



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1460/2019

ATAS/785/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 septembre 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYZIEU, FRANCE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-
DORET

recourante

contre

HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES SA, sis
Dufourstrasse 40, ST. GALLEN

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE ,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 24 avril 2012, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1956, a été victime d'un accident de vélo et a subi une fracture du tibia proximal gauche de type Schatzker VI, avec refend fracturaire le long de la diaphyse proximale traité par FE le 8 mai 2012 puis ostéosynthèse - OS le 1^{er} mai 2012, une boursotomie prépatellaire traitée par bursectomie le 8 mai 2012, une avulsion distale LCA (déchirure partielle) et LCP genou gauche, une déchirure du ménisque externe (corne postérieure), une rupture partielle proximale du LLI genou gauche, un fragments corticaux libres intra-articulaires.
2. L'assurée, employée à l'Etat de Genève (ci-après : l'employeur), est assurée selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de HELVETIA Compagnie Suisse d'assurances SA (ci-après : l'assurance), anciennement la Nationale Suisse Assurances.
3. Le 25 mai 2012, l'employeur a rempli une déclaration de sinistre LAA.
4. L'assurée a été en incapacité de travail totale du 24 février 2012 au 1^{er} janvier 2013, puis oscillant entre partielle et totale dès le 2 janvier 2013. L'assurée a subi une intervention chirurgicale le 1^{er} mai 2012 et a séjourné dans l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG) du 8 mai au 15 juin 2012.
5. Le 13 août 2013, le docteur B_____, médecin conseil de l'assurance, a estimé qu'une expertise était nécessaire, avec détermination de la stabilisation, de l'IPAI, etc...
6. Le 11 octobre 2013, le docteur C_____, FMH chirurgie orthopédique, a rendu une expertise à la demande de l'assurance.
7. Le 6 novembre 2013, l'assurance a indiqué à l'assurée qu'elle se ralliait aux conclusions de l'expert et considérait que dès le 19 décembre 2013 l'assurée était totalement capable de travailler.
8. Le 14 janvier 2014, l'assurée a été opérée aux HUG (ablation du matériel d'OS).
9. Le 11 avril 2014, le Dr C_____ a rendu un complément d'expertise, en concluant notamment à une capacité de travail totale dès l'expertise.
10. Le 5 mars 2014, le docteur D_____, médecin conseil de l'assurance, a estimé qu'un mini examen concernant la reprise de travail était nécessaire.
11. Les 14 avril et 6 juin 2014, le docteur E_____, médecine générale, médecin traitant de l'assurée, exerçant en France, a transmis à l'assurance des rapports médicaux.
12. Le 2 juin 2014, l'assurée a contesté une pleine capacité de travail dès le 12 avril 2014.

13. Le 16 juin 2014, l'assurance a notifié à l'assurée un courrier intitulé « DECISION » selon lequel des troubles psychiques n'étaient pas de façon plausible en lien avec l'accident, la prise en charge du traitement médical était acceptée selon les modalités de l'expertise et une pleine capacité de travail lui était reconnue dès le 12 avril 2014 ; enfin, les troubles dorsaux feraient l'objet d'une décision ultérieure.
14. Le 30 juin 2014, l'assurée a requis de l'assurance qu'elle confirme la prise en charge d'une future chirurgie du genou et communiqué un certificat de reprise de travail à 100 % dès le 1^{er} juillet 2014.
15. Le 10 juillet 2014, l'assurance a confirmé à l'assurée qu'elle prendrait en charge tous les frais médicaux du genou gauche en lien avec l'accident et requis les conclusions du bilan radiologique des lombalgies.
16. A la demande de l'assurée, l'assurance lui a indiqué le 14 juillet 2014 qu'elle pouvait transmettre directement à son médecin-conseil le rapport de son médecin traitant.
17. Le 27 octobre 2014, l'assurée a demandé à l'assurance si le suivi pour son genou pouvait être effectué en France ; l'assurance lui a répondu favorablement le même jour.
18. Le 28 octobre 2014, l'assurée a indiqué qu'elle avait un rendez-vous avec la docteure F_____, aux HUG.
19. Le 4 février 2015, l'assurance a requis des Drs F_____ et G_____ des renseignements médicaux et le 20 février 2015 la copie de documents radiographiques.
20. Le 3 mars 2015, l'assurance a reçu un rapport du Dr E_____, du 24 février 2015.
21. Le 20 mars 2015, l'assurance a reçu un rapport des Drs F_____ et H_____, département de chirurgie des HUG, du 9 février 2015.
22. Le 26 mars 2015, le Dr G_____ a indiqué qu'il ne pouvait répondre aux questions de l'assurance.
23. Le 12 janvier 2016, l'assurée, représentée par un avocat, a contesté la qualification de décision du courrier de l'assurance du 16 juin 2014, lequel ne se prononçait ni sur son droit à l'indemnité journalière, ni sur celui à une rente et une IPAI, étant constaté qu'elle avait, en toute hypothèse, contesté cette prise de position le 30 juin 2014. Elle a requis de l'assurance une décision formelle sur son droit à l'indemnité journalière, à une rente et à une IPAI.
24. Le 8 février 2016, l'assurance a répondu à l'assurée que l'indemnité journalière avait été versée selon les arrêts des travail émis, que la situation médicale en lien avec le genou n'était, selon l'expert, pas stabilisée, que le manque de collaboration du Dr E_____ n'avait pas permis de déterminer les troubles justifiant un traitement médical et une incapacité de travail, que les éléments médicaux ne donnaient aucun indice quant à l'impossibilité de retrouver une pleine capacité de

