

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4058/2018

ATAS/357/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 avril 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Michel DUC

recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37,
WINTERTHUR

intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1968, travaille à plein temps en qualité de vendeuse polyvalente auprès de la B_____ depuis le 1^{er} mars 2013. Elle est assurée à ce titre par Swica assurances SA (ci-après l'assureur) contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. L'assurée a été victime de deux accidents. Le premier, le 26 juillet 2015, à scooter, et le second, le 9 août 2015, à vélo.
3. Son employeur a annoncé les deux cas à l'assureur. Celui-ci les a pris en charge. Par courrier du 20 janvier 2016, il a toutefois informé l'assurée qu'il entendait mettre fin à ses prestations avec effet immédiat.
4. Par décision du 23 septembre 2016, puis sur opposition le 6 mars 2017, l'assureur, se fondant sur les conclusions du rapport de la clinique Corela par lui mandatée, a confirmé son courrier du 20 janvier 2016.
5. Le 11 avril 2018, l'assurée, se référant à la dernière jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral concernant la clinique Corela, a demandé la révision des décisions qui lui avaient été notifiées et la reprise de l'instruction.
6. Elle s'est inquiétée le 28 juin 2018 de n'avoir pas reçu de réponse à sa demande.
7. Par courrier du 24 octobre 2018, l'assureur l'a informée qu'il refusait d'entrer en matière, au motif que les conditions pour une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA n'étaient pas remplies.
8. Par acte du 16 novembre 2018, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours pour déni de justice. Elle conclut, préalablement, à l'annulation des décisions des 23 septembre 2016 et 6 mars 2017 et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.
9. Dans sa réponse du 14 janvier 2019, l'assureur a relevé que l'assurée n'avait à aucun moment demandé la notification d'une décision formelle. Aussi considère-t-il que le recours est irrecevable, « vu l'absence de décision attaquable devant un tribunal des assurances ».

Il rappelle par ailleurs qu'il a rendu une décision le 23 septembre 2016, confirmée le 6 mars 2017 par une décision sur opposition entrée en force. Selon lui, l'affaire jugée par le Tribunal fédéral ne permet pas de démontrer que la clinique Corela établissait systématiquement des expertises en défaveur des assurés. Du reste, l'assurée n'a pas produit de nouvelle pièce médicale contestant le rapport de la clinique Corela. Il conclut dès lors au rejet du recours.

10. Dans sa réplique du 1^{er} février 2019, l'assurée a fait valoir que l'expertise réalisée par la clinique Corela le 13 janvier 2016 n'avait pas valeur probante et ne permettait pas à l'assureur de mettre fin à ses prestations dès le 20 janvier 2016.

Elle souligne que, contrairement à ce que soutient l'assureur, elle a bel et bien sollicité la notification d'une décision formelle, ce le 11 avril 2018. Elle considère que l'assureur était tenu en vertu de 49 al. 1 LPGA de rendre une décision par écrit

pour faire suite à sa demande de révision, sans qu'elle ait à exiger que cette décision indique les voies de droit.

S'agissant plus particulièrement de la demande en révision, elle se réfère au communiqué de presse publié par la Cour de Justice, aux termes duquel les assurés, dont le droit à des prestations a été nié sur la base d'une expertise effectuée à la clinique Corela, ont la possibilité de demander la révision de la décision les concernant.

Elle persiste dès lors dans ses conclusions.

11. Par décision du 7 mars 2019, l'assureur a confirmé son refus de procéder à une révision de sa décision du 23 septembre 2016. Il considère ainsi que le recours pour déni de justice est devenu sans objet.
12. Le 27 mars 2019, l'assurée a pris note de la nouvelle décision et également conclu à ce que la chambre de céans déclare son recours comme étant sans objet.

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. L'assurée 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). À 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'État d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.2 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003 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 loi fédérale sur l'assurance-accident 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.

Dans un arrêt 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, alors compétente, 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.

Le Tribunal cantonal des assurances sociales, compétent jusqu'en 2011, a en revanche considéré qu'un déni de justice était 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).

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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 134/02 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, l'assureur a, par décision sur opposition du 6 mars 2017, mis fin aux prestations de l'assurée dès le 20 janvier 2016. Cette décision est entrée en force.

Le 11 avril 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a demandé la révision de ladite décision sur opposition, rappelant que l'assureur s'était fondé sur une expertise Corela et faisant valoir la jurisprudence récemment rendue par le Tribunal fédéral concernant cette clinique.

Sans nouvelle de l'assureur, elle lui a adressé un rappel le 28 juin 2018.

Par courrier du 24 octobre 2018, l'assureur l'a informée qu'il refusait d'entrer en matière, ensuite de quoi l'assurée a déposé le présent recours pour déni de justice.

5. En l'occurrence, l'assureur a notifié à l'assurée une décision le 7 mars 2019, de sorte que le recours est devenu sans objet. Même lorsqu'il invoque un déni de justice formel, le recourant doit en effet être en mesure de faire valoir un intérêt actuel et pratique à l'admission de son recours (ATF 131 I 153 consid. 1.2 p. 157). Un intérêt purement théorique est insuffisant. Sous réserve d'exceptions, dès le moment où l'autorité qui y est tenue a statué, un tel recours devient irrecevable ou, s'il a déjà été formé, sans objet faute d'un intérêt juridique actuel (Yves DONZALLAZ, Loi sur le Tribunal fédéral, Berne, 2008, p. 1270 n° 3417 et les arrêts mentionnés sous notes 8369 et 8370).
6. Aux termes de l'art. 61 let. g de la LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal. Leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (ATFA du 1^{er} mars 1990 en la cause C.P.).
7. Le recourant a droit au remboursement des dépens en vertu de la législation fédérale, même lorsque la procédure est sans objet, pour autant que les chances de succès du procès le justifient (ATF 110 V 57, consid. 2a ; RCC 1989, p. 318, consid. 2b).

Force est en l'espèce de constater que l'assurée n'a pas expressément demandé la notification d'une décision formelle, ni dans sa demande du 11 avril 2018, comme elle le soutient, ni dans son rappel du 28 juin 2018, ni à réception du courrier du 24 octobre 2018. On ne saurait dès lors reprocher à l'assureur d'avoir violé dans le cas d'espèce le principe de la célérité. Le laps de temps qui s'est écoulé entre la demande du 11 avril 2018 et la réponse du 24 octobre 2018 n'apparaît quoi qu'il en soit pas excessif au point de constituer un déni de justice.

Les chances de succès du recours pour déni de justice apparaissent ainsi trop faibles pour justifier l'octroi de dépens à l'assurée.

La procédure est gratuite.

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

1. Prend acte de la décision rendue par l'assureur le 7 mars 2019.
2. Constate que le recours est devenu sans objet.
3. Raye la cause du rôle.
4. Rejette la demande de dépens formée par l'assurée.
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

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