RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/294/2005 **ATAS/377/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

5ème chambre

du 4 mai 2005

En la cause

Monsieur K_____, recourant

contre

ASSURA – ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, Z.I. En Butron A1, case postale 4, 1052 LE MONT s/ LAUSANNE intimée

Siégeant : Mme Maya CRAMER, Présidente, Mme Juliana BALDE et Mme Karine STECK, juges.

EN FAIT

1. Monsieur K_____, né en 1948, est affilié à la caisse maladie ASSURA (ci-après : la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident depuis le 1er janvier 1997.

2. Le 23 mars 2003, l'assuré a fait parvenir à la caisse une déclaration d'accident dans laquelle il l'informe s'être brisé une dent le 27 août 2002, en mordant sur une coquille de noix dans du pain valaisan aux noix, tout en précisant que toutes ses dents étaient en bon état et sans caries.

3. A la demande de la caisse, l'assuré lui a expliqué le 27 juin 2003, avoir annoncé l'événement en cause seulement sept mois après sa survenance, en raison de son ignorance qu'il s'agissait d'un accident au sens de la loi. Il a également déclaré ne pas avoir fait une réclamation auprès de la boulangerie à Verbier, où il avait acheté le pain en question, et qu'il avait déjà eu un accident semblable il y a quelques années. Au moment de l'événement, sa femme avait été présente.

4. Par la suite, l'assuré a fait parvenir à la caisse copie du courrier qu'il avait adressé le 8 août 2003 à la boulangerie en cause, pour porter à sa connaissance la présence d'une coquille de noix dans un des pains achetés dans son magasin.

5. Par courrier du 7 octobre 2003, la caisse a refusé d'intervenir pour le cas annoncé au motif que la déclaration d'accident était tardive, de sorte qu'elle n'était pas en mesure de réunir les preuves adéquates.

6. Le 22 novembre 2004, l'assuré a invité la caisse à rendre une décision formelle au sujet de son refus de prendre en charge l'accident du 27 août 2002.

7. Par décision du 9 décembre 2004, la caisse a considéré que sa réclamation était tardive, dès lors qu'un assuré qui ne contestait pas un avis de son assurance-maladie dans un délai raisonnable était réputé avoir accepté la position exprimée et ne pouvait plus la remettre en cause, selon la jurisprudence. Elle a ainsi considéré que l'assuré avait formé une demande de reconsidération, tout en refusant d'entrer en matière.

8. Par courrier du 20 décembre 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision, en expliquant qu'il n'avait eu connaissance de son droit de prise en charge de l'accident survenu par son assurance qu'en lisant un article à ce sujet dans le journal « Le Temps ». A son avis, la jurisprudence citée par la caisse n'était pas applicable à son cas. Il a en outre précisé que les frais de réparation de sa dent cassée s'était élevée à 290 fr.

9. Par décision sur opposition du 12 janvier 2005, la caisse a confirmé son refus d'entrer en matière en reprenant son argumentation antérieure. A titre subsidiaire,

elle a fait valoir que la déclaration d'accident était elle aussi tardive dans la mesure où il n'était plus possible d'apporter la preuve du lien de causalité entre les lésions et l'événement survenu sept mois auparavant.

10. Par acte posté le 5 février 2005, l'assuré a recouru contre décision, en concluant implicitement à son annulation et à la prise en charge des frais de traitements de la dent cassée. En plus des arguments développés précédemment, il a précisé que, après s'être cassé la dent en mangeant une tranche de pain de seigle valaisan aux noix, il avait extrait de sa bouche un morceau de coquille de noix d'environ deux fois trois millimètres. Il s'était rendu le 30 août 2002 chez son médecin-dentiste qui avait procédé à la réparation par reconstitution partielle du bord de la dent en résine acrylique. Il a par ailleurs estimé que l'annonce tardive n'avait pas eu de conséquence quant à l'établissement des faits.

11. Dans sa réponse du 22 février 2005, l'intimée a conclu au rejet du recours, en se fondant sur les motifs déjà invoqués. Elle a relevé pour le surplus que le recourant n'avait apporté aucune précision pourquoi il n'avait demandé que 14 mois après le refus de l'assureur du 17 octobre 2003 une décision formelle. Elle a ainsi considéré que le recourant ne lui avait pas fait savoir dans un délai raisonnable son désaccord, de sorte qu'il était aujourd'hui forclos de le faire.

12. Le 19 mars 2005, le recourant a persisté dans ses conclusions

13. L'intimée en a fait de même dans sa duplique du 8 avril 2005.

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. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

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

3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

4. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'intimée était en l'occurrence tenue, en vertu de la LPGA, de rendre une décision formelle.

   En vertu de 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. Ces décisions doivent indiquer les voies de recours et 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.2). Pour les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 LPGA, il peut être procédé selon une procédure simplifiée, conformément à l'art. 51 al. 1 LPGA. L'al. 2 de cette disposition prévoit que l'intéressé peut toutefois exiger qu'une décision soit rendue.