travail au poste habituel. Elle était disposée à rendre une décision portant sur une rente d'invalidité, une IPAI et les troubles lombaires ; cependant, il convenait d'actualiser le dossier, celui-ci ne contenant plus de données médicales et administratives depuis plus d'un an, en remplissant un questionnaire médical, qu'elle a joint.

25. Le 20 juin 2016, l'assurée a transmis à l'assurance le questionnaire médical rempli ainsi qu'un rapport du Dr E_____, du 16 juin 2016, selon lequel l'évolution d'une gonarthrose post-traumatique nécessitait à moyen terme la pose d'une prothèse totale du genou. Elle a relevé qu'elle avait tardé à répondre car elle devait réaliser des examens médicaux. Elle contestait la valeur probante de l'expertise du Dr C_____ et l'arrêt de l'indemnité journalière au 12 avril 2014 ; elle a relevé qu'il incombait à l'assurance de l'interpeller sur les éventuels problèmes rencontrés pour obtenir des renseignements de son médecin ou de faire réaliser une expertise. Il était inadmissible de justifier le défaut d'instruction en se basant sur le comportement du Dr E_____.
26. Le 27 juin 2016, l'assurance a requis de l'employeur des renseignements sur le contrat de travail de l'assurée, lequel a indiqué que dès le 1^{er} février 2016, l'assurée avait diminué son taux d'activité à 50 % et bénéficié d'une rente-pont AVS partielle.
27. Le 5 juillet 2016, l'assurance a indiqué que le questionnaire n'était pas complet car il ne précisait pas pour quelle partie du corps elle avait consulté ses médecins ; elle était invitée à fournir toutes les pièces administratives et médicales émises depuis le 16 avril 2014, après quoi les prestations de longue durée seraient étudiées.
28. Le 16 septembre 2016, l'assurée a fourni à l'assurance les pièces médicales requises et s'est opposée à ce que le Dr C_____ soit à nouveau mandaté pour son cas ; elle restait dans l'attente de l'instruction de son dossier.
29. Les 18 novembre 2016, 31 janvier 2017, 9 mars 2017 et 11 avril 2017, l'assurée a requis de l'assurance qu'elle lui indique les prochaines démarches envisagées dans son dossier.
30. Le 3 mai 2017, l'assurance a contesté le manque d'instruction de sa part et relevé que les pièces transmises par l'assurée étaient inexploitable car elles ne permettaient pas de déterminer si des prestations étaient dues ; une demande de renseignement allait être adressées à chaque médecin traitant, ainsi qu'aux HUG tout en sollicitant, au besoin, l'aide du Dr C_____.
31. Le 3 mai 2017, l'assurance a requis des renseignements médicaux auprès des médecins traitant de l'assurée exerçant en France, soit les Drs I_____, J_____, K_____, E_____, Monsieur L_____, kinésithérapeute, ainsi que les HUG.
32. Le Dr E_____ a répondu à l'assurance le 12 mai 2017 et le Dr K_____ le 24 mai 2017. Celle-ci a requis de l'assurée le 26 mai 2017 qu'elle sollicite les Drs E_____ et K_____ afin qu'ils donnent des renseignements plus complets.

