

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1977, travaillait en qualité d'aide-pépiniériste auprès de l'entreprise B_____ SA depuis le 1^{er} février 2000, et était à ce titre assuré pour les accidents professionnels et non professionnels par la BALOISE ASSURANCE SA (ci-après l'assureur).

Il a été victime d'un accident de la circulation le 24 septembre 2010, et a été hospitalisé jusqu'au 2 octobre 2010. Les médecins des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont posé les diagnostics de fracture diaphysaire du tiers distal du tibia droit et traumatisme cranio-cérébral avec perte de connaissance.

2. L'assuré a adressé à l'assureur un devis dentaire daté du 15 décembre 2010.
3. Par décision du 14 octobre 2013, confirmée sur opposition le 18 février 2014, l'assureur a rejeté la demande de l'assuré visant à obtenir la prise en charge de son traitement dentaire, au motif qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident du 24 septembre 2010 et la problématique dentaire.
4. Saisie d'un recours interjeté par l'assuré, représenté par Me Maurizio LOCCIOLA, la chambre de céans a, par arrêt du 17 juin 2014 et sur proposition de l'assureur, admis partiellement le recours et renvoyé la cause à celui-ci pour complément d'instruction et nouvelle décision au vu du fait nouveau constitué par une déclaration du docteur C_____, médecin-dentiste, datée du 28 février 2014.
5. Par courrier du 10 septembre 2014, l'assuré a sollicité de l'assureur une prise de position rapide, rappelant qu'il souffrait de problèmes dentaires importants et qu'il ne pouvait procéder à leur réparation compte tenu de sa situation financière.
6. En réponse, l'assureur a indiqué, le 24 septembre 2014, que l'instruction était en cours.

Le 13 novembre 2014, il a informé l'assuré que le 6 octobre 2014, il avait demandé au Dr C_____ de procéder à un status radiologique apical complet et actuel.

Le Dr C_____ a annoncé par téléphone du 2 décembre 2014 qu'il allait convoquer l'assuré.

Le 11 décembre 2014, il a communiqué à l'assureur les radiographies effectuées.

7. Le 4 mars 2015, l'assuré s'est étonné de ne pas avoir encore reçu la prise de position de l'assureur et l'a sommé de se prononcer dans un délai de dix jours.
8. Sans nouvelles de l'assureur, l'assuré a déposé le 21 mai 2015 un recours pour déni de justice à l'encontre de celui-ci. Il conclut à ce qu'il soit ordonné à l'assureur de rendre une décision concernant sa demande de prise en charge du traitement dentaire sans tarder.
9. Invité à se déterminer, l'assureur, représenté par Me Christian GROSJEAN, a, le 24 juin 2015, rappelé qu'à la suite de l'arrêt du 17 juin 2014 entré en force le 1^{er} septembre 2014, il avait le 26 septembre 2014 demandé au docteur D_____ de

compléter un rapport médical intermédiaire, que le 6 octobre 2014, il avait adressé un courrier au Dr C_____, qu'il avait ensuite pris la décision de soumettre l'assuré à une expertise confiée au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, mais que l'assuré ne s'était pas présenté à la consultation prévue le 12 novembre 2014 par l'expert, que par courrier du 13 novembre 2014, il avait prié l'assuré d'indiquer s'il avait des motifs valables de récusation et que le 11 décembre 2014, il avait reçu de la Clinique dentaire d'Onex les radiographies effectuées par le Dr C_____.

L'assureur a ainsi conclu au rejet du recours.

10. Le mémoire de réponse a été transmis à l'assuré.
11. Par écriture spontanée du 8 juillet 2015, l'assuré a tenu à insister sur le fait que l'accident ayant provoqué ses fractures dentaires, était survenu en septembre 2010 déjà. Il rappelle que, vu sa situation financière, il n'a pas pu procéder à leur réparation. Il ne comprend pas pour quelle raison l'assureur ne s'est pas encore prononcé sur la prise en charge du traitement qui lui est nécessaire, et persiste dès lors intégralement dans ses conclusions du 21 mai 2015.
12. Sur ce, 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) en vigueur dès le 1er 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. L'assuré a déposé un recours pour déni de justice à l'encontre de l'assureur.
3. Conformément à l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut en effet également être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition.

