

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2333/2016

ATAS/699/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} septembre 2016

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÊNE-BOURG

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY , Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) a été engagé le 6 janvier 2016 par Monsieur B_____, dans l'entreprise de gypserie peinture de celui-ci et affilié par le biais de son employeur auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungs-anstalt ; ci-après : la SUVA) contre le risque d'accidents, professionnels ou non.
2. Le 16 février 2016, l'assuré a été victime d'un accident : il ressort de la déclaration de sinistre remplie le 18 février 2016 qu'il était en train de travailler sur une échelle dans une cage d'escaliers lorsqu'il a glissé et a chuté.

Dite déclaration d'accident faisait mention d'un revenu de CHF 5'000.- par mois. Y était joint le décompte de salaire de l'intéressé pour le mois de janvier 2016, mentionnant un salaire mensuel brut de base de CHF 5'000.-, augmenté à CHF 6'021.- bruts par diverses indemnités (soit un salaire net de CHF 4'786.09).
3. Un rapport médical établi par les Hôpitaux universitaire de Genève (HUG) le jour de l'accident et versé au dossier de la SUVA le 18 février 2016 faisait état de lésions traumatiques superficielles multiples et d'une luxation, entorse d'articulations et de ligaments au niveau du poignet droit.

Ce rapport relate que l'assuré a chuté d'une échelle d'une hauteur de deux mètres avant de dévaler un escalier en colimaçon sur un étage.
4. Le 4 mars 2016, l'assuré s'est présenté au guichet de la SUVA avec son patron pour s'enquérir de l'avancement de son dossier. Lui ont alors été réclamés : son contrat de travail et sa fiche de salaire du mois de février, qui sont parvenus à la SUVA en date du 7 mars 2016. Le décompte de salaire de février 2016 fait mention d'un salaire mensuel brut de CHF 3'750.- augmenté à CHF 4'504.50 bruts par diverses indemnités et d'un salaire mensuel net de CHF 3'673.65. Quant au contrat de travail il fait état d'un engagement de l'assuré le 4 janvier 2016 pour un emploi de peintre en bâtiment à plein temps rémunéré CHF 5'600.- bruts par mois.
5. Le 23 mars 2016, un rapport médical intermédiaire a été rendu par la doctoresse C_____.
6. Le 23 mars 2016, la doctoresse D_____, médecin traitant, a également rempli un rapport médical intermédiaire à l'attention de la SUVA.
7. Par courrier du 24 mars 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle ne pouvait encore se prononcer sur son droit aux prestations car des mesures d'instruction étaient encore nécessaires.
8. Le 1^{er} avril 2016, l'assuré s'est présenté une nouvelle fois au guichet de la SUVA.

9. Le 21 avril 2016, il s'est enquis une nouvelle fois de l'avancement de son dossier par téléphone et a demandé une copie de son dossier, qui lui a été envoyée le lendemain.
10. Le 29 avril 2016, l'assuré s'est présenté une nouvelle fois au guichet de la SUVA, où on l'a informé que son dossier se trouvait au Service des primes pour instruction.
11. Le 29 avril 2016, la SUVA s'est enquis de l'évolution de l'état de santé de l'assuré auprès des HUG.
12. Le 4 mai 2016, la Dresse C_____ a informé la SUVA qu'une reprise de travail était envisagée à plein temps pour le 31 mai 2016 ; le traitement était en cours.
13. Le 4 mai 2016, l'employeur de l'assuré s'est enquis par téléphone de l'avancement du dossier de l'assuré.

Des précisions lui ont alors été demandées. L'employeur a expliqué avoir dû radier son entreprise du Registre du commerce en mars 2016 ; il a ajouté que l'horaire de travail de 15 h./sem. mentionné dans la déclaration de sinistre était erroné et qu'il était bien de 42 h./sem. Quant au salaire, il correspondait à celui annoncé sur les fiches de paie. Il a ajouté que, suite à l'accident, il avait licencié son employé oralement.