33. Les 4 juillet et 24 octobre 2017, l'assurance a demandé à l'assurée si elle avait des nouvelles à lui communiquer.
34. Le 24 octobre 2017, l'assurée a communiqué diverses pièces médicales à l'assurance dont un rapport des Drs E_____, K_____ et de M. L_____.
35. Le 21 février 2018, l'assurée a requis de l'assurance de lui indiquer l'avancement du dossier.
36. Le 7 avril 2018, le Dr B_____ a estimé qu'un examen final se justifiait et qu'il était nécessaire de connaître la description du poste de travail précédent et actuel pour la détermination du travail adapté.
37. Le 18 janvier 2019, l'assurée a informé l'assurance qu'à défaut de nouvelles de sa part d'ici au 28 février 2019, elle ouvrirait une action pour déni de justice.
38. Le 9 avril 2019, l'assurée, représentée par son avocat, a déposé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice un recours pour déni de justice à l'encontre de l'assurance. Celle-ci ne se souciait nullement de l'instruction de son dossier et ne réagissait pas à ses multiples relances ; accidentée en 2012, elle attendait toujours le versement de prestations de l'intimée, notamment celles de longue durée ; il convenait d'intimer à l'assurance de statuer sur la prise en charge du traitement médical, le versement des indemnités journalières, la rente d'invalidité et l'IPAI, dans les trente jours suivant le prononcé de l'arrêt et de dire que cette condamnation était prononcée sous la menace des peines prévues à l'art. 292 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP - RS 311.0).
39. Le 18 avril 2019, la gestionnaire du dossier de l'assurée a téléphoné aux ressources humaines de l'employeur et noté que, depuis le 30 novembre 2017, l'assurée ne travaillait plus.
40. Le 18 avril 2019, l'assurance a requis de l'OAI, en urgence, le dossier de l'assurée, lequel lui a été remis le 2 mai 2019.
41. Le 7 mai 2019, l'assurance a requis de la part de l'employeur des renseignements concernant le contrat de travail de l'assurée et de la part de la Caisse de prévoyance professionnelle de l'Etat de Genève (ci-après : la CPEG) des renseignements sur les prestations versées à l'assurée.
42. Le 8 mai 2019, l'assurance a informé l'assurée que, suite à son recours pour déni de justice, elle constatait qu'une expertise orthopédique et angiologique était indispensable, laquelle serait ordonnée après réception des renseignements reçus de la part de l'employeur et de la CPEG. L'assurée était priée de demander au Dr K_____ de répondre à la demande de mai 2017, d'indiquer les noms de ses médecins traitant et de signer une procuration permettant de demander directement des renseignements médicaux auprès de ses médecins exerçant en France.
43. Le 8 mai 2019, l'assurance a conclu au rejet du recours.

Le profil et la description du poste de l'assurée au moment de l'accident et par la suite n'étaient pas clair, de sorte qu'elle avait fait une demande à l'employeur le 7 mai 2019.

A la suite de la décision du 16 juin 2014, l'assurée avait communiqué un rapport du Dr I_____ du 15 avril 2014 et deux courriers les 27 octobre et 12 novembre 2014. L'assurée avait mis quatre mois pour remplir le questionnaire transmis le 8 février 2016. A cette époque, l'employeur lui avait indiqué que l'assurée avait réduit son temps de travail, voire pris une pré-retraite, ce qui donnait des doutes quant aux limitations de la capacité de travail ; elle savait aussi que l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) avait refusé une rente d'invalidité le 3 décembre 2014. Elle avait fait des demandes le 3 mai 2017 auprès des Drs E_____, K_____, J_____ et I_____, aux HUG et à M. L_____.

