

GE_GERICHTE A/1545/2016 vom 28. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1545_2016

FR: GE_GERICHTE A/1545/2016 du 28 juin 2016

IT: GE_GERICHTE A/1545/2016 del 28 giugno 2016

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS demanderesse contre ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, Service juridique et sinistres complexes Accidents Genève, ZÜRICH défenderesse EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1953, travaillait comme veilleuse de nuit à B_____ et était à ce titre assurée auprès d'ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA (ci-après l'assureur) contre les accidents professionnels et non professionnels.![endif]>![if> 2. Elle a été victime d'un accident de la circulation le 30 octobre 2011. Elle a alors présenté une fracture du plateau tibial gauche compliquée d'un syndrome des loges et, sur le plan neurologique, une atteinte complète du nerf saphène interne.![endif]>![if> 3. Le docteur C_____, médecin chirurgien orthopédique, a établi un rapport d'expertise, sur demande de l'assureur, le 7 janvier 2015.![endif]>![if> 4. Par courrier du 29 juillet 2015, l'assurée, représentée par Me Michael ANDERS, a rappelé à l'assureur qu'elle était sans nouvelles de sa part depuis la date à laquelle il lui avait communiqué le rapport d'expertise, soit le 13 janvier 2015. Elle lui a adressé un rappel le 30 novembre 2015.![endif]>![if> 5. Il résulte du chargé de pièces de l'assureur que celui-ci a pris contact avec l'office de l'assurance-invalidité (OAI) par téléphone les 19 mars, 20 juillet, 13 et 19 octobre 2015, afin de savoir où en était l'instruction.![endif]>![if> 6. Par courriel du 10 décembre 2015, l'assureur a admis le retard pris à traiter le dossier, précisant que « la trame de la décision a été rédigée fin mars 2015 », et qu'il ne lui manquait qu'une réponse. Il a ainsi annoncé la notification d'une décision pour le courant du mois de janvier 2016.![endif]>![if> Le 8 février 2016, une note d'entretien téléphonique avec le mandataire de l'assurée fait état d'un « DDE » qui sera rendu le 11 mars 2016. 7. L'assurée a entretemps été victime d'un nouvel accident le 29 janvier 2016, soit une chute dans les escaliers à son domicile, à la suite duquel elle s'est fracturé le poignet gauche.![endif]>![if> 8. Sans nouvelle, par courrier du 22 avril 2016, l'assurée a menacé l'assureur de déposer un recours pour déni de justice.![endif]>![if> 9. Le 28 avril 2016, l'assureur a expliqué que son retard était dû à la réception d'informations incomplètes de la part de l'employeur concernant le salaire et de l'apparition de nouveaux médecins au dossier. Relevant par ailleurs qu'il n'avait pas été informé de l'accident du 29 janvier 2016, il a indiqué à l'assurée qu'il devait instruire ce côté médical supplémentaire, ce pourquoi il avait demandé le dossier à l'assureur LAA actuel de l'employeur, soit HELSANA ASSURANCE.![endif]>![if> 10. Le 13 mai 2016, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours pour déni de justice. Elle relève que l'assureur n'a donné aucune suite à ce jour au rapport d'expertise pourtant rendu le 7 janvier 2015 déjà, alors que ce rapport contient tous les éléments dont il a besoin pour se déterminer sur les prestations dues.![endif]>![if> L'assurée précise par ailleurs que depuis le 1^{er} janvier 2015, le contrat

d'assurance-accidents obligatoire LAA conclu par son employeur a été résilié et remplacé par un nouveau contrat conclu auprès d'HELSANA ASSURANCES, laquelle a pris en charge les conséquences du nouvel accident du 29 janvier 2016. 11. Le 27 mai 2016, l'assurée a transmis à la chambre de céans copie d'une lettre que son employeur lui a adressée le 24 mai 2016, portant sur son salaire 2016, et ne comprend de ce fait pas pourquoi l'assureur a prétendu devoir attendre ces informations d'actualisation des données pour rendre sa décision. 12. Invité à se déterminer, l'assureur affirme qu'il a procédé à l'instruction nécessaire et souligne qu'il a été particulièrement difficile d'obtenir de l'employeur les renseignements permettant d'évaluer le degré d'invalidité, plus particulièrement le salaire de valide. Il en veut pour preuve que son gestionnaire a notamment pris contact avec l'employeur le 10 mars 2016 et lui a adressé un rappel cinq jours plus tard. Le dossier relatif au nouvel accident, constitué par le nouvel assureur, ne lui a été communiqué que le 9 mai 2016. Il lui était indispensable de procéder à l'instruction de cette question avant de rendre une décision quant à l'éventuel droit à une rente d'invalidité vu l'art. 100 al. 2 OLAA. L'assureur conclut dès lors au rejet du recours. 13. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger. 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). 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 un 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 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, le rapport d'expertise, requis par l'assureur, a été établi le 7 janvier 2015 par le Dr C_____. Le 29 juillet 2015, l'assurée s'est inquiétée auprès de l'assureur de ne pas avoir encore reçu de décision LAA. L'assureur a admis, par courriel du 10 décembre 2015, avoir eu quelques retards dans la gestion du dossier, mais annoncé qu'une décision serait rendue, en janvier 2016 d'abord, en mars 2016 ensuite. Il n'a à ce jour notifié aucune décision à l'assurée. Il a finalement expliqué qu'il avait rencontré quelques difficultés à obtenir des informations actualisées de la part de l'employeur sur le salaire qu'aurait réalisé l'assurée si elle avait une pleine capacité de travail. La chambre de céans constate en effet que l'assureur a échangé courriels et entretiens téléphoniques en mars, mai et juin 2016, avec l'employeur à propos du salaire. Aucune démarche auprès de l'employeur n'a toutefois été entreprise avant mars 2016, de sorte qu'il s'est écoulé environ cinq mois depuis le dernier entretien téléphonique avec l'OAI intervenu le 19 octobre 2015 sans que l'assureur ne se préoccupe de compléter le dossier. L'assureur invoque également le fait qu'il a dû instruire la question de sa compétence au sens de l'art. 100 OLAA lorsqu'il a appris la survenance du second accident dont a été victime l'assurée le 29 janvier 2016. Il a immédiatement pris contact avec HELSANA ASSURANCE et s'est vu transmettre le dossier le 9 mai 2016 seulement. Il est vrai que l'assureur n'a été informé que le 10 mars 2016 par l'employeur qu'il y avait eu un nouvel accident. Il y a toutefois lieu de rappeler que l'assureur avait annoncé le 10 décembre 2015, après avoir reçu deux courriers de rappel de l'assurée, qu'une décision serait rendue dans le courant janvier 2016. Peu importe dès lors l'instruction menée auprès d'HELSANA ASSURANCE, le retard reproché à l'assureur portant sur la période antérieure à mars 2016. Force est de constater, à la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral, que le manque de célérité dont l'assureur a fait preuve reste injustifié. Aussi ne peut-on que conclure que l'assureur n'a en l'état notifié ni décision à laquelle l'assurée pourrait s'opposer, ni décision sur opposition contre laquelle elle pourrait recourir, de sorte qu'il a commis un déni de justice. Le recours est en conséquence admis. Aussi la chambre de céans invite-t-elle l'assureur à faire diligence et à statuer dans les plus brefs délais. 5. L'assuré, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :