RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/330/2005 **ATAS/602/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème Chambre

du 29 juin 2005

En la cause

Monsieur F_____, représenté par Madame Jacqueline DECK, Permanence juridique sur l'assurance-maladie/accident, en les bureaux de laquelle il élit domicile	recourant

contre

CAISSE-MALADIE 57, sise Jupiterstrasse 15, case postale 234 à Berne	intimée

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente, Mmes Karine STECK et Isabelle DUBOIS, juges.

EN FAIT

1. Monsieur F_____, né en 1973, a été heurté par un tram des TPG le 6 décembre 1983, à Genève. Le choc a entraîné notamment une commotion cérébrale, des plaies et contusions multiples, des fractures des deux mâchoires et des fractures alvéolo-dentaires multiples.

2. En 2001, l'assuré a adressé à la Caisse-maladie et accidents FTMH (ci-après l'assureur) un devis dentaire établi par le médecin dentiste M_____ relatif à une suite de l'accident de 1981. Par courrier du 18 septembre 2001, l'assureur a retourné le devis à l'assuré, au motif qu'il n'avait pas de couverture accident auprès d'elle et qu'il n'était pas assuré auprès de sa caisse.

3. Le 11 février 2003, la Permanence juridique sur l'assurance-maladie/accidents du Bureau central d'aide sociale – BCAS, agissant au nom de l'assuré, a interpellé l'assureur, au motif qu'au moment de l'accident et vu l'âge de la victime, c'est à l'assureur maladie au moment du besoin des soins d'assumer la prise en charge, soit la FTMH. Elle lui a demandé de prendre position.

4. Le 22 juillet 2003, l'assuré a transmis à l'assureur divers documents, dont le rapport de police suit à l'accident.

5. Par courrier du 9 septembre 2003, l'assureur a admis qu'il devait en principe intervenir en sa qualité d'assureur-maladie. Il a toutefois indiqué qu'il n'était pas en mesure d'affirmer avec certitude que le traitement dont avait bénéficié l'assuré était bien la conséquence d'une rechute de l'accident de 1983. Il lui a demandé de lui faire parvenir toutes les radiographies et autres panoramiques de la dentition, ainsi qu'un rapport médical du médecin traitant de l'assuré. Il a d'autre part prié l'assuré de lui indiquer si un autre assureur était intervenu à l'époque, tel que l'assurance scolaire dentaire.

6. L'assuré a communiqué des documents à l'assureur par courriers des 18 décembre 2003, 25 mars 2004 et 13 avril 2004. Le dossier étant complet, il a déclaré rester dans l'attente de la décision.

7. Le 3 août 2004, l'assureur a interpellé l'assuré, en sollicitant d'autres renseignements. Le 6 septembre 2004, la mandataire de l'assuré a rappelé que tous les renseignements qu'il avait pu obtenir lui avaient été dûment communiqués, ainsi qu'au dentiste-conseil et qu'il apparaissait que le dossier était complet. Si tel ne devait pas être le cas, elle a indiqué qu'il serait alors judicieux que l'assureur s'adresse directement au Docteur M_____ qui avait suivi l'assuré depuis l'accident de 1983.

8. Le 3 novembre 2004, le Docteur M_____ a envoyé à l'assureur un rapport, répondant à ses questions.

9. Par lettre-signature du 1er décembre 2004, l'assuré, considérant que le dossier était désormais complet, a requis de l'assureur une décision formelle.

10. Le 20 janvier 2005, l'assuré a demandé à l'assureur de lui indiquer si, contre son avis, l'état de ce dossier ne lui permettait pas de statuer, faute de quoi il se verra dans l'obligation de recourir pour déni de justice.

11. Par acte du 10 février 2005, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, a saisi le Tribunal de céans d'un recours pour déni de justice.

12. Dans sa réponse du 14 mars 2005, la Caisse-maladie 57 (ci-après l'assureur) fait valoir qu'il a soumis le cas à son médecin-conseil, qui a requis des renseignements complémentaires. Les renseignements demandés afin d'établir une décision définitive ne lui étant pas parvenus, il n'est pas en mesure d'établir une décision formelle.

13. Le Tribunal de céans a convoqué les parties à une audience de comparution personnelle qui s'est tenue le 15 juin 2005. L'intimé ne s'est pas présenté. La mandataire de l'assuré a rappelé qu'elle avait communiqué à l'assureur tous les renseignements qu'elle avait pu obtenir et a maintenu ses conclusions.

14. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, qui sont relatives à la loi fédérale sur

l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), ainsi qu'à celles relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Selon l'art. 56 al. 2 LPGA, 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.

   Tel est le cas en l'occurrence, dès lors que le recourant a expressément sollicité une décision formelle, que l'intimée n'a toutefois pas rendue. Le recours est dès lors recevable pour ce motif.

4. Les prestations d'assurance sont allouées selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA. En dérogation à l'art. 49 al. 1 LPGA, cette règle s'applique également aux prestations importantes (cf. art. 80 al. 1 LAMal). Conformément à l'art. 51 al. 2 LPGA, l'assuré peut cependant exiger qu'une décision soit rendue.