La personne en charge du dossier de l'assurée avait réduit son temps de travail en 2018, ce qui avait entraîné des retards dans la gestion. En avril et mai 2019, elle avait requis des renseignements de l'OAI, de l'employeur et de la CPEG.

Elle avait rencontré de la difficulté dans l'instruction du dossier, en raison des traitements prodigués par des médecins français, réticents à donner des renseignements. Les renseignements obtenus étaient très succincts, compte tenu de l'état de santé de la recourante avant l'accident, tel que ses problèmes de hanche ; il était surprenant que l'assurée n'ait pas redemandé des prestations de l'assurance-invalidité alors qu'elle faisait valoir une éventuelle rente d'invalidité, ce d'autant qu'elle avait réduit de son plein gré son temps de travail ; dès qu'elle serait en possession des renseignements, notamment de l'employeur en ce qui concernait le profil du poste de travail, de la provenance des certificats médicaux, elle s'engageait à mettre en œuvre une expertise médicale bi-disciplinaire orthopédique et angiologique, expertise portant essentiellement sur la causalité entre l'accident du 24 avril 2012 et les plaintes résiduelles, la détermination de l'IPAI, compte tenu d'éventuelles facteurs étrangers et d'éventuelles limitations fonctionnelles accidentelles. En raison de l'état actuel du dossier, aucune décision en relation avec les prestations ne pouvait être rendue. A cet effet, une expertise bidisciplinaire devait d'abord être mise en œuvre, ce qui ne pouvait être fait que lorsque le dossier serait complet. La demande devait être rejetée.

44. Le 13 mai 2019, l'assurance a reçu de l'employeur les renseignements demandés.
45. Le 29 mai 2019, l'assurée a communiqué à l'assurance des rapports du Dr K_____ et indiqué qu'une intervention avait été effectuée le 16 novembre 2018 (mise en place d'une prothèse du genou gauche). Elle n'était actuellement plus en traitement.
46. Le 29 mai 2019, l'assurée a répliqué en relevant que le cas concernait un accident de 2012, que l'assurance avait attendu mai 2017 et les interventions de son avocat pour questionner ses médecins, qu'elle avait attendu avril 2018 pour solliciter l'avis de son médecin-conseil et mai 2019 pour demander des renseignements à l'OAI, à

l'employeur et à la CPEG ; elle avait, de la sorte, dépassé tous les délais acceptables.

47. Le 3 juin 2019, l'assurance a proposé à l'assurée des noms d'experts orthopédiques.
48. Un échange de courrier a eu lieu ensuite entre l'assurée et l'assurance au sujet du choix de l'expert.
49. Le 12 juin 2019, l'assurance a dupliqué en relevant qu'elle devait s'assurer d'être en possession de l'intégralité des pièces AI, de la clôture du cas ainsi que d'une prise de position officielle de l'employeur ; en outre elle avait fait preuve de célérité puisqu'elle avait déjà proposé des experts et une mission d'expertise ; aucune décision ne pouvait, en l'état, être rendue. Le recours devait être rejeté.
50. Par décision incidente du 26 juillet 2019, l'assurance a nommé le docteur M_____, FMH chirurgie orthopédie, comme expert en le chargeant de s'adjoindre un(e) angiologue de son choix.
51. Le 8 août 2019, l'assurée a observé que l'assurance déployait soudainement une activité prolifique après une longue période de passivité et après le dépôt du recours ; les faits postérieurs au dépôt de celui-ci n'étaient pas pertinents et elle persistait dans ses conclusions.
52. Sur 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 - E 2 05), 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. En vertu de la LPGA, un recours peut 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).

Selon la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), lorsqu'une autorité mise en demeure refuse sans droit de statuer ou tarde à se prononcer, son silence est assimilé à une décision (art. 4 al. 4 LPA-GE). Une partie peut recourir en tout temps pour déni de justice ou retard non justifié si l'autorité concernée ne donne pas suite rapidement à la mise en demeure prévue à l'article 4 alinéa 4 (art. 62 al. 6 LPA).

En l'espèce, le recours pour déni de justice, interjeté par-devant l'autorité compétente (art. 58 al. 1 LPGA), est recevable.

3. a. Aux termes de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable.

