

GE_GERICHTE ATAS/446/2016 vom 6. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_446_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/446/2016 du 6 juin 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/446/2016 del 6 giugno 2016

Erwägungen

E. 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 1er 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.

E. 2

L'assuré a déposé un recours pour déni de justice à l'encontre de l'assureur accidents. Le litige porte donc sur la question de savoir si dans le cas d'espèce un déni de justice est avéré.

E. 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 (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). 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.

A/979/2016 - 8/13 - 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 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 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 avait 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 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. 4

Le recourant a pris des conclusions quant au fond : en l'espèce qu'il soit ordonné à Axa Winterthur « de se conformer aux dispositions légales régissant son activité (conditions pour retirer l'effet suspensif, condition pour réduire des prestations, obligation de produire une décision en cas de réduction des prestations) et ordonné à Axa Winterthur de révoquer sa décision informelle/illicite du 20 janvier 2016 (en application de l'art. 25a al. 1 let. a LPA) ». Au vu de ce qui précède, ces conclusions sont irrecevables, car elles reviennent à demander à la juridiction saisie de se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond.

E. 5

a. En l'espèce, la chambre de céans constate tout d'abord que l'assuré, après avoir formé opposition, le 5 octobre 2015, contre la décision du 4 septembre 2015, a adressé à tout le moins trois courriers à l'assureur, respectivement les 11, 17 et 19 novembre 2015, pour solliciter la restitution de l'effet suspensif retiré par la décision du 4 septembre. S'il lui était en effet loisible, en cours de procédure d'opposition, de former une telle requête, il n'en demeure pas moins qu'un rythme de trois courriers en moins de dix jours, sur le même sujet, le troisième, pour se plaindre de ne pas encore avoir reçu de réponse à son courrier de deux jours avant, paraît pour le moins excessif. En l'occurrence, la décision sur opposition, du

E. 8

décembre 2015, donnant d'ailleurs partiellement gain de cause à l'assuré, répondait sur la question de la restitution de l'effet suspensif, en maintenant cette mesure de suspension des prestations, la cause étant pour le surplus renvoyée au

A/979/2016 - 9/13 - service des sinistres pour reprise de l'instruction de la cause. Cette décision n'a pas été attaquée par l'assuré. Elle est donc entrée en force à l'échéance du délai de recours, prolongé en l'espèce par la suspension légale du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 39 LPGA). b. Force est toutefois de constater que le service des sinistres de l'assureur, à qui le dossier avait été retourné, n'a pas attendu l'entrée en force de la décision sur opposition pour réagir et commencer à entreprendre les mesures d'instruction complémentaire qu'il était invité à accomplir par la décision du 8 décembre 2015. En effet, il a rapidement soumis l'avis du médecin traitant aux médecins de la CRR, pour qu'ils se déterminent, ce que ces derniers ont fait dans un rapport du 18 janvier 2016, que l'assureur a transmis au médecin traitant de l'assuré par courrier du 20 janvier 2016. Dans le courrier du même jour adressé à l'assuré, l'intimée a indiqué à ce dernier qu'au vu du dossier, et notamment du dernier rapport des médecins de la clinique de réadaptation, elle devait mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont les modalités lui seraient communiquées ultérieurement. c. De surcroît, et alors même que la décision du 8 décembre 2015 confirmait la suspension des prestations de l'assureur, ce dernier indique, dans ce même courrier du 20 janvier 2016 à l'assuré, que dans l'entre-temps, en attendant les conclusions de l'expertise susmentionnée, il limiterait ses prestations en espèces à des acomptes mensuels de CHF 1'320.-. Et il continuerait à prendre en charge les frais de traitement lié aux séquelles du traumatisme crânien. Le courrier du 20 janvier 2016 de l'assureur ne mentionnait certes pas de voie de droit, en l'occurrence celle de l'opposition, et la question se pose dès lors de savoir si néanmoins il s'agissait d'une décision, au sens matériel du terme. En effet, en tant que l'assureur indiquait à l'assuré qu'il limiterait ses prestations en espèces à des acomptes mensuels de CHF 1'320.-, et continuerait à prendre en charge les frais de traitement liés aux séquelles du traumatisme crânien, il se prononçait sur les prestations provisoires qu'il allait servir, jusqu'au résultat de l'expertise pluridisciplinaire qu'il mettait en place. Certes, au vu de la saisie en cours par décision de l'office des poursuites, l'assuré n'aurait de toute manière pas pu espérer obtenir plus, en espèces, dans l'immédiat, du moment que tout montant d'indemnités journalières que l'assureur aurait pu verser provisoirement en plus des CHF 1'320.- par mois, aurait dû être versé à l'office des poursuites, ce qui n'aurait d'évidence pas amélioré le quotidien de l'assuré, mais réduit le montant de ses dettes en poursuites. Quoi qu'il en soit, la question peut rester ici ouverte, vu l'objet limité du litige soumis à la chambre de céans, d'autant qu'en définitive l'assuré a considéré ce courrier comme une décision, dont il a avec insistance sollicité l'annulation, aboutissant, ne l'ayant obtenue, à saisir la chambre de céans d'une demande en constatation de déni de justice. d. Il résulte des pièces du dossier et des explications de l'assuré que ce dernier, suite à la " décision " du 20 janvier 2016, a adressé à l'assureur deux courriers successifs à deux jours d'intervalle, soit les 7 et 9 février 2016 par lesquels il demandait

