à l'assuré de s'adresser à la Winterthur, soit son assureur de l'époque.![endif]>![if> 9. A la suite de la requête déposée par l'assuré, le 13 janvier 2014, demandant à la chambre des assurances sociales de désigner l'assureur tenu de prendre en charge les frais du traitement dentaire exécuté par le Dr D_____ et formant un recours pour déni de justice contre sympany, la chambre de céans a déclaré la requête irrecevable et a rejeté le recours pour déni de justice par arrêt du 9 juillet 2014 (ATAS/855/2014). Elle a invité l'assuré à requérir des diverses assurances concernées une décision formelle portant sur la prise en charge de l'intervention dentaire de 2013.![endif]>![if> 10. Le 22 juillet 2014, l'assuré a requis de la SUVA, de la Winterthur et de sympany une décision formelle concernant les suites de l'accident du 3 septembre 1999 en joignant une copie de l'arrêt du 9 juillet 2014.![endif]>![if> 11. Par courrier du 29 juillet 2014, la Winterthur a répondu qu'elle intervenait en tant qu'assureur privé régi par la LCA, de sorte qu'il ne lui était pas possible de rendre une décision formelle. De plus, selon les conditions générales d'assurance de l'époque, si le traitement définitif n'était pas possible, elle payait les frais présumés du traitement provisoire et le coût d'une unique remise en état définitive des dents endommagées. Ayant pris en charge, à l'époque, la remise en état définitive des dents, plus aucune prestation ne pouvait lui être accordée. Il appartenait à Sanitas et à la SUVA de se prononcer sur une éventuelle aggravation suite aux accidents de 1987, respectivement de 1999.![endif]>![if> 12. Le 19 août 2014, sympany a demandé à l'assuré de lui transmettre, au plus tard pour le 20 septembre 2014, une documentation complète de ses accidents depuis 1984 afin qu'elle puisse examiner une éventuelle obligation de prestations. Par courrier du même jour, elle a demandé à la SUVA de lui remettre toutes les pièces en sa possession en rapport avec les divers accidents dentaires, à savoir correspondances, décisions et tous autres documents pertinents depuis 1984. En particulier, elle souhaitait obtenir avec la décision de la SUVA une prise de position (sous une forme semblable à celle d'une décision) selon laquelle celle-ci ne s'estimait pas compétente.![endif]>![if> 13. A la fin septembre 2014, la SUVA a également demandé à l'assuré de lui transmettre les copies des factures du traitement dentaire payées par ses soins ainsi que l'entier de son dossier radiologique.![endif]>![if> 14. Le 29 septembre 2014, l'assuré a adressé à la SUVA 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. Il a également transmis les mêmes documents à sympany.![endif]>![if> 15. Par courriel du 13 octobre 2014, sympany a réitéré sa demande auprès de la SUVA en joignant son courrier du 19 août 2014.![endif]>![if> 16. Par courrier du 28 octobre 2014, la SUVA a informé sympany qu'après examen du dossier par son médecin-dentiste conseil, elle lui communiquerait le résultat de cet examen et sa décision de prise en charge. Le même jour, elle a apporté les mêmes précisions à l'assuré en ajoutant qu'elle avait dû contacter son médecin-dentiste afin d'obtenir tous les clichés radiologiques sur support numérique. ![endif]>![if> 17. Le 31 octobre et le 7 novembre 2014, le médecin-dentiste a transmis à la SUVA les documents requis.![endif]>![if> 18. Le 8 janvier 2015, la SUVA a informé l'assuré que son dossier avait été soumis à son médecin-dentiste conseil.![endif]>![if> 19. Le 9 février 2015, le docteur E_____, médecin-dentiste conseil de la SUVA, a observé que la radiographie panoramique révélait un état de santé très dégradé avec perte osseuse horizontale généralisée au maxillaire et au quadrant 4 ainsi qu'une édentation molaire au quadrant 1. Déjà en 2000, le précédent médecin-dentiste conseil avait conclu qu'au vu de l'état parodontal, un remplacement par une solution fixe n'entraînait pas en considération. Il existait

toujours une édentation au quadrant 1 depuis la dent 14. La solution fixe choisie par le patient était plus favorable esthétiquement mais défavorisait la fonction et l'occlusion. Au vu de cette situation, il y avait lieu de prendre en charge un stellite proforma et de verser à l'assuré un montant forfaitaire de CHF 3'500.-. 20. Par courrier du 20 février 2015, la SUVA a informé l'assuré que, sur la base du rapport de son médecin-dentiste conseil, elle prenait en charge un stellite supérieur en remplacement du pont 13-23, en solution proforma. Elle a également demandé au médecin-dentiste de lui faire parvenir une estimation pour le stellite. 21. Par acte du 12 mars 2015, l'assuré a « recouru contre sympany et la SUVA afin que la situation soit jugée ». A l'appui de son recours, il invoque une décision tardive et inacceptable de la SUVA (ci-après : l'intimée 2) qui n'a statué qu'après sa demande de décision formelle, alors qu'auparavant elle ne voulait pas entrer en matière. Quant à sympany (ci-après : l'intimée 1), elle n'a tout simplement pas répondu à sa demande de décision formelle et refuse de prendre en charge les suites d'accidents antérieurs. Il a rappelé la chronologie de ses accidents et les fins de non-recevoir des divers assureurs. 22. Dans sa réponse du 16 avril 2015, l'intimée 2 a observé que son courrier du 20 février 2015 n'était pas intitulé « décision » et ne mentionnait pas les voies de droit, de sorte qu'il ne saurait faire l'objet d'un recours qui devait être précédé d'une opposition. Par conséquent, le recours était irrecevable en tant qu'il portait sur le droit aux prestations. Par ailleurs, s'agissant d'un éventuel déni de justice, le recours était sans objet dès lors qu'elle avait rendu une décision formelle le 13 avril 2015. En outre, même si on pouvait s'interroger sur l'opportunité d'avoir réglé le cas par procédure simplifiée, cette manière de procéder n'était pas à elle seule constitutive d'un refus de statuer. S'agissant d'un retard à statuer, la présente affaire n'avait pas été traitée dans un délai déraisonnable au vu de l'ancienneté de l'accident assuré et des nombreuses démarches qu'elle avait dû entreprendre depuis l'annonce du cas en juillet 2014. Elle a produit dans la procédure sa décision du 13 avril 2015 à la teneur strictement identique à celle de son courrier du 20 février 2015. 23. Bien que l'intimée 1 ait reçu un rappel pour faire parvenir sa réponse, elle n'y a pas donné suite. 24. Par écriture du 27 avril 2015, le recourant a informé la chambre de ceans qu'il avait reçu une nouvelle décision de la part de l'intimée 2 (ndlr du 13 avril 2015) qui ne changeait rien à la précédente, sauf que ses droits y étaient mentionnés en fin de page. Par conséquent, il maintenait ses précédentes conclusions et s'opposait à la présente décision. 25. Le 5 mai 2015, la chambre de ceans a transmis ces écritures à chacune des adverses parties et, sur ce, a gardé la cause à juger. 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 - 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. 2. a) 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). b) En l'espèce, le recours a été déposé, d'une part, à l'encontre du refus de l'intimée 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. 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 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, 2^{ème} 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).

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. 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 un 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). 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. 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 1^{er} 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 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. 1^{er} 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. 1^{er} 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). 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 2^{ème} 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]) 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.