Le droit de recours de l'art. 56 al. 2 LPGA sert à mettre en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. Le retard injustifié à statuer, également prohibé par l'art. 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101) – qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue que la disposition constitutionnelle (ATF 103 V 190 consid. 2b) –, est une forme particulière du déni de justice formel (ATF 119 Ia 237 consid. 2).

b. 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 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 mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2.2), mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 130 I 312 consid. 5.2; ATF 125 V 188 consid. 2a). À cet égard, il appartient 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. Si on ne peut reprocher à l'autorité quelques « temps morts », celle-ci ne saurait en revanche invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur 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. 5.1 et 5.2 et les références). 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 244 consid. 4a). 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 124 V 133; ATF 117 Ia 117 consid. 3a et 197 consid. 1c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 et C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2).

c. La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 et 129 V 411 consid. 1.3). 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). L'art. 69 al. 4 LPA prévoit que si la juridiction administrative admet le recours pour déni de justice ou retard injustifié, elle renvoie l'affaire à l'autorité inférieure en lui donnant des instructions impératives.

4. a. À titre d'exemple, un déni de justice a été admis par la chambre de céans ou antérieurement par le tribunal cantonal des assurances sociales dans un cas où :
- la décision de l'OAI était intervenue cinq mois après son arrêt, lequel rétablissait simplement la rente que l'OAI avait supprimée, car aucune instruction complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation (ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006);
 - aucune décision formelle n'avait été rendue neuf mois après la demande en ce sens de l'assuré, faute de mesures d'instruction durant six mois (ATAS/711/2015 du 23 septembre 2015);
 - l'OAI, neuf mois après un jugement lui ordonnant de mettre en place une expertise, n'avait pas encore entrepris de démarches en ce sens (ATAS/430/2005 du 10 mai 2005);
 - l'OAI avait attendu quatorze mois depuis l'opposition de l'assuré au projet pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle l'assuré avait conclu d'emblée (ATAS/484/2007 du 9 mai 2007);
 - aucune décision n'avait été rendue dans un délai de plus quinze mois depuis la date du rapport d'expertise alors que la demande de précision faite au SMR au sujet de la divergence entre celui-ci et l'expert quant à la capacité de travail du recourant aurait pu être formée plus de six mois auparavant et que le SMR n'avait répondu qu'au bout de huit mois (ATAS/788/2018 du 10 septembre 2018);
 - l'OAI avait ordonné un complément d'expertise dix-sept mois après avoir obtenu les renseignements des médecins traitants (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006);
 - une nouvelle décision avait été rendue dix-huit mois après que la cause ait été renvoyée à l'office à la suite de l'admission partielle du recours (ATAS/62/2007 du 24 janvier 2007);
 - plus d'un an et demi s'était écoulé depuis le rapport d'expertise en possession de l'OAI sans qu'aucune décision n'intervienne et ce, malgré de nombreuses relances du conseil de l'assurée, même si une évaluation du degré d'invalidité avait eu lieu, de même qu'une enquête économique sur le ménage, car on ne voyait pas quelles difficultés particulières justifiaient encore le report d'une décision une fois l'instruction terminée (ATAS/223/2018 du 8 mars 2018);
 - un recourant qui était sans nouvelle de l'OAI vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006).

- l'OAI n'avait rendu aucune décision plus de cinq ans après le dépôt de la demande de prestations et avait notamment tardé à instruire le cas par le biais d'une expertise pluridisciplinaire et à demander l'intégration dans la plateforme SuisseMED@P, alors même qu'il connaissait la longueur des délais pour la mise en place d'une telle expertise, le recourant ayant par ailleurs régulièrement pris contact avec l'intimée pour demander des nouvelles de son dossier (ATAS/1116/2013 du 18 novembre 2013).

