

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1988, ressortissant canadien, a été engagé en qualité de hockeyeur au B_____ (ci-après : l'employeur), en 2016, pour la saison 2016/2017. Il était assuré à ce titre, en matière d'assurance-accidents obligatoire et complémentaire auprès de HDI Global SE (ci-après : HDI, l'assureur-accidents ou l'assureur ou l'intimé). Pendant cette première saison, il avait notamment été blessé, le 4 janvier 2017, se tordant le poignet lors d'une chute pendant un match, provoquant une large déchirure du ligament triangulaire [TFCC], avec un net épanchement intra-articulaire sans atteinte osseuse. Son engagement auprès du même employeur a été reconduit, pour la saison 2017/2018. Pendant cette deuxième saison, il été victime d'un nouvel accident, le 1^{er} février 2018 : selon les déclarations d'accident (accident-bagatelle LAA du 12 février 2018, et accident LAA, du 16 avril 2018) il s'est à nouveau tordu le poignet droit lors d'une chute durant un match de hockey, occasionnant une entorse du poignet droit avec déchirure (lésion du ligament triangulaire [TFCC]).
2. Des suites de cet accident, il a notamment été opéré dudit poignet, le 21 mars 2018 à la Clinique La Colline, pour la reconstruction du TFCC, par son chirurgien-traitant, le docteur C_____, FMH en chirurgie de la main.
3. En date du 28 mars 2018, le Dr C_____ lui a délivré un arrêt de travail à 100 % du 21 mars au 22 avril 2018, avec autorisation de voyager, précisant que l'arrêt de travail / sport de compétition était estimé à une durée de six mois. Le même jour, il a établi une dispense de sport, valable du 21 mars au 21 septembre 2018.
4. L'employeur n'a pas renouvelé le contrat au 31 mars 2018. L'assuré étant entre-temps rentré au Canada, et dès lors suivi, dans ce pays, par le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique de la main et du poignet, se trouvait toujours dans l'incapacité de reprendre l'entraînement, et a fortiori les matchs de hockey sur glace, selon attestation de ce médecin du 12 juin 2018.
5. Par courrier du 6 avril 2018 HDI a soumis le cas à son médecin-conseil, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce médecin était notamment invité à se prononcer sur la question de savoir si, au vu des documents médicaux à disposition, l'opération du 21 mars 2018 était dans une relation de causalité pour le moins probable avec l'un des événements (4 janvier 2017 et/ou 1^{er} février 2010), si l'événement concerné constituait une aggravation passagère, à quelle date devait-on s'attendre à un retour à l'état préexistant (*statu quo ante/sine*), quelle incapacité de travail devait-elle être prévue dans une activité de hockeyeur, le cas échéant dans une activité exigible pour une personne disponible sur le marché de l'emploi.
6. Par courrier du 17 avril 2018 HDI a adressé copie du rapport d'appréciation de son médecin-conseil à l'assuré, précisant qu'une copie de ce rapport était également adressée à son chirurgien traitant. Se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil, l'assureur reconnaissait que l'opération du 21 mars 2018 et ses suites

devaient être prises en charge dans le cadre de l'assurance-accidents. En ce qui concerne l'incapacité de travail, l'indemnité journalière prendrait fin le 20 juin 2018, soit trois mois après l'opération.

