RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3130/2005 **ATAS/1107/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 15 décembre 2005

En la cause

Madame S_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin	recourante

contre

X_____ ASSURANCES SA,	intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Maya CRAMER et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Le 31 juillet 2001, Madame S_____ a chuté du haut d'une chaise, ce qui lui a entraîné une déchirure ligamentaire au niveau du pied gauche. Elle était alors employée comme secrétaire auprès de la RENTENANSTALT. Cette dernière a annoncé l'accident à LA SUISSE, assureur accidents auprès duquel elle était alors affiliée.

2. Il convient de relever que depuis lors, soit en avril 2005, cette assurance a été reprise par X_____ ASSURANCES SA.

3. Selon le rapport médical initial LAA complété le 9 août 2001 par le Dr BADAOUI, l'assurée s'est trouvée dans l'incapacité totale de travailler dès le 7 août 2001.

4. Par courrier du 10 décembre 2001, LA SUISSE a informé l'assurée qu'elle ne reconnaissait les suites de l'accident que jusqu'au 31 octobre 2001 et qu'elle considérait que depuis lors, des facteurs indépendants à l'accident influençaient son incapacité de travail.

5. Par courrier du 8 janvier 2002, LA SUISSE a confirmé sa prise de position, estimant qu'il s'agissait d'une entorse relativement banale ayant entraîné une déchirure ligamentaire sans lésion osseuse qui, au 1er octobre 2001, était en voie de guérison. L'assurance a cependant prolongé l'indemnisation en faveur de l'assurée jusqu'au 31 décembre 2001.

6. Une douleur persistant, l'assurée a consulté le Dr A_____, lequel a établi un rapport en date du 29 avril 2002 posant pour la première fois le diagnostic de la maladie de Südeck, consécutive à l'accident.

7. Les Drs B_____ et A_____, de l'Hôpital universitaire de Genève (HUG), ont confirmé le diagnostic d'algodystrophie de Südeck (cf. rapports médicaux des 5 juillet et 9 septembre 2002).

8. Le 29 juillet 2005, l'assurée est intervenue auprès de LA SUISSE et a communiqué deux avis médicaux établis les 13 juin et 1er juillet 2005 par les Drs A_____ et B_____. Ces deux médecins concluaient à l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et la maladie de Südeck. Leurs avis divergeant quant à l'influence de cette maladie sur la capacité de travail de l'assurée, cette dernière a proposé à l'assurance de faire procéder à une expertise médicale.

9. Par courrier du 12 août 2005, l'assureur lui a communiqué copie d'une lettre qu'elle avait adressée le 2 août 2004 au précédent conseil de la recourante. Dans ce courrier daté du 2 août 2004, X_____ indiquait à Maître CHEVALIER, que le dernier courrier informant l'assurée de la fin des prestations lui avait été adressé le 8 janvier 2002 et que, quand bien même il ne mentionnait pas les voies de droit,

il n'en revêtait pas moins un caractère de décision, laquelle serait entrée en force en l'absence de recours.

10. Par courrier du 9 septembre 2005, l'assurée a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle conteste formellement que le courrier que lui a adressé l'assureur en date du 8 janvier 2002 puisse constituer une décision ayant mis un terme au litige. Considérant dès lors qu'aucune décision formelle en bonne et due forme n'a été rendue dans le cadre de cette affaire, elle conclut à la recevabilité du recours, déposé dans les trente jours suivant la réception du courrier du 12 août 2005 et à ce que l'assureur soit condamné à lui verser des indemnités journalières pour la période du 1er janvier 2002 à ce jour (soit la somme de 208'717 fr. 65 avec intérêts 5% dès ce jour) ainsi qu'une rente entière d'invalidité dès le dépôt du recours et pour une durée illimitée, ceci avec suite de dépens.