En revanche, elle a nié l'existence d'un déni de justice dans un cas où :

- la caisse cantonale de compensation n'avait pas rendu de décision un peu plus de quatre mois après l'opposition de l'assuré, soit dans un délai qui ne violait pas le principe de célérité, ce d'autant plus que le cas ne pouvait pas être qualifié de simple (ATAS/1035/2018 du 7 novembre 2018);

- la caisse-maladie n'avait pas rendu de décision neuf mois après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral pour instruction complémentaire afin d'établir le tarif hospitalier du canton de Bâle, dès lors que l'instruction n'était pas terminée et qu'elle n'avait cessé d'interpeller l'Hôpital universitaire de Bâle à ce sujet (ATAS/1502/2012 du 19 décembre 2012);

- l'assurance-accidents n'avait pas versé de prestations à la suite d'une rechute annoncée quinze mois auparavant étant donné que les parties avaient échangé des courriers pendant treize mois dans le but d'aboutir à une solution transactionnelle (ATAS/264/2014 du 5 mars 2014).

b. De son côté, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un retard injustifié notamment dans les cas où :

- l'OAI n'avait pas rendu de nouvelle décision un peu moins de onze mois après un arrêt de renvoi pour nouveau calcul du montant de la rente. Il a admis que les prétentions en compensation du service social devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire et que se posait également une problématique de chevauchement des indemnités journalières avec le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 241/04 du 15 juin 2006);

- il s'était écoulé environ quinze mois entre le moment où l'assurée avait requis la prise en charge de son reclassement professionnel et la décision de la Caisse suisse de compensation. Pendant ce laps de temps, cette autorité avait procédé à une trentaine d'interventions, qui s'étaient échelonnées à un rythme soutenu d'une à plusieurs mesures par mois (envoi de questionnaires, production de pièces, consultation du dossier de l'assurance accident, soumission du cas au médecin-conseil, examen de divers problèmes: capacité résiduelle, comparaison des revenus, éventuel droit à une rente). La cause revêtait en outre une certaine complexité en raison de la nationalité et du domicile de l'assurée ainsi que de l'application d'une convention internationale de sécurité sociale (arrêt du Tribunal fédéral 5A.8/2000 du 6 novembre 2000). Le Tribunal fédéral avait rappelé que l'exigence de célérité ne pouvait l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète (ATF 119 Ib 311

consid. 5b). Il avait considéré que, tout au plus, on aurait pu reprocher à la Caisse de compensation d'avoir mené ses investigations de façon peu systématique. Il était ainsi étonnant qu'il ait fallu cinq mois pour constituer un dossier complet à l'intention du médecin-conseil. Une étude préalable et approfondie du cas aurait permis d'éviter les démarches ultérieures en complément d'informations et production de radiographies et, partant, de gagner un certain temps. Ces attermolements n'avaient cependant, à ce stade, pas retardé de façon intolérable la procédure, ce d'autant plus qu'ils étaient en partie imputables à l'assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 4.2);

- il y avait eu un intervalle d'environ vingt mois entre le moment où l'OAI avait été en mesure de statuer, soit dans les semaines qui avaient suivi la réception de l'avis du SMR, jusqu'au dépôt du recours. Il a considéré que l'OAI avait activement mené son instruction, ainsi que cela ressortait des rapports médicaux régulièrement versés au dossier jusqu'au dépôt du recours pour déni de justice et que les investigations mises en œuvre n'apparaissaient pas superflues au point de constituer un déni de justice (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014).

En revanche, il a admis un déni de justice dans un cas où :

- il s'était écoulé un délai de vingt-quatre mois entre la fin de l'échange d'écritures devant la juridiction cantonale et le dépôt du recours pour déni de justice devant le Tribunal fédéral dans un litige qui avait uniquement pour objet le taux d'invalidité du recourant et où celui-ci avait circonscrit son argumentation à deux questions ne présentant pas de difficultés particulières (arrêt 8C_613/2009 du 22 février 2010);

- un tribunal cantonal avait laissé s'écouler vingt-cinq mois entre la fin de l'échange d'écritures et le dépôt du recours pour déni de justice devant le Tribunal fédéral, respectivement plus de trois ans depuis le dépôt du recours cantonal, dans une affaire sans difficultés excessives en matière d'assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2011 du 20 avril 2011);

- une cause était pendante depuis trente-trois mois et en état d'être jugée depuis vingt-sept mois (ATF 125 V 373).

c. La chambre de céans a admis que l'introduction d'un mandat dans la plateforme SuisseMED@P dans un délai de quatre mois après la notification d'un arrêt de renvoi – en dehors de toute complexité de l'affaire – constitue un retard injustifié dès lors que plusieurs dénis de justice avaient déjà été constatés sur une période de trois ans (ATAS/942/2014 du 27 août 2014).