7. Par courrier du 10 mai 2018 à HDI, l'assuré, désormais représenté par un conseil, a contesté l'avis du 17 avril 2018 de l'assureur-accidents, en tant qu'il mettait fin au versement de l'indemnité journalière au 20 juin 2018, soit trois mois après l'opération. HDI était invité à revenir sur sa position, ou à défaut de notifier une décision sujette à opposition.
8. Le conseil de l'assuré a relancé HDI par courrier du 1^{er} juin 2018.
9. Par courrier du 5 juin 2018, HDI a informé l'assuré, via son conseil, que pour pouvoir se déterminer sur la suite de son intervention, il était nécessaire de le soumettre à un examen médical qu'il avait décidé de confier au docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et de la main, qui l'examinerait le 14 septembre 2018. Il était d'ores et déjà invité à prendre avec lui tous les documents médicaux à disposition. Le projet de mission d'expertise lui était soumis, un délai de 20 jours lui étant imparti pour formuler ses remarques ou objections. Les frais inhérents au transport pour le rendez-vous d'expertise seraient remboursés sur présentation de justificatifs, selon les critères de l'économicité. Enfin, l'assuré était informé que les frais médicaux ainsi que la perte de gain seraient pris en charge jusqu'à la date de l'expertise médicale.
10. Par courrier du même jour, HDI s'est adressé au médecin traitant canadien de l'assuré, le Dr D_____, en l'invitant à remplir et retourner dès que possible un rapport médical ; le médecin était en particulier prié de se prononcer sur la question de savoir si le traitement au Canada se poursuivait selon le planning prévu par le Dr C_____, à fin mars 2018. Il soumettait en outre au médecin une formule «Return To Play (RTP) Protocol » éditée par la RTP TaskForceConcussion Swiss Ice Hockey reprenant et décrivant les étapes successives de la reprise progressive de la capacité de travail pour des joueurs professionnels (théoriquement atteints de commotions [concussion]). Même si la blessure n'était pas une commotion, l'assureur-accidents souhaitait savoir comment et quand l'assuré serait capable de jouer à nouveau, selon les phases décrites dans le «Return to play Protocol ».
11. Le Dr D_____ a répondu au questionnaire sur la formule de rapport médical intermédiaire de l'assureur-accidents : il a retenu le diagnostic de déchirure du TFCC, actuellement traitée par le port d'une attelle et une physiothérapie postopératoire. La réhabilitation progressait conformément à ce qui était prévu par le chirurgien traitant, la durée du traitement était prévue sur six mois. L'incapacité de travail était de 100 % du 21 mars 2018, probablement jusqu'au 21 septembre 2018. Il était actuellement incapable de rejouer, la situation devant être réévaluée en septembre 2018. Sur la question de savoir si l'on devait s'attendre à des séquelles, ce médecin a répondu : non, cependant cette blessure est très difficile à corriger, de sorte que quelques pertes de fonctionnalités pourraient survenir.

12. Interpellé parallèlement, le Dr C_____ a confirmé à l'assureur, par mail du 18 juin 2018, les informations données par son confrère canadien : la lésion du TFCC est une blessure longue à traiter, surtout chez un sportif du niveau de l'assuré. Les patients ne peuvent pas faire de force ou pratiquer de sport pendant trois mois après l'opération. Puis il faut compter trois mois pour la récupération et donc officiellement c'est à ce moment-là que la reprise de la compétition pourrait être envisageable.
13. Par courriel du 21 juin 2018, HDI s'est à nouveau adressé au Dr C_____, en soumettant à son appréciation les principes dégagés selon lui par la jurisprudence en matière d'incapacité de travail des joueurs professionnels sportifs de haut niveau ; il lui a également soumis le « protocole de retour au Jeu » (« Return to play Protocol ») qui montrait selon ces principes que dans ce domaine, le médecin ne doit pas se borner à un choix binaire (attestation de capacité de travail ou attestation d'incapacité de travail - tout ou rien) : il doit être plus nuancé et établir un certificat plus complet, comportant une information au sujet de la thérapie préconisée, et surtout une information relative aux mouvements et gestes à accomplir, ou au contraire à éviter. Gardant à l'esprit que les sportifs ne sont pas des blessés comme tous les autres et que leur temps de récupération est sensiblement plus court que pour le commun des mortels, le médecin-traitant était invité à se prononcer, selon ces principes, sur les taux et dates d'incapacité de travail à reconnaître.
14. Par courrier du 22 juin 2018, le conseil de l'assuré s'est déterminé au sujet de l'expertise planifiée par l'assureur-accidents : HDI avait une singulière conception de la tentative de désignation consensuelle d'un expert au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Ceci dit, l'assuré était désormais domicilié au Canada, de sorte que pour des motifs pratiques il paraissait indiqué de désigner un expert sur place. Quant au questionnaire d'expertise, il suggérait d'ajouter deux questions supplémentaires. Il sollicitait en outre l'intégralité du dossier y compris copie des polices d'assurances-accidents complémentaires conclues en faveur de son mandant.
15. Dans un courrier électronique du 5 juillet 2018, le Dr C_____ a considéré - se référant au protocole RTP susmentionné - que, s'agissant de cet assuré, pendant six semaines post opératoire, l'intéressé était immobilisé dans une grande attelle ; pendant cette période, il ne pouvait même pas écrire (« Stufe 1 ») ; dès six semaines, passage à une attelle plus courte lui permettant d'écrire, signer et commencer de l'entraînement cardio bref, donc reprise dès lors à une CT de 25 % (« Stufe 2 ») ; dans une troisième phase, (« Stufe 3-4 ») avec début d'entraînement mais sans contact : CT 50 % dès huit semaines et jusqu'à douze semaines (trois mois post-op). Dès lors, la force serait autorisée et serait augmentée progressivement ; il passerait dès lors à la phase suivante (« Stufe 5 »), mais restant à une CT de 75 % pour s'entraîner avec les autres joueurs à trois mois post-op; à quatre mois post-op il serait apte à 100 % pour s'entraîner avec les autres joueurs et (« Stufe 6 »), au plus tard à six mois, il deviendrait apte aux matches.

