

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 janvier 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Métral et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

L._____, à Lausanne, intimée.

Art. 29 al. 1 Cst ; art. 56 al. 2 LPG

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], employé auprès de Q._____ jusqu'au 31 août 2016, date de son licenciement, était assuré contre les accidents professionnels auprès de la L._____ (ci-après : la L._____ ou l'intimée)

Le 2 janvier 2016, alors qu'il effectuait une ronde sur son lieu de travail, il a trébuché sur une bouche d'égout ouverte et a chuté.

Dans un rapport du 25 janvier 2016, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et de déchirure de la corne antérieure du ménisque interne du genou droit. La L._____ a pris en charge le cas, allouant ses prestations notamment sous forme d'indemnités journalières jusqu'en janvier 2017.

B. Par décision du 29 juin 2017, sur avis de son médecin conseil, le DrP._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, la L._____ a mis un terme à ses prestations au 30 juin 2016, renonçant toutefois à réclamer restitution des prestations versées au-delà de cette date.

L'assuré, alors représenté par Me Marie Signori, s'est opposé à cette décision le 28 juillet 2017, concluant à la reprise du versement des prestations et à la mise en œuvre d'un examen médical sous forme d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) avec injection de gadolinium, comme l'avait suggéré dans un rapport du 24 février 2017 le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en médecine du sport. A l'appui de son opposition, l'assuré a également produit un rapport du 9 juin 2017 des Drs T._____ et Marc Suter, respectivement chef de clinique et médecin associé auprès du Centre d'antalgie du S._____ (ci-après : S._____).

Par courriel du 12 octobre 2017, Me Signori a informé la L._____ qu'une réorganisation au sein de l'étude avait conduit à la reprise du dossier par Me Jean-Michel Duc. L'intégralité du dossier a été envoyée le 16 octobre 2017 au nouveau mandataire, à sa demande.

Le 20 novembre 2017, la L._____ a réclamé à l'OAI son dossier.

Par courriel du 8 février 2018, se référant à un précédent entretien téléphonique au cours duquel la question était restée en suspens, la L._____ a demandé à Me Duc s'il entendait maintenir l'opposition formée par Me Signori. Le mandataire a alors annoncé à l'intimée la prochaine communication d'un nouveau rapport médical établissant l'existence de lésions traumatiques qui n'avaient pas été décelées jusque-là. Le rapport d'IRM en question, daté du 8 février 2018, a été adressé à l'intimée par courriel du 12 février 2018.

Le 28 septembre 2018, l'assuré a complété son opposition et produit quatre nouveaux rapports de ses médecins traitants, à savoir :

- un rapport du 4 juillet 2018 du Prof. M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur,
- deux rapports établis le 23 juillet 2018 par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au S._____,
- un rapport du Dr N._____ du 24 septembre 2018.

Par courrier du 9 novembre 2018, l'assuré a menacé la L._____ d'invoquer un déni de justice pour le cas où elle ne rendrait pas une décision sur opposition d'ici au 16 novembre 2018.

L._____ a répondu par courriel du 16 novembre 2018 ce qui suit :

«Lors de notre entretien téléphonique du 22 octobre 2018, nous vous avons informé que le dossier devait être soumis une nouvelle fois à notre médecin-conseil et que nous tâcherons de prioriser cette affaire. L'analyse de l'ensemble des pièces en notre possession a

malheureusement pris plus de temps que prévu vu la complexité de l'affaire et s'est achevée seulement hier. Le Dr P. _____ a toutefois émis le souhait de revoir les images, qu'il a emporté avec lui pour nouvel examen. De plus, il a été constaté que le Dr N. _____ a revu M. H. _____ courant octobre et a prié la soussignée de compléter le dossier en demandant le rapport de la consultation d'octobre 2018 au Dr N. _____ ainsi que les rapports du service d'antalgie. Vu l'urgence, cela sera fait par téléphone entre aujourd'hui et lundi.

Vu ce qui précède, nous vous saurions gré de bien vouloir nous octroyer un ultime délai au 30 novembre 2018. A cette date, rien de nous empêchera de vous faire part de notre prise de position finale ».

Le 16 novembre également, la L. _____ a réclamé au S. _____, pour les besoins de l'instruction et selon la demande de son médecin-conseil, l'ensemble des rapports du Centre d'antalgie, dont la dernière consultation avait eu lieu le 5 octobre 2018.