Le même jour, l'employeur s'est présenté à l'agence de la SUVA avec divers documents (attestations de l'Office cantonal des assurances sociales, de la caisse supplétive, factures d'achats de marchandises de 2013 à 2016, factures de travaux effectués pour la même période).

Il a été constaté que l'entreprise déployait réellement une activité au moment de l'accident. Ces pièces ont été transmises au gestionnaire en charge du dossier et il a été annoncé à l'employeur qu'« une réponse rapide devrait être donnée à M. A_____ pour le règlement de son accident » (cf. pièce 35 SUVA).

14. Le 27 mai 2016, la SUVA a requis de la Fondation institution supplétive LPP une copie des certificats LPP de l'assuré.
15. Le 1^{er} juin 2016, la Dresse C_____ a adressé un nouveau rapport à la SUVA.
16. Le 6 juin 2016, la Dresse C_____ a rendu un rapport médical intermédiaire.
17. Le 7 juin 2016, le Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs (SIT) a relancé la SUVA et lui a demandé l'octroi rapide d'indemnités journalières à l'assuré.
18. Par courriel du 16 juin 2016, le SIT s'est enquis de l'état d'avancement du dossier, ce à quoi il lui a été répondu qu'aucune information ne pourrait lui être communiquée tant qu'il ne se serait pas légitimé au moyen d'une procuration valable.

19. Le 21 juin 2016, l'assuré a relancé une nouvelle fois la SUVA en soulignant les difficultés financières qu'il devait affronter.
20. Par courriel du 27 juin 2016, la SUVA a répondu au SIT - dûment légitimé par une procuration émise le 23 juin 2016 - que les éléments versés au dossier faisaient ressortir un certain nombre de contradictions, notamment quant à la date d'engagement de l'assuré et au montant de son salaire, qu'il lui appartenait de tirer au clair. Lui manquaient également des éléments de la part de la caisse de prévoyance.
21. Par écriture du 7 juillet 2016, l'assuré a saisi la Cour de céans d'un recours pour déni de justice.

Le recourant conclut à ce que la SUVA soit condamnée à lui accorder les prestations légales qui lui sont dues, subsidiairement, à statuer sans délai.

22. Invitée à se déterminer, la SUVA, par écriture du 2 août 2016, a conclu au rejet du recours.

En substance, l'intimée fait valoir qu'il lui a fallu éclaircir certains points, notamment le revenu de l'assuré, son taux d'occupation, qu'il lui a fallu pour cela interroger l'employeur et qu'elle demeure dans l'attente d'informations de la part de la caisse de pension.

L'intimée considère qu'on ne peut lui reprocher aucune carence dans le traitement de la demande de l'assuré, puisqu'elle a ordonné successivement les mesures utiles à son examen.

23. Par écriture du 18 août 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il allègue que la mention d'un horaire de 15 h./sem. sur la déclaration d'accident devait être comprise très clairement comme une erreur de plume de la part de son employeur, lequel n'est pas de langue maternelle française. Il fait remarquer à cet égard que son contrat de travail et sa fiche de salaire de janvier 2016 ont été rapidement produits et ont pu attester qu'il travaillait bien à 100%. Il en tire la conclusion que les faits n'avaient donc pas besoin d'être clarifiés et qu'une décision d'indemnisation pouvait être prise sans autre mesure d'instruction.

Il fait remarquer par ailleurs que l'audition de son patron le 9 mai 2016 n'a porté que sur l'entreprise en général.

En définitive, il persiste dans ses conclusions et sollicite que les frais de la procédure soient mis à la charge de la SUVA ou qu'il soit statué sans frais.

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 depuis 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. Conformément à l'art. 56 al. 2 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.