En revanche, elle a considéré que le délai de douze semaines entre la rédaction de l'avis du SMR et l'inscription effective de l'intéressé sur la plateforme informatique SuisseMED@P peut apparaître comme long mais n'est pas excessif (ATAS/93/2018 du 6 février 2018). Le Tribunal fédéral a confirmé que dans un tel cas, il n'y a pas de déni de justice (arrêt du Tribunal fédéral 9C_230/2018 du 4 juin 2018 consid. 3.3).

La chambre de céans a également nié l'existence d'un déni de justice dans un cas où aucune décision quant au centre d'expertise désigné n'était encore intervenue dix mois après que l'OAI ait informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire car l'introduction du mandat dans le système SuisseMED@P avait été effectué moins de dix jours après la communication à la recourante. Si un délai de près d'une année pour l'attribution d'un mandat par le biais de cette plateforme apparaissait excessif, ce retard n'était pas imputable à l'intimé (ATAS 237/2014 du 26 février 2014).

5. En l'espèce, selon les pièces au dossier, l'intimée a régulièrement instruit le cas de la recourante depuis l'annonce de l'accident en mai 2012 jusqu'à fin mars 2015, date à laquelle elle a reçu le rapport médical du 26 mars 2015 du Dr G_____.

En effet, l'intimée a pris en charge le cas et, suite à l'avis de son médecin-conseil du 13 août 2013, elle a fait procéder à une expertise orthopédique, dont le rapport a été rendu le 10 octobre 2013, puis à un complément d'expertise rendu le 11 avril 2014 ; elle a ensuite notifié une décision le 16 juin 2014, laquelle se prononçait sur la prise en charge du traitement médical et la capacité de travail de la recourante, reconnue totale dès le 11 avril 2014, en précisant qu'elle se prononcerait dans une décision ultérieure sur les troubles dorsaux de la recourante. Certes, entre la décision précitée et le 4 février 2015, l'intimée s'est bornée à indiquer à la recourante qu'elle pouvait transmettre le rapport de son médecin traitant ou médecin-conseil (le 14 juillet 2014) et qu'elle pouvait se faire soigner en France (le 27 octobre 2014). Ce ralentissement dans la procédure d'instruction du dossier de la recourante - en particulier au regard de l'annonce de l'intimée d'une décision à venir concernant les troubles lombaires de la recourante et l'avis de son médecin conseil selon lequel l'expert devait se prononcer sur la stabilisation de l'état de santé, l'IPAI etc... - ne constitue toutefois pas encore un déni de justice, ce d'autant que le 4 février 2015, l'intimée a requis des médecins traitant de la recourante des renseignements médicaux.

En revanche, il en est autrement dès fin mars 2015, date à laquelle l'intimée a reçu le dernier rapport médical du médecin traitant, suite à l'instruction débutée le 4 février 2015. En l'absence, depuis cette date, de toute démarche ou décision de l'intimée, la recourante s'est inquiétée, le 12 janvier 2016, de l'avancement de son dossier et, en particulier, de l'absence de prise de position de l'assurance quant à son droit à une rente et une IPAI, tout en relevant qu'elle avait, par courrier du 30 juin 2014, contesté une capacité de travail totale. Le 8 février 2016, l'assurance s'est déclarée disposée à rendre une décision concernant une rente d'invalidité, une IPAI et les troubles lombaires mais a estimé qu'il était nécessaire d'actualiser le dossier en répondant à un questionnaire.

On constate ainsi qu'entre le 20 mars 2015 et le 8 février 2016, soit pendant une durée de presque une année, l'intimée n'a entrepris aucune démarche dans le dossier de la recourante.