A/979/2016 - 10/13 - l'annulation du « scandaleux courrier du 20 janvier 2016 » de l'assureur, l'invitant à fournir « sans délai » toutes les prestations légales qui lui étaient dues, impartissant dans le second courrier un délai de huit jours à l'assureur pour accuser réception du courrier du 7 février 2016 et prendre position sur celui-ci, autrement dit pour annuler sa décision du 20 janvier 2016; en adressant de surcroît à l'assureur un troisième courrier, le 15 février 2016, soit avant même l'échéance qu'il avait lui-même fixée dans sa mise en demeure du 9 février; puis trois jours plus tard (le 18 février 2016), un quatrième, suivi d'un cinquième le 19 février 2016, répondant à celui du 18 de l'assureur (qui répondait à ses courriers précédents), l'assuré prétextant justement le croisement des deux courriers du 18 pour réitérer sa demande de prise de position sans délai. Il estimait que la réponse de

l'assureur n'apportait pas de « corrections suffisantes à la grossière illicéité de la décision datée du 21 (recte: 20) janvier 2016 ». On ne saurait considérer comme raisonnable une telle façon d'agir. Depuis qu'il a contesté la "décision" de l'assureur du 20 janvier 2016, par courrier du 7 février 2016, il a envoyé à l'assureur pas moins de cinq courriers en douze jours (celui du 7 inclus). Dans l'absolu et dans le contexte du courrier incriminé (dont le qualificatif de " scandaleux ", utilisé par le recourant est au demeurant totalement inapproprié), le comportement de l'assuré apparaît plus quérulent que légitime. Enfin, l'assuré a encore écrit à l'assureur le 21 mars 2016, s'en prenant cette fois-ci aux indemnités journalières saisies par l'office des poursuites, et reprochant à l'assureur de ne pas avoir procédé au versement en mains de l'office, pour les mois de septembre à décembre 2015. L'assureur lui a répondu de façon circonstanciée le 23 mars 2016. L'assureur observait aussi qu'il n'avait toujours pas confirmé sa participation à l'expertise, et pas davantage communiqué les renseignements complémentaires demandés dans des courriers précédents. Il sied d'observer à cet égard que les prétentions de l'assureur étaient bien légitimes, et nécessaires pour faire progresser l'instruction du dossier. La participation de l'assuré à l'expertise n'est évidemment que justifiée, et les renseignements relatifs à un précédent accident de 2001, dans le contexte compliqué de ce dossier, apparaît tout aussi indispensable, afin que les experts puissent consulter le dossier de cet accident antérieur, pour apprécier la situation de l'assuré et les causes de son état de santé actuel en pleine connaissance de cause. Ceci découle d'ailleurs de son obligation de renseigner et de collaborer. e. Finalement et à l'appui de sa réponse, l'intimée se référant à l'une des conclusions du recourant, réclamant une décision formelle concernant la réduction de ses prestations à donner suite à ses prétentions, elle lui a notifié une telle décision formelle. Celle-ci ne mentionne pas expressément qu'il s'agit d'une décision « sur opposition », mais indique la voie de recours au Tribunal des assurances du canton où l'intéressé a son domicile, dans un délai de 30 jours. Au vu de ce qui a été dit précédemment par rapport au courrier du 20 janvier 2016, soit que la question de savoir s'il s'agissait d'une décision au sens matériel du terme, pouvant rester