Le retard injustifié à statuer est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst et l'art. 6 § 1 CEDH (qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue [ATF 103 V 190 consid. 2 p. 192]). 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 p. 409 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 (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332; 125 V 188 consid. 2a p. 191). A

cet égard, il appartient, d'une part, 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. D'autre part, si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques "temps morts", qui sont inévitables dans une procédure, elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur excessive de la procédure; il appartient en effet à l'Etat d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332 et les références). 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 C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; ATF du 23 avril 2003 en la cause I 819/02 consid. 2.1 ; ATF 124 V 133, 117 Ia 117 consid. 3a, 197 consid. 1c, 108 V 20 consid. 4c).

En droit des assurances sociales, la procédure de première instance est par ailleurs gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est consacré à l'art. 61 let. a LPGA qui exige des cantons que la procédure soit simple et rapide et constitue l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 54 consid. 4b p. 61).

La sanction du dépassement du délai raisonnable consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, la constatation d'un comportement en soi illicite étant en effet une forme de réparation (H 134/02 Arrêt du 30 janvier 2003 consid. 1.5; ATF 122 IV 111 consid. I/4). 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).

4. En l'espèce, la chambre de céans a, par arrêt du 17 juin 2014, renvoyé la cause à l'assureur pour complément d'instruction et nouvelle décision. Force est de constater qu'à ce jour, l'assureur n'a pas rendu de nouvelle décision, raison pour laquelle l'assuré a déposé le 21 mai 2015 un recours pour déni de justice auprès de la chambre de céans.

L'assureur, quant à lui, considère qu'il procède à l'instruction du cas conformément à l'arrêt du 17 juin 2014. Il a ainsi rappelé que cet arrêt lui avait été notifié le 30 juin 2014 et qu'il était dès lors entré en force de chose jugée le 1^{er} septembre 2014, de sorte que le recours pour déni de justice avait été interjeté neuf mois plus tard seulement.

5. Il s'agit ainsi de déterminer en l'occurrence si, en attendant neuf mois sans rendre de décision, l'assureur a ou non commis un déni de justice.

Il n'est pas contesté que l'assureur a demandé au Dr C_____ le 6 octobre 2014 de lui communiquer un status radiologique complet et actuel. Il n'a toutefois procédé à aucun autre acte d'instruction concernant les problèmes dentaires dont souffre

l'assuré et leur lien de causalité avec l'accident du 24 septembre 2010. En décembre 2014, il s'est contenté d'un appel téléphonique au Dr C_____.

Il est vrai qu'il a adressé un courrier au Dr D_____ le 26 septembre 2014, puis a mandaté le Dr E_____ pour expertise. Il y a toutefois lieu de relever que ni le rapport du Dr D_____, ni l'expertise du Dr E_____ ne viendront compléter utilement le dossier dentaire de l'assuré, s'agissant respectivement d'un généraliste et d'un spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur. La chambre de céans relève au surplus, qu'ayant reçu les radiographies du Dr C_____ le 11 décembre 2014, l'assureur n'a pas réagi. Il n'a pas davantage réagi lorsque le 4 mars 2015, l'assuré l'a sommé de se prononcer dans un délai de dix jours.

Force est de constater, au vu de ce qui précède, que l'assureur a retardé inutilement la procédure et d'en conclure qu'il a commis un déni de justice.

Le recours est en conséquence admis.

Aussi la chambre de céans invite-t-elle l'assureur à faire diligence et à statuer dans les plus brefs délais.

6. Conformément à l'art. 61 let. g LPGA, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 1'000.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Constate que l'assureur a commis un déni de justice.
4. L'invite à rendre une décision formelle, susceptible de recours, dans les plus brefs délais.
5. Condamne l'assureur à verser au recourant la somme de CHF 1'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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