   Une prestation est importante au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA, lorsque son montant est élevé. La limite est à situer à quelques centaines de francs (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar, 2003, art. 49, ch. 8).

   L'assureur est toutefois également tenu de rendre une décision formelle satisfaisant aux conditions de l'art. 49 LPGA, lorsque l'intéressé n'est pas d'accord avec la décision. Cependant, même lorsqu'il s'agit d'un refus de prestations, l'assureur est habilité à rendre une décision selon la procédure simplifiée, dès lors qu'il peut supposer que l'assuré se laissera convaincre par la justesse de sa décision (KIESER op. cit., art. 49, ch. 9). Dans cette hypothèse, l'assureur doit, en raison de son obligation de conseiller les personnes intéressées sur leurs droits et obligations consacrée par l'art. 27 al. 2 LPGA, informer l'assuré sur son droit de demander une décision formelle, en cas de désaccord (KIESER, op. cit., art. 49, ch. 10). La loi est toutefois muette quant au délai dans lequel l'intéressé peut exiger qu'une décision formelle soit rendue. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) en la matière, une décision non formelle peut néanmoins acquérir force de chose jugée si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable tenant compte des principes de la protection de la bonne foi et de la sécurité du droit, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimé sa volonté qu'il soit statué sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 126 V 24 consid. 4b, 122V 369 consid. 3).

   Le législateur n'a pas non plus déterminé dans la loi dans quel délai une décision formelle peut être exigée en application de l'art. 51 al. 1 LPGA. Il ressort des travaux préparatoires, que le Conseil fédéral avait proposé de fixer le délai d'un an (FF 1994 V 928). Finalement, le législateur a cependant renoncé à l'introduction d'un délai uniforme, en mentionnant qu'un délai d'environ une année correspondait

à la pratique et la jurisprudence en la matière (FF 1999 4259). Il convient dès lors de déterminer ce délai en fonction des circonstances du cas concret. Selon la jurisprudence rendue en application de l'ancienne loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accident du 13 juin 1911 (LAMA), la limite de temps supérieure est d'environ une année après la notification de la décision non formelle. Toutefois, si l'assuré est représenté par un mandataire professionnel, ce délai est considérablement plus court. Sont déterminants pour la durée du délai les critères suivants : l'indication du droit d'exiger une décision formelle ; la connaissance de la matière par l'intéressé, respectivement sa représentation par un mandataire professionnel ; la complexité du domaine, en particulier la question de savoir si la portée de la décision est sans autre reconnaissable ; le comportement de l'assureur, soit la question de savoir si oui ou non il a motivé la décision non formelle (KIESER, op. cit. art. 51, ch. 13).

En l'occurrence, le recourant a exigé une décision formelle treize mois et demi après avoir été informé par l'intimée, par courrier du 7 octobre 2003 de cette dernière, du refus de prestation. Il convient toutefois de relever que l'intimée n'a pas indiqué dans sa communication que l'assuré avait le droit d'exiger une décision formelle. Cependant, son refus est motivé et le cas n'est pas particulièrement complexe, dans la mesure où une seule question se pose, à savoir si le fait d'avoir mordu sur une coquille de noix dans un pain valaisan aux noix constitue un accident. Il convient également de prendre en considération que le recourant n'est pas un homme de loi et n'était pas non plus représenté par un mandataire professionnel. Compte tenu de toutes ces circonstances, le Tribunal de céans est de l'avis qu'un délai d'examen et de réflexion d'une année est en l'occurrence suffisant et ne saurait être dépassé.

Par conséquent, il y a lieu de considérer que nonobstant l'absence d'une décision formelle, le refus de l'intimée du 7 octobre 2003 a acquis force de chose jugée une année après avoir été communiqué au recourant. Il en découle que celui-ci n'était plus habilité à exiger une décision formelle, passé le délai d'un an.

5. Toutefois, selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à la condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 126 V 24 consid. 4b, 122 V 369 consid. 3). Ce principe est aujourd'hui formellement consacré par l'art. 53 al. 2 LPGA.

Il peut être procédé à une reconsidération sur demande ou d'office. Il n'y a ainsi pas de limite temporelle, au-delà de laquelle une reconsidération est exclue (KIESER, op. cit. art. 53 ch. 26). Toutefois, l'assureur n'est pas tenu de procéder à une reconsidération quand sa décision dépend de sa libre appréciation. Il n'y a en effet pas un droit à la reconsidération (KIESER, op. cit., art. 53 ch. 22). Par ailleurs, si

l'assureur n'entre pas en matière sur une demande de reconsidération, sa décision y relative ne peut pas être contestée. Tel pourrait être uniquement le cas s'il était entré en matière et avait refusé par la suite la reconsidération (KIESER, op. cit., art. 53 ch. 28).

Il résulte de ce qui précède que le recourant n'est pas en droit de remettre en cause la décision de non-entrée en matière de l'intimée devant l'autorité de recours.

6. Au vu de ce qui précède, son recours sera rejeté.

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 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 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).

La greffière:	La Présidente :
Yaël BENZ	Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le