A/979/2016 - 11/13 - ouverte, celle de savoir si la décision de l'intimée du 4 mai 2016 doit être considérée comme une décision « sur opposition » ou non peut également rester ouverte dans le contexte où la chambre de céans est saisie. f. Dûment invité à se déterminer sur la question de savoir si la décision du 4 mai 2016 correspondait à ses attentes, le recourant répond implicitement par l'affirmative à cette question, considérant qu'elle constitue une « capitulation (partielle) de l'intimée ». Relevant toutefois que cette décision serait « manifestation tardive », évaluant le retard injustifié à hauteur de cinq mois, et qu'elle n'a été rendue qu'en raison du fait qu'il a saisi la juridiction de céans, il persiste dans ses conclusions en constatation du déni de justice. Au vu de ce qui précède, on ne saurait suivre le recourant, lorsqu'il prétend que l'intimée aurait rendu sa décision « scandaleusement tard », soit avec un retard injustifié de cinq mois : il n'a en réalité contesté la « décision » du 20 janvier 2016, que le 7 février 2016, en demandant l'annulation, sans délai, respectivement au 17 février 2016 au plus tard, soit dix jours après, ce qui n'est évidemment pas un délai raisonnable au sens de la jurisprudence. Or, il a saisi la juridiction de céans le 29 mars 2016, soit moins de deux mois après avoir sollicité l'annulation de la décision querellée. L'intimée s'est déterminée et a rendu sa décision du 4 mai 2016, en fonction des délais fixés par la chambre de céans pour la production de sa réponse au recours, de sorte que l'on ne saurait prendre en compte, comme le souhaite le recourant, l'écoulement du délai dans lequel la chambre de céans a été saisie et le moment où l'intimée

a rendu la décision objet du litige. Le ferait-on que l'on n'en serait qu'à moins de trois mois (7 février - 4 mai) ! Dans ces circonstances, au vu des pièces du dossier et de l'échange épistolaire intervenu entre les parties depuis la contestation par l'assuré de la « décision » du 20 janvier 2016, la Cour de céans considère que l'on ne peut faire grief à l'intimée d'avoir commis un déni de justice. Mal fondé le recours sera rejeté. 6. A teneur de l'art. 89H LPA, la procédure est gratuite. Toutefois, les débours et un émolument peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. Dans le cas d'espèce, quand bien même l'attitude du recourant et la procédure qu'il a engagée en vue de faire constater un prétendu déni de justice étaient largement injustifiées, la chambre de céans renoncera à mettre un émolument à charge du recourant. Elle attire toutefois son attention sur le fait qu'il serait bien inspiré, à l'avenir, de répondre promptement aux demandes légitimes de l'assureur, dans le cadre de son devoir de collaborer, - ce qui ne peut d'ailleurs que contribuer dans une large mesure à faciliter l'instruction complémentaire de sa situation sur le plan médical, et par conséquent à réduire la durée de la procédure, dans son propre intérêt -, plutôt que d'inonder l'assureur de nombreux courriers, en lui fixant des délais manifestement déraisonnables pour qu'il soit répondu à ses courriers, et à ses

A/979/2016 - 12/13 - attentes, sous la menace d'une procédure en déni de justice. Une prochaine fois, la chambre de céans pourrait envisager les choses sous un autre angle en ce qui concerne la fixation d'un émolument à sa charge.

A/979/2016 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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