

GE_GERICHTE ATAS/155/2016 vom 29. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_155_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/155/2016 du 29 février 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/155/2016 del 29 febbraio 2016

Erwägungen

E. 4

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 (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).

A/3656/2015 - 34/38 - 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 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).

E. 5

En l'espèce, la recourante situe le déni de justice en faisant systématiquement référence à la durée de la procédure depuis le dépôt de la demande de prestations, en insistant sur le fait

que l'office n'aurait jamais statué sur l'ensemble des droits de l'assurée. La chambre de céans constate que si la demande de prestations initiale remonte au début de l'année 2000, il ressort des faits retenus ci-dessus que ce dossier est d'une complexité indéniable, qui a donné lieu, à travers les années, à de nombreuses mesures d'instruction sur le plan médical notamment. En considérant la chronologie des faits retenus ci-dessus, force est de constater que la procédure a, globalement, suivi un cours régulier. Sans qu'il soit nécessaire de reprendre par le menu chaque étape chronologiquement – ce qui ressort de soi des faits retenus –, il y a lieu d'observer que l'instruction du cas a nécessité plusieurs expertises notamment bi-disciplinaires indépendantes. La première, confiée au COMAI de la polyclinique médicale universitaire de Lausanne le 27 septembre 2000. Les experts ayant examiné l'intéressée les 6 et 7 novembre 2001 ainsi que 10 décembre 2001, cette expertise a pris à elle seule pas loin d'un an et demi, le rapport d'expertise pluridisciplinaire ayant été déposé le 31 janvier 2002. A peine l'expertise rendue le médecin traitant a annoncé une aggravation de l'état de santé de sa patiente ; parallèlement, une évaluation en vue d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle était engagée, au vu des conclusions des premiers experts, tandis qu'une enquête ménagère était ordonnée, vu l'évolution de la situation de l'assurée qui avait entre-temps donné naissance à des jumeaux. Des projets de décisions de rentes sont intervenus entre temps, qui ont fait l'objet d'objections de la part de l'assurée et qui, sur fond d'aggravation de l'état de santé – parfois annoncées à l'OAI avec un certain retard –, ont entraîné la reprise des investigations médicales. En 2011, une décision a été portée devant la chambre de céans, puis annulée par l'OAI pour complément d'instruction avec l'octroi d'une mesure professionnelle, au printemps 2012. S'en sont suivi des rebondissements dans l'évolution de l'état de santé de l'assurée qui nécessitèrent encore de nouvelles investigations médicales et expertises. Les renseignements médicaux n'ont pas toujours été fournis avec promptitude par les médecins traitants sollicités ; parfois tel fut également le cas des délais dans lesquels la recourante a donné suite aux demandes de renseignements qui lui étaient faites. L'évolution de l'état de santé de l'assurée a déterminé des périodes différenciées au niveau de l'incapacité de travail ; son statut a lui aussi entraîné la détermination de périodes distinctes. Les expertises successives étaient toutes justifiées. Au final en reprenant les différentes étapes de la procédure, telles qu'énumérées dans les faits ci-dessus, on ne saurait considérer

A/3656/2015 - 35/38 - qu'hormis certains temps morts inévitables, la procédure n'ait pas été conduite avec régularité. La recourante se plaint en définitive que sept mois après que l'OAI lui eût annoncé – le 17 février 2015 - la transmission, le jour-même, du dossier à la caisse de compensation pour la détermination des calculs et la notification de la décision sur la base de la motivation transmise, aucune décision n'ait été rendue au moment où elle a saisi la chambre de céans. On observera à cet égard que depuis le projet de décision du 5 décembre 2014, il s'est déjà écoulé un délai de près de deux mois (compte tenu de la suspension des délais de procédure en fin d'année) avant que l'OAI ne soit saisi des objections et contestations longuement motivées de l'assurée (26 janvier 2015). Le délai dans lequel celles-ci ont été examinées et ont donné lieu à la rédaction de la motivation finale de la décision à rendre apparaît raisonnable : l'office a en effet transmis cette motivation à Hotela le 17 février 2015, et en a informé l'assurée le jour-même en l'invitant au besoin à se renseigner sur l'évolution du dossier désormais directement auprès de la caisse de compensation. L'OAI a encore adressé spontanément un rappel à Hotela en mai 2015, ne voyant pas venir la décision. On ne saurait ainsi reprocher à l'intimé un déni de justice qui, s'il devait être avéré ne lui serait pas directement imputable. S'agissant de la

caisse de compensation chargée de calculer les différentes rentes, de procéder aux imputations et compensations éventuelles, et rendre les décisions en cause, la chambre de céans constate certes que les décisions – qui ont finalement été rendues en date du 22 décembre 2015 - l'ont été après un assez long délai. Toutefois au vu de la complexité du dossier et la nécessité pour la caisse de reprendre l'ensemble du cas depuis 1999, en fonction des diverses périodes concernées n'ayant pas les mêmes caractéristiques, ni par rapport au statut de l'assurée, ni par rapport aux bases de calcul, sans compter les modifications légales survenues entre temps, on ne saurait considérer dans le cas d'espèce que les délais dans lesquels les décisions utiles ont été rendues constitueraient un déni de justice.

E. 6

Ainsi, la recourante doit être déboutée de ses conclusions en constatation d'un déni de justice.

