

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/100/2014

ATAS/855/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 juillet 2014

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX

demandeur

contre

MOOVE SYMPANY SA, sis Peter Merian-Weg 4, BASEL

défenderesse

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBÀ et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

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, lequel a occasionné des lésions dentaires et la pose de plusieurs bridges. Le cas a été pris en charge par Winterthur assurances (ci-après : la Winterthur), soit son assureur-accidents à cette époque.
2. Le 14 août 1987, l'assuré a fait une rechute en lien avec les lésions causées par son accident du 2 août 1984.
3. Le 3 septembre 1999, l'assuré a chuté dans les escaliers. Une partie de ses bridges a été endommagée et des dents ont été cassées à l'intérieur du bridge supérieur avant. Alors assuré auprès de la SUVA pour les accidents professionnels et non-professionnels, l'assuré a vu la réparation des bridges dentaires prise en charge par cette dernière.
4. Victime d'une infection dentaire liée, selon le docteur B_____, à l'accident de 1984, l'assuré a pris contact avec la Winterthur au début de l'année 2013 pour obtenir la prise en charge de l'intervention chirurgicale nécessaire et de 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).
5. Le 11 février 2013, le Dr B_____ a adressé à l'assuré un devis pour l'extraction de sa canine supérieure gauche, laquelle était infectée. Un bridge dentaire étant fixé sur cette dent, des implants devaient être posés.
6. Le 19 février 2013, SANITAS a informé le Dr B_____ qu'elle ne disposait d'aucun dossier relatif à un accident en 1984 (sic). Les conditions générales d'assurance en vigueur au moment de l'accident prévoyaient la prise en charge des mesures thérapeutiques dues à l'accident et prescrites ou effectuées par un dentiste breveté. Si un traitement définitif ne pouvait pas être effectué, elle prenait également en charge les coûts escomptés pour des traitements intermédiaires ainsi que pour la remise en état définitive des dents endommagées. Or, le pont céramo-métallique posé entre les dents 13 et 23 constituait un traitement définitif, raison pour laquelle elle ne pouvait allouer aucune prestation pour les séquelles tardives apparues récemment. L'assuré était par conséquent invité à faire une demande de prise en charge des coûts pour son traitement auprès de son assurance obligatoire des soins.
7. Le 21 février 2013, le Dr B_____ s'est étonné auprès de SANITAS du fait qu'elle n'avait aucune trace de l'accident de 1984 dans ses archives. L'assuré souffrait d'une complication de ce traumatisme, soit d'une fissure radiculaire due à un tenon dans une racine pilier de pont. Le traitement réalisé à l'époque avait tenu de nombreuses années grâce notamment à un bon entretien de l'assuré (bonne hygiène et soins d'hygiène réguliers).

8. Le 14 mars 2013, Sanitas a maintenu sa position exprimée dans les termes de son courrier du 19 février 2013.
9. Dans une attestation du 11 avril 2013, le Dr C_____ a certifié qu'un travail prothétique fixe, tel qu'un bridge, ne pouvait pas durer toute la vie d'un patient s'il avait été effectué sur un patient jeune. En France, les assurances proposaient au patient une somme couvrant les différents soins qu'il devrait effectuer au cours de sa vie en lien avec la lésion concernée.
10. Le 12 avril 2013, Sanitas a confirmé au Dr B_____ qu'elle ne disposait que d'un dossier concernant l'année 1987, lequel ne contenait aucune mention d'un accident dentaire en 1984. L'accident de 1999 avait été pris en charge par la SUVA, qu'il convenait par conséquent de contacter.
11. Le 26 juin 2013, la SUVA a indiqué à l'assuré que son dossier avait été détruit (sic). Les quelques pièces encore disponibles dans le système informatique lui étaient communiquées.
12. Le 17 septembre 2013, l'assuré a été opéré d'urgence en raison de son infection à la canine supérieure gauche, laquelle a été retirée. Le bridge dentaire fixé sur cette dent ne tenant plus, une attache provisoire a été posée par le Dr B_____, dans l'attente d'une décision de prise en charge par une assurance.
13. Suite à cette intervention, l'assuré a annoncé le cas à son assurance-maladie et accidents, soit Moove sympany SA (ci-après : la défenderesse). 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. 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.
14. Le 13 janvier 2014, l'assuré a déposé une demande devant la chambre de céans, concluant à ce que l'assureur devant prendre en charge ses frais dentaires du Dr B_____ soit désigné. En effet, cela faisait plus d'une année que les différents assureurs qu'il avait contactés rejetaient leur responsabilité les uns sur les autres. Cette demande était dirigée contre la défenderesse.
15. Dans sa réponse du 21 février 2014, cette dernière a conclu au rejet du recours. En effet, l'intervention chirurgicale du 17 septembre 2013 était liée à une séquelle tardive des accidents du 2 août 1984 et du 3 septembre 1999, de sorte que la Winterthur et la SUVA étaient tenues de prendre en charge les coûts y relatifs. Subsidiairement, si l'atteinte à la santé du demandeur ne pouvait être considérée comme une séquelle tardive, elle ne pouvait pas être prise en charge par ses soins, dans la mesure où le traitement dentaire réalisé n'entraîne pas dans le champ de ses prestations.
16. Dans un courrier du 12 mars 2014, le Dr B_____ a rappelé la bonne hygiène de l'assuré et certifié que les complications dont il était victime, soit une fissure

radiculaire due à un tenon dans une racine pilier de pont, étaient clairement en lien avec les accidents de 1984 et 1999.