   En l'occurrence, le Tribunal de céans constate que le recourant a requis de l'assureur une première fois en 2001, puis en février 2003, la prise en charge de frais dentaires au titre des suites d'un accident dont il avait été victime en 1983. L'intimé a requis des renseignements complémentaires et le recourant lui a communiqué toutes les pièces qu'il avait pu obtenir (cf. annexes 1 à 4 recourant). Ce faisant, il a satisfait à son obligation de collaborer qui lui incombe à teneur de l'art. 28 al. 1 LPGA.

   L'intimé a d'autre part questionné, par le biais de son médecin-conseil, le Docteur M_____, lequel a répondu en date des 19 novembre 2001, 27 octobre 2003, 25 février 2004, en joignant à ses rapports les radiographies en sa possession. Elle n'a toutefois pas rendu une décision formelle.

   L'art. 56 al. 2 LPGA vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative. Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause. Il faut notamment prendre en considération l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 125 V 191 consid. 2a). Sur ce point, la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la loi demeure applicable, la LPGA n'ayant apporté aucune modification à la notion du déni de justice (cf. U. KIESER, ATSG – Kommentar, 2003, ch. 10, 13 et 14 ad art. 56).

   Dans le cas d'espèce, il apparaît que le dossier produit par le recourant était complet ; d'autre part, sur la base des pièces du dossier de l'intimé, son médecin-

conseil n'a pas adressé d'autres demandes de renseignements au Docteur M_____. L'assureur s'estimait dès lors suffisamment renseigné, de sorte qu'il était en mesure, depuis le mois de février 2004, de statuer sur la demande de l'assuré.

Le Tribunal constate ainsi qu'en refusant de rendre une décision formelle, malgré la demande du recourant, l'assureur a commis un déni de justice. Le recours sera en conséquence admis.

Bien qu'il obtienne gain de cause, le recourant n'a pas droit à une indemnité à titre de dépens, dès lors qu'il est représenté par la Permanence juridique sur l'assurance maladie/accidents du Bureau Central d'Aide Sociale (ATF 126 V 11).

5. Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a LPGA, la procédure devant le Tribunal cantonal des assurances sociales est gratuite pour les parties. Toutefois, 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 (cf. ég. art. 89H al. 1 de la loi de procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA). En effet, ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a admis, la possibilité de limiter la gratuité en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère est un principe général de procédure prévu pour toutes les branches des assurances (ATF 126 V 151 consid. 4b).

   La jurisprudence a précisé qu'un recours voué à l'échec ne saurait être assimilé à un recours présentant un caractère de légèreté ou de témérité. Le fait qu'un recours soit dépourvu de chances de succès ne suffit pas a priori à lui seul à lui conférer un tel caractère. Encore faut-il qu'un élément – critiquable – s'ajoute subjectivement parlant : la partie concernée doit avoir entamé la procédure quand bien même elle pouvait sans autre se rendre compte, en usant de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle, que son recours était dépourvu de chances de succès (Pratique VSI 1998 p. 194).

   Dans le cadre du présent recours pour déni de justice, le Tribunal de céans considère qu'il y a lieu d'appliquer par analogie la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances sociales à propos des litiges portant sur des cotisations de la prévoyance professionnelle ; ainsi, le point de savoir si un procès est téméraire doit être tranché en examinant non seulement le comportement de l'assureur ayant commis un déni de justice dans la procédure judiciaire, mais également son comportement avant le procès (voir ATF 124 V 285).

   Au vu de l'attitude de l'intimée avant le procès ainsi qu'au cours de la procédure judiciaire, la légèreté de son comportement doit être constatée. En effet, alors même qu'elle disposait de tous les documents dûment communiqués par la mandataire du recourant, elle a persisté à ne pas rendre de décision formelle, malgré les demandes réitérées du recourant, le contraignant ainsi à saisir le Tribunal. De surcroît, dûment

convoquée par le Tribunal de céans, elle s'est contentée de lui adresser un téléfax pour lui faire savoir qu'elle ne serait pas présente à l'audience, déclarant au surplus qu'une relation de causalité entre l'accident de 1983 et les traitements dentaires n'était pas prouvée, sans autre explications.

En conséquence, l'intimée sera condamnée au paiement d'un émolument. Pour en fixer le montant, le Tribunal cantonal des assurances sociales statue dans les limites établies par règlement du Conseil d'Etat (cf. art. 1 du Règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986) ; en règle générale, l'émolument d'arrêté n'excède pas 10'000 fr. (art. 2 al. 1 du règlement précité). Le Tribunal condamnera dès lors l'intimée à payer un émolument de 1'000 fr.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours pour déni de justice recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Ordonne à la Caisse-maladie 57 de rendre sans délai une décision formelle dûment motivée, comportant les moyens de droit.

4. Condamne la Caisse-maladie 57 au paiement d'un émolument de 1'000 fr.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier	La Présidente :
Walid BEN AMER	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