    A l'appui de son recours, et s'agissant du diagnostic d'algoneurodystropie ou maladie de Südeck, l'assurée produit une étude médicale publiée à ce sujet dont il ressort qu'elle peut être provoquée par une entorse ou une simple contusion et que cette conséquence post-traumatique est très douloureuse et souvent diagnostiquée trop tard. Elle soutient que cette maladie étant consécutive à l'accident dont elle a été victime, il appartient à l'assureur-accident de prendre en charge ses conséquences.

    S'agissant de la recevabilité de son recours, l'assurée se réfère à l'art. 49 al. 3 LPGA auquel renvoie l'art. 1 al. 1 LAA et dont il ressort que les décisions doivent indiquer les voies de droit et que la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressée. Elle fait valoir que le courrier du 12 août 2005 constitue une décision contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte mais qui est sujette à recours au sens de l'art. 56 al. 1 LPGA. Elle fait valoir que l'envoi d'un simple courrier à un assuré dont la date d'expédition n'est même pas prouvée ne saurait valoir décision d'autant qu'il ne mentionne nullement les voies de droit et qu'elle ne pouvait donc deviner la portée et les conséquences.

    Quant au fond, elle soutient que c'est à tort que l'assurance a cessé le versement des indemnités journalières en date du 1er janvier 2002 puisqu'elle répond des suites accidentelles de l'événement du 31 juillet 2001 et que son incapacité de travail est aujourd'hui définitive. Dès lors elle conclut également à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

11. Invitée à se prononcer sur la question de la recevabilité, l'assurance, par courrier du 13 octobre 2005, a fait valoir que le courrier du 12 août 2005 à l'assurée ne constitue pas une décision formelle dans la mesure où il ne comporte pas l'indication des voies de droit. Elle a regretté cet état de fait et attiré l'attention du Tribunal sur le fait que ce dernier ne saurait à ce stade que statuer sur la recevabilité du recours et non sur le fond (RAMA 2000 p. 243). L'assurance a invité l'assurée,

par gain de temps, à retirer son recours du 9 septembre 2005 afin de lui permettre de rendre au plus vite une décision formelle. A cet égard et par souci de célérité, elle a indiqué avoir questionné son médecin conseil qui lui a répondu dans une note datée du 3 octobre 2005 qu'elle a produite. Elle a par ailleurs invité l'assurée à lui faire parvenir ses commentaires.

12. Par courrier du même jour, l'assureur a informé le Tribunal qu'il était en négociations avec l'assurée afin que cette dernière retire son recours et se prononce sur la note du médecin conseil. Elle a par ailleurs demandé une prolongation de délai au 14 novembre pour répondre sur la question de la recevabilité.

13. Par courrier du 1er novembre 2005, Madame S_____ s'est plainte auprès du Tribunal de céans d'une tromperie de la partie intimée. Elle fait valoir que la lettre datée du 2 août 2004 et adressé en copie par X_____ à Maître BAERTSCHI le 12 août 2005 serait une lettre fictive dans la mesure où elle ne l'a jamais reçue. Elle relève d'ailleurs que ce courrier, s'il porte l'en-tête de X_____ ASSURANCES émane en fait de LA SUISSE et ne comporte aucune signature. Enfin, elle souligne que LA SUISSE n'a été reprise par X_____ qu'en avril 2005, soit près de neuf mois après l'envoi de ce courrier, si bien qu'une lettre de X_____ était matériellement impossible en date du 2 août 2004.

14. Par courrier du 14 novembre 2005, l'assureur a conclu à l'irrecevabilité du recours dans la mesure où l'assurée prend des conclusions sur le fond alors qu'il s'agit d'un recours pour déni de justice et que l'objet du litige est limité à l'examen du refus de statuer. Il demande dès lors que le recours soit déclaré irrecevable et que la cause lui soit renvoyée afin qu'il rende une décision sur opposition. Quant à la tromperie dont s'est prévalue l'assurée, l'assureur a expliqué que le courrier du 2 août 2004 portait l'en-tête d'X_____ car il s'agissait de la réimpression du courrier adressé par LA SUISSE ASSURANCE à Maître CHEVALIER; X_____ ne possédant pas de courrier à en-tête de cette dernière, la réimpression s'est naturellement faite sur un papier à en-tête d'X_____. Il a produit en annexe l'exemplaire qui figurait au dossier du sinistre et qui porte, lui, l'en-tête de LA SUISSE.