E. 7

Au demeurant, les décisions concernées ont non seulement été rendues dans l'intervalle, mais la chambre de céans a depuis lors été saisie de recours contre chacune d'entre elles. L'instruction de ces recours est déjà en cours, l'intimé ayant été invité à se déterminer, d'ici au 29 février 2016.

E. 8

Pour ce qui est des conclusions de la recourante sur le fond, la chambre de céans constate que dans son recours, la recourante conclut principalement, sur le fond de ses prétentions, à l'octroi de prestations d'invalidité, ayant conclu « à la forme » à ce que la chambre de céans constate la réalisation du cas du déni de justice. Elle n'explique pas en quoi, en l'absence de décision sujette à recours, elle serait fondée à prendre des conclusions sur le fond. Ce n'est que dans le cadre de sa réplique qu'admettant le principe selon lequel la juridiction saisie d'un recours pour déni de

A/3656/2015 - 36/38 - justice ne peut pas statuer elle-même directement sur le fond à la place de l'autorité demeurée passive, elle fait valoir que cette règle connaîtrait des exceptions en droit genevois qui admettrait, pour des raisons d'économie de procédure notamment, que l'autorité de recours puisse entrer en matière sur le fond. Selon elle, cette situation exceptionnelle serait réalisée en l'espèce, au motif que le dossier ayant été entièrement instruit sur le plan médical il serait manifestement prêt à être jugé sur le fond, d'une part, et d'autre part en raison du fait que l'intimé aurait « d'ores et déjà fait la démonstration qu'il était peu réceptif aux injonctions l'invitant à statuer » ; elle suggère encore, dès lors que l'OAI aurait décidé de maintenir les conclusions auxquelles il parvenait dans son projet de décision du 5 décembre 2014, que le recours du 16 octobre 2015 pourrait être considéré comme un recours contre cette décision-là. La jurisprudence qu'elle invoque pour soutenir l'existence d'un cas d'exception qui justifierait que la juridiction saisie entre en matière sur le fond (arrêt du Tribunal fédéral 8C_220/2011 du 2 mars 2012) ne lui est toutefois d'aucun secours. Elle a été rendue dans un domaine totalement différent (il s'agissait en l'occurrence de la prétention d'un fonctionnaire à une promotion), et surtout dans un contexte permettant réellement de considérer une situation exceptionnelle, par économie de procédure : en effet dans le cadre de la procédure pour déni de justice, l'autorité mise en cause avait fait valoir que si la juridiction saisie décidait d'entrer en matière sur le fond, le courrier refusant de rendre une décision devrait être considéré comme

une décision négative au sens de l'art. 4 al. 1 LPA. Le cas d'espèce est sans analogie avec le précédent. Du reste, en considérant que le seul fait que le dossier ait, selon elle, été intégralement instruit sur le plan médical suffirait à considérer que le dossier est en état d'être jugé est non seulement erroné, mais reviendrait tout simplement à ce que, sans motifs exceptionnels, la juridiction de céans statue à la place de l'autorité prétendument demeurée passive. Il résulte de ce qui précède que les conclusions prises par la recourante au fond sont irrecevables. A supposer même que l'on ait pu admettre la réalisation d'une telle exception que la question ne serait plus d'actualité, la/les décision(s) attendue(s) ayant été rendue(s) entretemps.

E. 9

La question se pose, dans le cas d'espèce, de savoir si la procédure est gratuite, conformément à l'article 61 lettre a LPGA, ou si l'on se trouve dans le cadre d'un litige portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances, au sens de l'article 69 al. 1bis LAI, au vu des conclusions (principales) prises sur le fond par la recourante. Appelée à statuer sur un recours pour déni de justice la recourante reprochant à l'OAI de ne rien avoir entrepris pendant plus de dix mois depuis la communication de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire attribuée conformément à l'article 72 bis RAI, (ATAS/237/2014), la chambre de céans avait constaté que l'introduction du mandat dans le système SuisseMED@P avait été effectué moins de dix jours après la communication à la recourante. Or ce n'était qu'en date du

A/3656/2015 - 37/38 - 7 janvier 2014 (pratiquement onze mois plus tard) que le SMR avait été informé que le mandat avait été attribué à la clinique C. Si la cour de céans avait relevé qu'un délai de près d'une année pour l'attribution d'un mandat par le biais de la plate-forme Internet susmentionnée apparaissait excessif, vu le mode de désignation aléatoire, il n'était en l'occurrence pas imputable à l'intimé, et avait en conséquence rejeté le recours. Elle avait considéré que le présent litige ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations, la procédure était gratuite. Force est toutefois de constater dans le cas d'espèce qu'en concluant « à la forme » à la constatation d'un déni de justice, mais en prenant des conclusions principales relatives à son droit à des prestations AI, la recourante souhaitait obtenir de la chambre de céans une décision sur l'octroi de prestations, de sorte qu'en l'occurrence la procédure n'est pas gratuite.

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté. La procédure n'étant plus gratuite depuis le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-

A/3656/2015 - 38/38 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours pour déni de justice recevable. 2. Déclare irrecevables les conclusions portant sur le fond du litige. Au fond : 3. Rejette le recours. 4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante. 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

Florence SCHMUTZ

Le président

Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties
ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.