

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/825/2016

ATAS/411/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 mai 2016

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS

recourant

contre

VAUDOISE ASSURANCES, sise place de Milan 120,
LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1955, a travaillé dès le 15 octobre 2007 comme grill-opérateur auprès de B_____ AG. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par la VAUDOISE ASSURANCES (ci-après : l'assureur).
2. Le 31 octobre 2008, il a été agressé par deux inconnus qui lui ont volé la recette de sa journée de travail et a souffert d'une dislocation de l'épaule droite entraînant une totale incapacité de travail.
3. L'accident a été annoncé à l'assureur le 19 novembre 2008 et celui-ci a pris en charge le cas.
4. Après réduction et immobilisation de l'épaule, l'assuré a repris le travail du 12 janvier au 3 avril 2009, date à partir de laquelle il a été en arrêt de travail total en raison de la persistance des douleurs. Il a présenté une déchirure partielle des tendons sus et sus épineux et une lésion osseuse Hill Sachs, avec une récurrence de déchirure, puis une tendinopathie. Il a subi deux interventions chirurgicales, en juillet 2009 et en mai 2010.
5. L'assuré a entre-temps été licencié avec effet au 14 novembre 2009.
6. Par décision du 22 juillet 2011, l'assureur a mis un terme à l'ensemble de ses prestations au 31 décembre 2010. Il a considéré, sur la base du rapport de son médecin-conseil du 20 juillet 2011, qu'il n'y avait plus de lien de causalité probable entre les troubles actuels et l'accident.
7. L'assuré a formé opposition le 13 septembre 2011, concluant au maintien de la prise en charge des frais médicaux au-delà du 31 décembre 2010, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) et d'une rente LAA.
8. Sans nouvelles de l'assureur, l'assuré a déposé un recours pour déni de justice auprès de la chambre de céans le 25 juin 2013.
9. Invité à se déterminer, l'assureur a indiqué qu'il avait rendu une décision sur opposition le 19 août 2013 et conclu à ce qu'il soit constaté que la procédure pour déni de justice n'avait plus d'objet.
10. Par arrêt du 10 septembre 2013, la chambre de céans a constaté que le recours était devenu sans objet, vu la décision sur opposition notifiée à l'assuré le 19 août 2013, considérant toutefois qu'en attendant vingt-et-un mois sans trancher le litige, l'assureur avait commis un déni de justice, de sorte que des dépens ont été accordés à l'assuré à hauteur de CHF 800.-.
11. L'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition le 19 septembre 2013.
12. Par arrêt du 25 février 2014, la chambre de céans a partiellement admis son recours et renvoyé la cause à l'assureur pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise. Elle a en effet considéré que ni les rapports du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ni celui du docteur D_____,

spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales, ne permettaient de trancher la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'état de santé de l'assuré au-delà du 31 décembre 2010.

13. L'assureur a confié au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le mandat d'examiner l'assuré.

Le rapport d'expertise a été établi le 26 mars 2015. Il n'a toutefois été transmis à l'assuré qu'après que celui-ci l'ait expressément requis, soit le 13 juillet 2015.

14. Par courriers des 29 juillet, 15 octobre, 13 novembre 2015 et du 18 janvier 2016, l'assuré a demandé à l'assureur de statuer sur son droit à une rente LAA et à une IPAI.
15. Sans nouvelles, l'assuré, représenté par Me Michael ANDERS, a déposé le 11 mars 2016 un recours pour déni de justice auprès de la chambre de céans.
16. Celle-ci a imparti un délai au 11 avril 2016 à l'assureur afin que celui-ci lui fasse parvenir sa détermination et son dossier.
17. Par courrier du 11 avril 2016, l'assureur a sollicité une prolongation de ce délai au lundi 9 mai 2016.
18. S'agissant d'un recours pour déni de justice, la chambre de céans a limité la prolongation au 29 avril 2016.
19. Le 17 mai 2016, constatant que l'assureur ne lui avait communiqué ni sa réponse, ni son dossier, la chambre de céans a gardé la cause à juger en l'état du dossier.

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 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. L'assuré a déposé un recours pour déni de justice à l'encontre de l'assureur le 11 mars 2016.
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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 et 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 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. Il s'avère en l'espèce qu'un rapport d'expertise a été établi le 26 mars 2015 ; qu'il n'a toutefois été transmis à l'assuré qu'après que celui-ci en ait expressément fait la demande, soit plus de trois mois après, que, nonobstant les nombreux rappels à lui adressés, l'assureur n'a à ce jour rendu aucune décision pour donner suite à l'arrêt de la chambre de céans du 25 février 2014 (ATAS/226/2014).

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.

Il y a du reste lieu de rappeler que l'assureur s'est déjà rendu coupable d'un déni de justice, constaté par la chambre de céans dans son arrêt du 10 septembre 2013 (ATAS/882/2013).

5. Le recours est en conséquence admis.

L'assureur est invité à faire diligence, et à rendre sa décision dans les plus brefs délais.

6. Conformément à l'art. 61 let. g LPGA, l'assuré, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence, et au vu de ce qui précède, à CHF 1'500.-.
7. En vertu de l'art. 89 H al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, la procédure est en principe gratuite pour les parties.

Un émolument peut toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté.

Selon l'art. 2 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, l'émolument d'arrêté n'excède pas CHF 10'000.-.

En l'espèce, la chambre de céans constate que l'assureur agit avec légèreté. En effet, non seulement il ne lui a pas communiqué sa détermination suite au dépôt du recours, il ne lui a pas non plus transmis le dossier dans le délai qui lui avait été imparti, ce qui constitue une violation de l'obligation de collaborer des parties (art. 61 LPGA).

Au vu de ces circonstances, l'assureur sera également condamné à un émolument de justice de CHF 1'500.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours pour déni de justice recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Condamne l'assureur à verser à l'assuré la somme de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Condamne l'assureur à un émolument de justice de CHF 1'500.-.
5. 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