

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3106/2013

ATAS/85/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 janvier 2014

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur B _____, domicilié à CHATELAINE

recourant

contre

BALOISE ASSURANCES SA, sise Aeschengraben 21, BASEL,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian
GROSJEAN

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Evelyne
BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B_____ était assuré, dans le cadre de son emploi en 2011, auprès de la BALOISE ASSURANCES SA (ci-après : la BALOISE) contre les accidents et les maladies professionnelles.
2. Le 1^{er} octobre 2011, il a été victime durant son travail d'une agression, dont les suites ont été prises en charge par la BALOISE.
3. Par décision du 27 janvier 2011, la BALOISE a mis un terme au versement des indemnités journalières au 31 janvier 2012.
4. Par arrêt du 19 septembre 2012, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice a admis partiellement le recours de l'assuré, annulé sa décision et renvoyé la cause à la BALOISE pour instruction complémentaire, afin de déterminer si ses troubles cognitifs avaient un substrat organique, dès lors que cela ne pouvait être exclu compte tenu de la nature des lésions subies par le recourant.
5. Le 5 octobre 2012, la BALOISE a demandé au dernier employeur de l'assuré le cahier des charges de celui-ci.
6. Le 22 novembre 2012, l'assuré a demandé à la BALOISE de l'informer où en était l'instruction de son dossier.
7. Le 26 novembre 2012, le service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a adressé à la BALOISE un rapport médical, d'où il ressortait que l'assuré n'avait pas été revu depuis le 14 décembre 2011. Il lui a également transmis les rapports d'examen neuropsychologique du 6 octobre 2011 et du 15 décembre 2011.
8. Le 20 février 2013, l'ancien employeur de l'assuré a répondu à la BALOISE que celui-ci s'était occupé de la sécurité du restaurant.
9. Le 8 avril 2013, l'assuré a réitéré sa demande au conseil de la BALOISE.
10. Le 10 avril 2013, l'assuré a téléphoné à la BALOISE pour réitérer sa demande. Il lui a été répondu que celle-ci n'avait pas reçu de certificat médical depuis une année.
11. Par courrier du 18 avril 2013, l'assuré a demandé au conseil de la BALOISE s'il n'avait pas reçu des nouvelles de sa mandante.
12. Le 6 août 2013, la BALOISE a informé le conseil de l'assuré d'avoir mandaté le Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour une expertise médicale. L'assuré était attendu le 12 suivant à 11 heures au cabinet de ce médecin. La BALOISE a joint à sa missive le questionnaire destiné à l'expert.
13. Le 24 septembre 2013, l'assuré a saisi la Chambre de céans, se plaignant que la BALOISE ne lui avait pas versé de l'argent, malgré beaucoup de tentatives en vain, depuis l'arrêt du 19 septembre 2012 de ladite Chambre.
14. Le 12 octobre 2013, le Dr L_____ a rendu son expertise.

15. Dans sa réponse du 22 octobre 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours, estimant qu'il ne pouvait lui être reproché avoir tardé pour procéder aux actes d'instruction nécessaires et de ne pas avoir rendu une décision, dès lors qu'elle ne disposait pas encore des éléments lui permettant matériellement de statuer. Par ailleurs, selon la jurisprudence, l'exigence de célérité ne saurait l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète.
16. Par écriture du 18 novembre 2013, le recourant a conclu à la constatation que l'intimée s'était rendue coupable d'un déni de justice, sous suite de dépens. Par ailleurs, l'absence de toute décision et de versement d'indemnités le plaçaient dans une situation financière dramatique, étant totalement incapable de travailler.
17. 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; 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. A teneur de l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut également être formé auprès de la Cour de céans lorsque l'assureur ne rend pas de décision, malgré la demande de l'intéressé (cf. également ATF 130 V 90). En l'espèce, le recours pour déni de justice est recevable.
3. a) L'art. 29 al. 1 Cst. - qui a succédé à l'art. 4 al. 1 aCst. depuis le 1er janvier 2000 - dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Cette disposition consacre le principe de la célérité, autrement dit prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle 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 p. 323; 117 Ia. 193 consid. 1b in fine et c p. 197; 107 Ib 160 consid. 3b p. 165). En droit fédéral des assurances sociales, la procédure de première instance est gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est désormais consacré par 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 61 consid. 4b). Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. 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 (ATFA du 22 mars 2004, cause I 712/03).

Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale;

L'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATFA du 27 mars 2006, cause U 23/05).

b) La LAA ne fixe pas le délai dans lequel l'autorité doit rendre sa décision. En pareil cas, le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Le laps de temps admissible pour qu'une autorité décide dépend notamment du degré de complexité de l'affaire, de l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que du comportement de ce dernier et des autorités compétentes (ATF 124 I 142 consid. 2c, 119 Ib 325 consid. 5b et les références), mais aussi de la difficulté à élucider les questions de fait. Il appartient 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 (ATF 125 V 375 consid. 2b/aa) ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 158 s. consid. 2b/bb et 2c). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative. On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts; ceux-ci sont inévitables dans une procédure (ATF 124 I 142 consid. 2c déjà cité). Une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure (ATF 122 IV 111 consid. I/4 et 107 Ib 165 consid. 3c). 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. Dans le cadre de cette appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en droit des assurances sociales, la procédure de première instance est gouvernée par le principe de célérité. Cela vaut notamment pour les recours en matière d'AVS/AI, pour lesquels la procédure doit être simple et rapide, ce qui est l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 126 V 249 consid. 4a et les références; cf. art. 61 let. a LPGa; ATFA du 23 avril 2003, I 819/02).

c) Dans un cas jurisprudentiel (ATFA du 15 juin 2006, I 241/04) 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 TFA 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.

Dans une autre cause en matière d'assurance-invalidité (ATFA du 23 avril 2003, cause I 819/02), le TFA 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 TFA 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.

Dans un arrêt du 2 octobre 2006 (ATAS/859/2006), le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis que la décision de l'OAI intervenue cinq mois après un arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales, 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 Tribunal cantonal des assurances sociales a en revanche jugé qu'un déni de justice doit être considéré comme établi quand l'assureur-maladie ne s'est 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), et dans celui d'un autre 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).

Un déni de justice a également été admis dans le cas où l'OAI n'avait pas statué 48 mois après le dépôt de la demande de prestations alors même qu'il était en possession de tous les éléments médicaux lui permettant soit de statuer sur le droit à la rente ou de mettre en œuvre une expertise (arrêt du 17 avril 2013 ATAS/363/2013).

Un déni de justice a été constaté dans le cas où, plus de 3 ans s'étaient écoulés depuis la demande de révision de l'assuré et l'OAI avait laissé le dossier de l'assuré plusieurs fois en suspens pendant plusieurs mois, sans justification (arrêt du 5 juillet 2007 ATAS/786/2007).

Il y avait également un déni de justice 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 (arrêt du 9 mai 2007 ATAS/484/2007).

Il y avait aussi un déni de justice dans le cas où l'OAI a ordonné un complément d'expertise 17 mois après avoir obtenu les renseignements des médecins-traitants (arrêt du 2 octobre 2006 ATAS/860/2006), ainsi que dans le cas où l'OAI, 9 mois après un jugement lui ordonnant de mettre en place une expertise, n'a pas encore entrepris de démarches en ce sens (arrêt du 10 mai 2005 ATAS/430/2005).

4. En l'espèce, il appartient à l'intimée de déterminer si les troubles cognitifs objectivés par les examens neuropsychologiques effectués aux HUG ont un substrat

organique, conformément à l'arrêt de la Chambre de céans du 19 septembre 2012, puis de rendre une nouvelle décision.

Suite à cet arrêt, l'intimée s'est contentée d'écrire à l'ancien employeur du recourant concernant le cahier des charges de celui-ci. Compte tenu de l'objet de l'instruction complémentaire, on ne voit guère le sens de cette démarche. Par la suite, l'intimée a reçu le rapport médical intermédiaire du 26 novembre 2012 du Dr M _____ du service de neurologie des HUG, d'où il ressortait que le patient n'avait pas été revu depuis le 14 décembre 2011. A ce rapport étaient annexés les rapports d'examens neuropsychologiques du 6 octobre et du 15 décembre 2011, selon lesquels le recourant présentait des troubles cognitifs, à savoir une fatigabilité et un ralentissement psychomoteur, un dysfonctionnement exécutif se traduisant notamment par des difficultés de programmation, d'inhibition et de flexibilité mentale, de faibles performances dans une épreuve de mémoire épisodique visuelle et des troubles attentionnels se traduisant notamment par une altération sévère de la vitesse de traitement.