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

3. a. 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).

b. Dans un cas où l'OAI, à la suite d'un jugement du Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais du 25 avril 2003, avait rendu de nouvelles décisions le 17 mars 2004, soit un peu moins de onze mois plus tard, le Tribunal fédéral (TF) a considéré que l'OAI n'avait pas commis de déni de justice et qu'en conséquence, des dépens ne se justifiaient pas en faveur du recourant. Il s'agissait d'un cas où le montant de la rente devait être calculé à nouveau par l'OAI, les prétentions en compensation du service social devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire et se posait également une problématique de chevauchement des indemnités journalières avec le droit à la rente (arrêt I 241/04 du 15 juin 2006).

Dans une autre cause en matière d'assurance-invalidité, le TF a jugé que bien que l'on puisse considérer que la limite du tolérable pour un litige de cette nature était proche, un laps de temps de 15 mois entre le recours auprès de la commission de recours AVS/AI et le recours pour déni de justice au TF n'apparaissait pas excessif au point de constituer un retard injustifié prohibé et cela en dépit de l'exigence de célérité qui ne peut l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète et de l'enjeu de la cause pour l'assuré (arrêt I 819/02 du 23 avril 2003).

Dans un arrêt ATAS 237/2014 du 26 février 2014, la chambre de céans a également nié l'existence d'un déni de justice, dans un cas où l'OAI avait informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise médicale polydisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et orthopédique) et où aucune décision quant au centre d'expertise désigné n'était encore intervenue dix mois plus tard, au moment du recours. En effet, l'introduction du mandat dans le système SuisseMED@P avait été effectuée moins de dix jours après la communication à la recourante. En outre, 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 en l'occurrence pas imputable à l'intimé.

c. En revanche, dans un arrêt ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) a admis que la décision de l'OAI intervenue cinq mois après un arrêt du TCAS, lequel rétablissait simplement la rente que l'OAI avait supprimée, était tardive, ledit retard constituant un déni de

justice dès lors qu'aucune instruction complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation.

Le TCAS a aussi jugé qu'un déni de justice devait être considéré comme établi quand l'assureur-maladie ne s'était pas formellement prononcé deux ans et demi après une demande de remboursement (ATAS/354/2007). Il en a jugé de même dans le cas d'un recourant qui était sans nouvelle de l'office cantonal de l'assurance-invalidité vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006), dans celui d'un assuré qui avait attendu dix-huit mois après que la cause ait été renvoyée à l'office pour nouvelle décision suite à l'admission partielle de son recours (ATAS/62/2007) ou encore dans celui où l'OAI, 9 mois après un jugement lui ordonnant de mettre en place une expertise, n'avait pas encore entrepris de démarches en ce sens (arrêt du 10 mai 2005 ATAS/430/2005).

Un déni de justice a été constaté dans le cas où l'OAI avait attendu 14 mois depuis l'opposition pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle la recourante avait conclu d'emblée, dès lors que cette mesure d'instruction devait être prise sans tarder, l'intimé reconnaissant d'ailleurs que la mise sur pied d'une expertise multidisciplinaire prendrait plusieurs mois (ATAS/484/2007 du 9 mai 2007) et dans le cas où l'OAI avait ordonné un complément d'expertise 17 mois après avoir obtenu les renseignements des médecins-traitants (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006).

Enfin, un déni de justice a été admis dans un cas où l'OAI, n'avait rendu aucune décision plus de cinq ans après le dépôt de la demande de prestation, et avait notamment tardé à instruire le cas par le biais d'une expertise pluridisciplinaire, le recourant ayant par ailleurs régulièrement pris contact avec l'intimé pour demander des nouvelles de son dossier. Le tribunal a notamment tenu compte du fait que l'OAI s'était contenté durant une année de requérir un rapport médical intermédiaire du médecin-traitant. Par la suite, il avait reçu le 16 juin 2010 un certificat du médecin-traitant et était dès ce moment en mesure d'instruire l'aggravation de l'état de santé du recourant, mais s'était contenté de requérir des rapports médicaux en août et octobre 2010 pour soumettre à nouveau le dossier au SMR. En mai 2011, l'OAI avait ordonné une expertise qui aurait pu être mise en œuvre plus tôt au vu des rapports médicaux recueillis entre juillet 2008 et décembre 2009. Enfin, l'OAI était en mesure de diligenter une expertise pluridisciplinaire depuis le 16 octobre 2012 mais avait attendu le 5 mars 2013 pour demander l'enregistrement du dossier dans la plateforme MED@P, l'expertise n'ayant toujours pas eu lieu plus de huit mois après cet enregistrement (ATAS/1116/2013 du 18 novembre 2013).

4. a. Dans le cas présent, le recourant se plaint d'un déni de justice parce qu'à ce jour, soit plus de cinq mois après l'annonce du sinistre, l'intimée ne lui a toujours pas versé d'indemnités journalières.

Pour sa part, l'intimée fait valoir qu'il n'y a guère eu de temps morts depuis l'annonce du sinistre et qu'une instruction complémentaire était nécessaire au vu de certaines incohérences quant au revenu et au taux d'occupation de l'assuré.

Il convient tout d'abord de relever que, dans la mesure où ni l'accident, ni l'atteinte à la santé, ni l'incapacité de gain, ni l'existence d'un lien de causalité entre celle-ci et l'évènement ne sont contestés, seule se pose la question, pour l'intimée, de la fixation du montant de l'indemnité journalière due au recourant.

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Celle-ci vise à couvrir le risque de la perte de salaire due à une incapacité de travail. Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident (art. 16 al. 2 LAA).

Les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (art. 15 al. 1 LAA). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité de travail, à 80 % du gain assuré.

Il ressort de ce qui précède qu'il suffisait à l'intimée d'établir le montant du gain assuré.

S'agissant du taux d'occupation indiqué, il est vrai qu'il aurait d'emblée dû apparaître comme une erreur de plume, à tout le moins, au plus tard, le 7 mars, lorsque le contrat de travail a été produit.

Pour le reste, c'est un revenu de CHF 5'000.- qui a été annoncé dans la déclaration de sinistre, pour un taux de 15 h./sem., montant correspondant aux CHF 5'000.- annoncés à titre de revenu brut sans indemnités de vacances ou 13^{ème} salaire, tel que ressortant de la fiche de salaire de janvier 2016 jointe à la déclaration. Certes, ce chiffre diffère de celui de CHF 5'600.- bruts mentionné dans le contrat de travail mais il convient de rappeler ici l'importance que revêt pour l'employé l'indemnité journalière qu'en tant qu'elle est supposée remplacer temporairement son salaire, d'autant plus dans les cas où, comme en l'espèce, l'employeur est dans l'impossibilité de verser des avances. Concrètement, en l'occurrence, le recourant ne touche plus aucun revenu depuis près de cinq mois et ce, alors que, tout au long de la procédure, il s'est plié avec célérité aux exigences de l'intimée pour fournir tous les documents en sa possession.

Dans ces circonstances, on peut considérer que le 9 mai 2016 au plus tard, l'intimée disposait de tous les éléments pour fixer le montant de l'indemnité journalière, ne fût-ce qu'à titre provisionnel, quitte à le revoir par la suite.

Au vu des circonstances, de l'importance que revêt pour le recourant le fait de pouvoir bénéficier rapidement d'une indemnité remplaçant partiellement son salaire, des efforts de collaboration évidents de l'assuré et de son employeur et du fait que l'intimée n'a jugé bon d'interroger la caisse de pension que le 27 mai, soit plus de trois mois après l'accident, et ne l'a d'ailleurs pas relancée depuis lors, la

Cour de céans considère que l'intimée a en l'occurrence violé le principe de célérité et commis un déni de justice.

Il convient donc de la condamner à statuer dans les plus brefs délais sur l'indemnité journalière due à l'assuré.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants.
3. Constate que l'intimée a commis un déni de justice.
4. L'invite à statuer sur l'indemnité journalière due à l'assuré dans les plus brefs délais, d'ici au 30 septembre 2016 au plus tard.
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

Marie-Catherine SÉCHAUD

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