L'OAI a rendu le 5 décembre 2018 une décision de refus de rente d'invalidité qu'elle a transmise en copie pour information à L. _____.

C. Le 6 décembre 2018, H. _____ a déposé auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal un acte de recours pour déni de justice, accompagné d'une requête de mesures provisionnelles. A l'appui de son recours, l'intéressé évoque l'opposition déposée le 28 juillet 2017, dans laquelle il conteste disposer d'une pleine capacité de travail depuis le 1^{er} juillet 2016, comme en attestent les certificats médicaux établis par les Drs N. _____ et T. _____. Il indique avoir déjà demandé à la L. _____ de statuer, par courrier du 25 septembre 2017, puis lui avoir transmis le 28 septembre 2018 des documents médicaux confirmant le lien de causalité avec l'accident du 2 janvier 2016. Le recourant se réfère encore à un entretien téléphonique du 22 octobre 2018, rappelé dans un courrier du 9 novembre 2018, au cours duquel il avait été convenu que la L. _____ donnerait une réponse rapide quant à la prise en charge des indemnités journalières et des frais de traitement. Il évoque enfin une violation par la L. _____ de son devoir d'instruction, l'assureur n'ayant pas réagi suite aux rapports médicaux de ses médecins traitants allant à l'encontre des conclusions de son médecin conseil.

Le Dr P._____, dans un bref avis du 11 décembre 2018 à La L._____, a considéré qu'il n'était pas possible de voir sur l'IRM réalisée le 29 janvier 2018 une déchirure de la corne postérieure du ménisque externe, les images mettant selon lui en évidence une légère insertionite du tendon rotulien à son insertion sur le tibia, de même que des séquelles de la maladie d'Osgood-Schlatter. Il notait que la lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne était connue et asymptomatique depuis toujours.

Le 13 décembre 2018, l'intimée informait le recourant que suite à son entretien téléphonique, le S._____ l'avait informé de l'envoi des rapports médicaux par courrier postal du jour précédent.

Invitée le 12 décembre 2018 par la juge instructrice à se déterminer sur la requête de mesures provisionnelles, la L._____ a déposé une réponse le 19 décembre 2018 dans lequel elle a conclu au rejet de la requête de mesures provisionnelles et au rejet du recours au fond, tout en indiquant n'avoir toujours pas reçu les rapports médicaux du service d'antalgie du S._____ qu'elle attendait pour pouvoir se déterminer.

E n d r o i t :

1. a) Aux termes de l'article 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. Le recours doit être interjeté devant le tribunal qui serait compétent pour statuer sur un recours contre la décision attendue (ATF 130 V 90). Peut interjeter le recours celui qui disposerait d'un intérêt digne de protection à recourir contre cette décision (ATF 133 V 188 consid. 3.2, 4 et 5).

b) L'art 58 al.1 LPGA prévoit que le Tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours.

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Elle établit à son art. 93 let. a LPA-VD, la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

2. a) Le droit à ce que l'autorité statue dans un délai raisonnable est garanti par l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Pour apprécier le caractère raisonnable ou non de la durée de la procédure, il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances, en particulier de la complexité de la procédure, du temps nécessaire à son instruction, du comportement des parties et de l'urgence de l'affaire au vu des intérêts en jeu (ATF 131 V 407 consid. 1.1 ; ATF 130 I 312 consid. 5.2 et ATF 125 V 188 consid. 2a). Il appartient notamment à l'administré de faire ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, en l'interpellant à ce propos si nécessaire (ATF 130 I 312 consid. 5.2). La surcharge de travail de l'autorité ou le manque de moyens techniques sont en revanche dépourvus de pertinence. Des « temps morts » ne justifient pas d'emblée un constat de retard injustifié à statuer, mais seront intégrés dans une appréciation globale de la durée de la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et ATF 124 I 139 consid. 2c).

b) La procédure de recours pour déni de justice ou retard injustifié à statuer a pour objet de déterminer s'il y a ou non violation de l'obligation de statuer dans un délai raisonnable. Si le tribunal constate une telle violation, il doit renvoyer la cause à l'administration avec pour consigne d'entreprendre ou de poursuivre immédiatement l'instruction, ou encore de statuer sans délai. Le tribunal n'a en revanche pas à se saisir de l'objet de la demande présentée à l'administration ni d'autres conclusions matérielles du recourant (TF 9C_366/2016 du 11 août 2016 consid. 3 ; TF 8C_336/2012 du 13 août 2012 consid. 3 non publié de l'ATF 138 V 318).