Après la réception de ce rapport, l'intimée a attendu plus de 8 mois pour mandater un expert.

Cela étant, il ne peut certes pas être reproché à l'intimée de ne pas avoir rendu de décision, dans la mesure où l'instruction complémentaire n'est pas terminée. Toutefois, un délai de plus de huit mois après la réception du rapport précité paraît excessif pour ordonner une expertise médicale, notamment compte tenu du caractère vital des prestations pour le recourant et de ses relances régulières qui sont restées sans réponse. L'intimée n'a en outre aucunement justifié la lenteur de la mise en œuvre de l'expertise. Compte tenu de ces circonstances, un déni de justice doit être admis.

5. Il convient par ailleurs de relever qu'en l'occurrence, la cause avait été renvoyée à l'intimée pour établir si les troubles cognitifs ont un substrat **organique**. Il paraît dès lors curieux que l'intimée ait mis en œuvre une expertise psychiatrique, alors même que la Chambre de céans avait déjà constaté que les troubles psychiques n'étaient pas dans une relation de causalité adéquate avec l'accident. Il ne pouvait toutefois pas être exclu, en l'état du dossier, que la cause des troubles cognitifs objectivés par les examens neuropsychologiques n'est pas liée aux lésions somatiques, suite à la fracture temporale droite.

Il aurait au moins appartenu à l'intimée d'interroger le service de neurologie des HUG, afin de connaître son avis sur la cause des déficits cognitifs, à savoir sur la question de savoir si ces déficits sont dus à un dysfonctionnement du cerveau ou des troubles psychiques. Il est à cet égard à relever qu'il est précisé dans le rapport d'examen neuropsychologique du 6 octobre 2011 que le tableau « évoque un dysfonctionnement sous-cortico-frontal avec une possible composante temporale droite, compatible avec les données de l'imagerie cérébrale ». Il semble dès lors

que, selon le neuropsychologue, le Dr N_____, la cause des troubles cognitifs est due à une lésion organique.

Enfin, il est à relever que le Dr L_____ constate également qu'un examen neuropsychologique est nécessaire pour déterminer si les troubles cognitifs ont un substrat organique, examen, qui devrait être accompagné d'un avis neurologique en fonction des éventuels déficits constatés.

Partant, il appartient à l'intimée de mettre en œuvre un nouvel examen neuropsychologique et de requérir l'avis d'un neurologue sur la cause des déficits cognitifs constatés.

La Chambre de céans fait également observer qu'il ne semble pas que le Dr L_____ ait eu accès à la totalité du dossier médical. En effet, sous « Résumé des principales pièces médicales disponibles ou citées », il ne fait nulle mention des rapports d'examens neuropsychologiques du 6 octobre et du 15 décembre 2011, alors même qu'il s'agit de pièces essentielles.

6. Au vu de ce qui précède, la Chambre de céans constate que la BALOISE a commis un déni de justice, en mettant en œuvre une expertise plus de 8 mois après le dernier acte d'instruction. De surcroît, il lui aurait appartenu de mettre en œuvre un nouvel examen neuropsychologique et de requérir l'avis d'un neurologue sur la cause des déficits cognitifs constatés.
7. La procédure est gratuite. Pour le surplus, le recourant ne peut prétendre à des dépens, n'étant pas représenté par un mandataire qualifié.

**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'intimée a commis un déni de justice.
4. Invite l'intimée à mettre en œuvre dans les meilleurs délais un examen neuropsychologique et à requérir un rapport d'un neurologue concernant la cause d'un éventuel déficit cognitif actuel, ainsi que des déficits cognitifs constatés dans les rapports neuropsychologiques du 6 octobre et du 15 décembre 2011.
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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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