15. Par courrier du 26 novembre 2005, l'assurée a encore fait valoir que Maître CHEVALIER lui avait indiqué n'avoir pas reçu de lettre de l'assurance accidents en août 2004.

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 (TCAS), composé de cinq juges, dont un président et un vice-président, cinq suppléants et seize juges assesseurs (art. 1 let. r et 56T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des seize juges assesseurs par le Tribunal fédéral (TF) le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente (art. 162 LOJ) permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger à trois juges titulaires, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue en instance unique, notamment sur les contestations relatives à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (ci-après LAA ; cf. art. 1 let. r et 56V al. 1 let. a ch. 5 LOJ). La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour connaître du présent litige.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-accidents. Aux termes de l'art. 1 al. 1 LAA (teneur au 1er janvier 2003), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

4. En l'espèce, l'assurée conteste le courrier que l'assurance lui a adressé en date du 12 août 2005, considérant qu'il constitue une « décision contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte mais sujette à recours ».

5. a) Selon l'art. 56 al. 1 LPGA, le recours est en effet ouvert contre les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte. Le recours peut également être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA).

   b) Quant à l'art. 49 al. 3 LPGA, il prévoit que les décisions doivent indiquer les voies de droit et qu'une notification irrégulière ne peut entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

   Force est de constater qu'en l'espèce, l'assureur n'a rendu aucune décision formelle. La recourante et lui ont certes procédé à un échange de correspondances portant sur la prise en charge des suites de son accident mais l'assurance n'a rendu ni décision formelle ni, partant, décision sur opposition. Le courrier auquel l'intimée fait

allusion ne comportait aucune voie de droit et ne se présentait nullement comme une décision, pas plus, d'ailleurs, que celui du 12 août 2005.

Dès lors, le courrier adressé par l'assurée au Tribunal de céans ne peut donc être considéré comme un recours au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA. L'assurée n'avait alors pas encore formellement requis de l'assurance une décision formelle (cf. ATFA K 114/02 du 14 mars 2003 consid. 3.2). Les conclusions prises sur le fond du litige sont en tous les cas manifestement irrecevables.

Il semblerait plutôt que les écritures de la recourante doivent être considérées comme un recours pour déni de justice formel. Sur ce point, l'assureur a d'ailleurs finalement admis devoir rendre une décision au fond, ce qu'il n'a pas encore fait à ce jour.

Quoi qu'il en soit, il convient de transmettre le "recours" à l'assureur accident comme une demande visant à obtenir une décision formelle puisque l'assurée invoque explicitement les obligations qui incombent à l'assureur sur la base de la LAA et requiert la prise en charge des frais relatifs à son accident. A tout le moins, même partait alors du principe qu'il avait rendu une décision formelle entrée en force, l'assureur aurait dû considérer le courrier que lui a adressé l'assurée en date du 29 juillet 2005 comme un demande de révision pour fait nouveau (la maladie de Südeck) et rendre une décision à cet égard. Il y a donc bien eu, en l'occurrence, déni de justice formel.

En conséquence, le recours est admis.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant

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

1. Déclare le recours pour déni de justice formel recevable.

2. Déclare les conclusions quant au fond irrecevables à ce stade de la procédure.

3. Admet le recours.

4. Transmet la cause à X_____ ASSURANCES SA afin que cette dernière rende une décision formelle susceptible d'opposition dans les meilleurs délais.

5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 1'000.- fr. à titre de dépens.

6. 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 :
Janine BOFFI	Karine STECK

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