3. Le recourant conclut, quant au fond, à ce que l'intimée soit condamnée à rendre une décision sur opposition dans les meilleurs délais. Il considère que la L._____ devait, compte tenu de la maxime inquisitoire et des rapports de ses médecins traitants contredisant l'avis du Dr P._____, entreprendre des démarches en vue de compléter l'instruction. Certes la décision du 29 juin 2017, à laquelle le recourant a fait opposition le 28 juillet 2017, a été rendue depuis plus d'une année, et il faut admettre avec l'intéressé que l'intimée est restée relativement passive dans les démarches d'instruction qu'elle a conduites. On relèvera cependant qu'elle a demandé le 20 novembre 2017 le dossier constitué par l'OAI, qui ne figure au demeurant pas à celui transmis au Tribunal, qu'elle a réclamé le 8 février 2018 au recourant des informations relatives à un examen rhumatologique du 31 octobre 2017 à la suite duquel les parties avaient convenu de se contacter à nouveau, qu'elle a réinterpellé son médecin conseil le 16 novembre 2018 et tenté d'obtenir auprès du S._____ en décembre 2018 des rapports médicaux réclamés par le Dr P._____, apparemment à ce stade sans succès. A cela s'ajoute que le recourant annonçait le 12 octobre 2017 à l'intimée un changement de mandataire, Me Jean- Michel Duc ayant repris le dossier. Ce dernier a transmis à l'intimée à réitérées reprises de nouveaux rapports médicaux dont un rapport d'IRM du 08 février 2018, établissant selon ses allégations de nouvelles lésions traumatiques qui n'avaient pas encore été décelées, puis lui a encore fait parvenir le 28 septembre 2018 un complément d'opposition, à l'appui duquel il a produit quatre nouveaux rapports médicaux et a allégué une problématique de responsabilité médicale.

Compte tenu de ces différents éléments, notamment du comportement du recourant qui a versé jusqu'en septembre 2018 de nouvelles pièces au dossier, notamment médicales, que l'intimée ne pouvait s'abstenir de soumettre à son médecin conseil ainsi que des difficultés à obtenir les derniers rapports réclamés par le Dr P._____ au service d'antalgie du S._____, auprès duquel l'assuré avait été suivi plusieurs mois en 2018, on ne saurait reprocher à l'intimée de n'avoir pas encore rendu sa décision. Les nouvelles pièces transmises par le recourant et ses allégations de lésions traumatiques non encore décelées sont

autant d'éléments nouvellement évoqués que l'intimée se doit d'examiner dans le cadre de l'instruction de la cause. La partie du corps atteinte, soit une articulation, à savoir le genou, la nature et l'origine des douleurs, la problématique de la causalité des lésions avec l'accident de janvier 2016, le nombre d'accidents dont a été victime le recourant auparavant en font un cas dont la complexité permet d'admettre qu'une décision n'ait pas encore été rendue au vu des éléments apportés par le recourant depuis le dépôt de son opposition en juillet 2017. On ne saurait par conséquent reprocher à ce stade à l'intimée d'avoir tardé à statuer de manière déraisonnable. Cela étant, au vu de l'enjeu financier notamment que représente pour le recourant l'issue de la procédure, l'intimée devra néanmoins mettre tout en œuvre pour rendre une décision dans de brefs délais ou, si elle devait considérer que les éléments au dossier ne lui permettent pas de trancher le litige, compléter l'instruction en ordonnant rapidement par exemple une expertise auprès d'un médecin indépendant.

4. Enfin s'agissant de la requête du recourant à ce que soit repris le versement des indemnités journalières postérieurement au 31 janvier 2017, il convient de rappeler qu'elle se rapporte à une décision négative au fond, par laquelle l'administration a mis fin à ses prestations (TF 8C_339/2009 du 9 juillet 2009 consid. 2.2). Une telle requête provisionnelle dans le cadre d'une décision négative ne peut être comprise que de manière temporaire pour la durée de la procédure en cours (Jean Métral, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 66 ad art. 56).

En l'occurrence, la Cour de céans statuant au fond, cette requête devient sans objet, de sorte que son examen s'avère superflu.

5. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté au fond et la requête de mesures provisionnelles déclarée sans objet.

b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** La requête de mesures provisionnelles du 6 décembre 2018 est sans objet.

- II.** Le recours pour déni de justice déposé le 6 décembre 2018 par H. _____ est rejeté.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- L. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :