

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1639/2018

ATAS/832/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 25 septembre 2018**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée au GRAND-LANCY

recourante

contre

HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES, sise route  
des Acacias 54, CAROUGE

intimée

ASSURA-BASIS SA, sise Z.i. En Budron A1, MONT-SUR-  
LAUSANNE

appelée en  
cause

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1995, travaillait comme apprentie-coiffeuse auprès de B\_\_\_\_\_ SA et était assurée à ce titre auprès d'HELVETIA Compagnie suisse d'assurances SA (ci-après l'assureur) contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 25 août 2012, l'assurée s'est luxée le genou en se levant.
3. Le même jour, le docteur C\_\_\_\_\_ des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a posé le diagnostic principal de luxation de la rotule.
4. L'employeur a annoncé l'accident à l'assureur le 4 octobre 2012. Celui-ci a pris en charge les frais de traitement et l'incapacité de travail de l'assurée jusqu'à fin 2012.
5. Le 19 juin 2013, l'assurée a subi une intervention pratiquée par le docteur D\_\_\_\_\_, dans le but de stabiliser le genou, soit la mise en place d'un greffon. L'assurance-maladie a remboursé les coûts de cette intervention en tant que maladie, ainsi que les consultations y relatives.
6. Le 13 novembre 2015, l'assurée a annoncé à l'assureur une rechute survenue le 7 mai 2015.
7. Invité à se déterminer, le docteur C\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assureur, a considéré que puisque l'opération subie en 2013 n'avait pas été prise en charge par l'assureur, celui-ci n'avait pas à prester pour la rechute.
8. Par courrier du 2 mai 2016, l'assureur a informé l'assurée qu'il appartenait à ASSURA de prendre en charge les frais relatifs aux troubles faisant l'objet de l'annonce de rechute.  
  
Par décision du 2 juin 2016, il a confirmé sa position. Ladite décision a également été notifiée à ASSURA. Ni l'assurée, ni ASSURA n'ont formé opposition.
9. L'hôpital de La Tour a adressé à ASSURA une facture le 11 décembre 2017 pour des soins donnés à l'assurée en ambulatoire du 24 août au 14 septembre 2015. ASSURA s'en est acquittée.
10. Le 12 janvier 2018, le père de l'assurée a toutefois indiqué à ASSURA, par téléphone, qu'elle n'avait pas à tenir compte de cette facture s'agissant d'un accident survenu en 2015, de sorte que ASSURA a annulé son paiement le 23 février 2018.
11. L'hôpital de La Tour a alors adressé sa facture à l'assureur.  
  
Celui-ci lui a rappelé, le 9 avril 2018, la teneur de sa décision du 2 juin 2016.
12. Par courrier du 15 mai 2018, l'assurée a saisi la chambre de céans, au motif que l'assureur « ne veut pas prendre en charge mes factures sur la base de leur médecin-conseil ». Elle se plaint d'un litige qui durerait « depuis près de six ans » et du fait que l'assureur et ASSURA « se renvoient les factures depuis près de trois ans ».

13. Dans sa réponse du 26 juin 2018, l'assureur a conclu au rejet de la « demande », considérant qu'elle était non fondée et sans objet. Il rappelle qu'il n'a pas été établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée ait subi un nouvel événement accidentel le 7 mai 2015. Dans ses réponses au questionnaire rechute, cette dernière confirme d'ailleurs qu'il n'y a pas eu de nouvel événement accidentel.

L'assureur explique enfin avoir pris contact avec ASSURA le 8 juin 2018 et appris que la facture dont il était question dans la demande du 15 mai 2018 avait été payée par ASSURA le 29 décembre 2017.

14. Le 19 juillet 2018, la chambre de céans a ordonné l'appel en cause d'ASSURA.

15. ASSURA s'est déterminée le 20 août 2018. Elle confirme avoir reconnu ses obligations légales depuis 2013 et précise que ce n'est que sur l'intervention du père de l'assurée qu'elle avait annulé le remboursement de la facture de l'hôpital de La Tour. Elle avait ensuite pris à nouveau cette facture en charge, après avoir échangé avec l'assureur. Elle considère que les suites de l'accident du 25 août 2012 sont à la charge de la LAMal en tant que maladie.

16. Les écritures de l'assureur et d'ASSURA ont été transmises à l'assurée et la cause gardée 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 1<sup>er</sup> 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. L'assurée se plaint de l'inaction de l'assureur.

3. Il convient de se prononcer préalablement sur la recevabilité de la demande de l'assurée déposée auprès de la chambre de céans le 15 mai 2018.

4. 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).

5. 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).

6. 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 des courriers qu'il a échangés avec l'hôpital de La Tour au sujet de la facture du 11 décembre 2017.

Le 15 mai 2018, l'assurée a saisi la chambre de céans en reprochant à l'assureur de ne pas prendre en charge ses factures.

Force est, au vu de ce qui précède, de déclarer irrecevable l'action de l'assurée, faute de décision.

7. Cela étant, l'action de l'assurée peut être considérée comme un recours pour déni de justice au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA.
8. 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). À 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'État 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).

9. En l'espèce, il convient de constater que par décision du 2 juin 2016, l'assureur a clairement informé l'assurée qu'il appartenait à ASSURA de prendre en charge les frais relatifs aux troubles faisant l'objet de l'annonce de rechute. Ni l'assurée, ni ASSURA n'ont formé opposition. La décision est dès lors entrée en force. Du reste, ASSURA s'est acquittée du montant de la facture de l'hôpital de La Tour le 29 décembre 2017. Invitée à se déterminer par la chambre de céans, elle a confirmé avoir reconnu ses obligations légales depuis 2013. Ce n'est que sur demande du père de l'assurée qu'elle avait annulé son paiement.

Il apparaît que l'assurée souhaite en réalité que la facture de l'hôpital de La Tour soit prise en charge au titre de la LAA, comme étant liée à sa « rechute » du 7 mai 2015.

Or, l'assureur s'est déjà déterminé sur cette question par sa décision du 2 juin 2016, entrée en force, en y répondant par la négative.

On ne saurait ainsi reprocher à l'assureur une quelconque inaction.

10. Aussi le recours pour déni de justice sera-t-il rejeté.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours pour déni de justice recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

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