Par ailleurs, suite à la réception du questionnaire rempli par la recourante le 20 juin 2016, l'intimée s'est limitée à requérir le 27 juin 2016 des renseignements auprès de l'employeur, et le 5 juillet 2016 de nouveaux éléments auprès de la recourante, qu'elle a reçu le 16 septembre 2016. L'intimée n'a ensuite pas réagi aux relances de la recourante des 18 novembre 2016, 31 janvier 2017 et 9 mars 2017. A la suite d'une relance du 11 avril 2017, elle a indiqué le 3 mai 2017 qu'elle estimait ne pas avoir failli à son devoir d'instruction et indiqué que les pièces transmises en septembre 2016 par la recourante étaient inexploitable ; elle a alors requis des renseignements auprès des médecins traitant de la recourante. On constate ainsi que depuis la réception des renseignements demandés à la recourante, le 16 septembre 2016, l'intimée n'a plus entrepris aucune démarche dans le dossier et a réagi seulement le 3 mai 2017, en estimant que ceux-ci étaient inexploitable, constatation, si tant est qu'elle est avérée, qui aurait pu et dû être faite en septembre 2016 déjà.

Ensuite, après avoir reçu des pièces complémentaires de la recourante le 24 octobre 2017, l'intimée n'a plus entrepris de démarche jusqu'au 7 avril 2018, où elle a sollicité l'avis de son médecin-conseil, lequel a préconisé un examen final. Entre cet avis et le dépôt du recours pour déni de justice, l'intimée n'a entrepris aucune démarche dans le dossier de la recourante.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que l'intimée, alors qu'elle avait annoncé dans une décision du 16 juin 2014 qu'elle se prononcerait sur les troubles lombaires de la recourante et que son médecin-conseil avait estimé le 13 août 2013 déjà que l'expertise, demandée et rendue le 11 avril 2014, devrait permettre de déterminer la stabilisation de l'état de santé, le droit à une IPAI, etc..., (soit vraisemblablement le droit à une rente invalidité), l'intimée n'a, au jour du dépôt du présent recours, pas encore statué sur ces questions.

Constatant que l'intimée n'a plus effectué de démarches dans le dossier de la recourante du 20 mars 2015 au 8 février 2016 (soit une durée de onze mois), puis du 16 septembre 2016 au 3 mai 2017 (soit une durée de sept mois et demi), puis du 24 octobre 2017 au 7 avril 2018 (soit une durée de cinq mois et demi), enfin du 7 avril 2018 au 9 avril 2019 (soit une durée d'un an), sans justification particulière, il convient de conclure, au vu de la jurisprudence précitée, qu'elle a violé le principe de célérité qui aurait dû prévaloir dans l'instruction du cas, ce d'autant que la recourante l'a sollicitée, à plusieurs reprises afin qu'elle instruisse son dossier et rende une décision.

Par ailleurs, le fait que les parties s'entendent pour mettre en œuvre une expertise judiciaire, laquelle devra en conséquence être rendue avant qu'une décision ne soit prise par l'intimée, n'exclut pas la réalisation d'un déni de justice, au motif que l'intimée a manqué à son obligation de diligence. En effet, la décision d'ordonner une expertise administrative aurait pu, si le suivi du dossier avait été fait correctement, être prononcée bien antérieurement au 8 mai 2019.

Enfin, si l'intimée a été confrontée à des difficultés pour obtenir des renseignements médicaux auprès des médecins traitant français de la recourante, celles-ci ne justifient pas l'inaction dont elle a fait preuve durant les périodes précitées. L'intimée a d'ailleurs admis que des retards dans la gestion du dossier s'étaient produits en 2018, en raison de la diminution du temps de travail du gestionnaire concerné, soit un élément indépendant des difficultés d'instructions alléguées.

En outre, en présence de difficulté à recueillir des renseignements médicaux auprès des médecins traitant d'un assuré, il incombe à l'assurance d'instruire le cas par un autre biais, en ordonnant, par exemple, une expertise médicale administrative, ce que l'intimé s'est finalement décidée à faire.

6. Partant, l'intimée a commis un déni de justice en ne statuant pas sur tous les droits de la recourante au jour du dépôt du présent recours.

En conséquence, elle sera invitée à instruire le cas avec diligence et statuer sur les droits de la recourante dans les meilleurs délais, aussitôt le rapport d'expertise administratif rendu.

7. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera allouée à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Invite l'intimée a statuer dans les meilleurs délais, au sens des considérants.
4. Alloue une indemnité de CHF 2'000.- à la recourante, à charge de l'intimée.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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