17. Dans ses observations du 13 mars 2014, le demandeur a persisté dans ses conclusions. Quant à la défenderesse, elle n'a pas fait d'observations.
18. A la suite de quoi la cause a été 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 ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. Aux termes 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. Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA). 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).
3. En l'espèce, force est de constater que ni la défenderesse, ni aucun des autres assureurs contactés par le demandeur n'a encore rendu de décision formelle relative à la prise en charge des frais médicaux résultant de l'intervention chirurgicale réalisée par le Dr B _____ le 17 septembre 2013. Aussi la chambre de céans n'est-elle à ce stade pas habilitée à traiter du cas tel qu'il lui est soumis par le demandeur, de sorte que la requête du 13 janvier 2014 doit être déclarée irrecevable.

En l'état du dossier, il appartient au demandeur d'interpeller WINTERTHUR, SANITAS, la SUVA et la défenderesse et d'exiger de chacun de ces assureurs qu'une décision formelle soit rendue, au besoin en leur présentant le présent arrêt. Ces décisions enclencheront alors la procédure décrite au considérant précédent.

4. a) Il ressort par ailleurs des écritures du demandeur qu'il se plaint également d'une inaction de WINTERTHUR, SANITAS, la SUVA et la défenderesse, de sorte que l'on peut se demander si sa requête ne devrait pas être requalifiée de recours pour déni de justice.

En effet, 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. 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 non publiés K. et J. du 23 octobre 2003, [I 328/03], consid. 4.2 et [K 55/03], consid. 2.4; cf. KIESER, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, ch. 12 et 13 ad art. 56). En procédure fédérale subséquente (art. 62 al. 1 LPGA), l'objet du litige est également limité au refus de statuer ou au retard à statuer de l'assureur, à l'exclusion des droits ou obligations du droit de fond (arrêt J. précité consid. 1.3).

b) 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. KIESER, op. cit., ch. 10, 13 et 14 ad art. 56).

Selon la jurisprudence, l'autorité viole le principe de célérité lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 119 Ib 311 consid. 5 ; ATF 117 Ia 193 consid. 1b in fine et c ; ATF 107 Ib 160 consid. 3b ; MÜLLER, Grundrechte in der Schweiz, Berne 1999, p. 505 s.; MÜLLER, Commentaire de la Constitution fédérale, n. 93 ad art. 4 aCst.; HAEFLIGER/SCHÜRMAN, Die Europäische Menschenrechtskonvention und die Schweiz, Berne 1999, p. 200 ss).

Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause. Il convient de se fonder à ce propos sur des éléments objectifs. 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 (Arrêt du Tribunal fédéral C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; ATF 124 I 142 consid. 2c ; ATF 119 Ib 325 consid. 5b et les références citées), mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple ; MOOR, Droit administratif, vol. II « Les actes administratifs et leur contrôle », 2ème éd., Berne 2002, p. 292 et la note n°699 ; ATF C 53/01 du 30 avril 2001).

Il appartient par ailleurs au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c).

Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative (HAEFLIGER/SCHÜRMAN, op. cit., p. 203-204; AUER / MALINVERNI / HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, n. 1243). La durée du délai raisonnable n'est pas influencée par des circonstances étrangères au problème à résoudre. Si on ne saurait reprocher à une autorité quelques temps morts, inévitables dans une procédure (ATF 124 I 142 consid. 2c ; ATF 119 Ib 325 consid. 5b et les références citées), une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure car il appartient à l'Etat de donner aux autorités judiciaires les moyens organisationnels et financiers suffisants pour garantir aux citoyens une administration de la justice conforme au droit constitutionnel (ATF 126 V 249 consid. 4a ; voir à propos de l'art. 29 al.1 Cst. et de la garantie correspondante déduite auparavant de l'art. 4 al. 1 aCst.: ATF 125 V 191 consid. 2a, ATF 125 V 375 consid. 2b/aa ; ATF 119 Ib 325 consid. 5b ; ATF 122 IV 103 consid. I/4 ; ATF 119 III 1 consid. 3 ; MÜLLER, op. cit., p. 506 s.; HAEFLIGER /SCHÜRMAN, op. cit., p. 204 s.; AUER/MALINVERNI/ HOTTELIER, op. cit., nos 1244 ss). 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 (Arrêt du Tribunal fédéral C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; Arrêt du Tribunal fédéral I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 ; ATF 124 V 133 ; ATF 117 Ia 117 consid. 3a ; ATF 117 Ia 197 consid. 1c ; ATF 108 V 20 consid. 4c). 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 249 consid. 4a).

5. En l'espèce, il résulte des pièces du dossier que le demandeur n'a pas expressément requis des différents assureurs une décision formelle portant sur la prise en charge de l'intervention du 17 septembre 2013. Par ailleurs, compte tenu de l'ancienneté des accidents qui seraient à l'origine des troubles rencontrés par le demandeur début 2013, ainsi que du transfert de son dossier de 1984 à SANITAS, il est compréhensible que les assureurs prennent du temps pour traiter son cas.

Aussi le recours pour déni de justice doit-il être rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

1. Déclare la requête du 13 janvier 2014 irrecevable.
2. Rejette en tant que de besoin le recours pour déni de justice.
3. Invite le recourant à s'adresser aux assurances concernées.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Isabelle CASTILLO

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