16. Le 17 juillet 2018, HDI a de nouveau interpellé le Dr D_____, pour connaître l'évolution du traitement.
17. Par courrier du 31 juillet 2018, HDI a répondu au courrier du conseil de l'assuré, du 22 juin 2018. Il lui a entre autres fait parvenir les derniers avis médicaux reçus, et la copie des décomptes récapitulatifs des indemnités journalières pour la période du 1^{er} mai au 31 juillet 2018, établis en fonction des documents médicaux en question. Il ressortait de ce décompte que HDI avait versé les prestations d'assurance à raison d'une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 1^{er} mai 2018, de 75 % jusqu'au 15 mai 2018, de 50 % jusqu'au 12 juin 2018 de 25 % à compter du 13 juin 2018.
18. Dans un courrier du 8 août 2018, l'assuré, représenté par son conseil, s'est référé au décompte d'indemnités journalières du 31 juillet 2018. Il s'étonnait que HDI ait repris le calcul des indemnités journalières à compter du 1^{er} mai 2018, en revenant sur sa position initiale pour considérer désormais que celui-ci serait apte à exercer une activité à 25 % à compter du 2 mai 2018, à 50 % dès le 16 mai, et à 75 % dès le 13 juin, en référence aux documents susmentionnés (Stufen - Return to play). Il en contestait le bien-fondé, et invitait l'assureur à revoir sa position, compte tenu du fait que tous les éléments médicaux du dossier étaient concordants sur le fait que l'assuré ne pouvait pas jouer de match, à tout le moins avant le mois de septembre 2018, de sorte qu'il appartenait à HDI de lui verser, en l'état et jusqu'à cette date, le 100 % des indemnités journalières. En cas de refus, HDI était sommé de statuer par une décision formelle sujette à opposition. Sur la question de la désignation d'un expert, il contestait une fois de plus que l'assureur-accidents mette unilatéralement en œuvre un expert, sans tenter préalablement de parvenir à une désignation consensuelle. Il avait suggéré que l'expertise soit confiée à un médecin au Canada, dès lors qu'il y résidait désormais ; or, pour les motifs propres à l'assureur, ce dernier souhaitait absolument recourir aux services du Dr F_____, sans même motiver sa décision, ni même réserver à l'assuré la possibilité de formuler des contre-propositions. Ainsi, si l'assureur persistait à ne pas accéder à la demande raisonnable de l'assuré de désigner un expert au Canada, il souhaitait que cette expertise soit en tout état confiée à des spécialistes en médecine du sport. Il mentionnait à cet égard l'Hôpital de La Tour, à savoir « La Tour Sport Medicine », centre agréé par Swiss Olympic. HDI était invité à se déterminer sur cette proposition, et s'il persistait à vouloir mandater d'autorité le Dr F_____, il était prié de rendre une décision incidente sujette à recours. S'il devait être amené à se rendre en Suisse, il demandait que les frais de son voyage lui soient avancés, d'autant qu'il n'avait à ce jour pas même reçu l'intégralité des prestations que l'assureur reconnaissait lui devoir.
19. Le conseil de l'assuré a relancé HDI par courrier du 30 août 2018.
20. Par courrier du 31 août 2018, HDI a répondu au courrier du 8 août 2018. S'agissant de la perte de gain, il confirmait avoir versé les montants qu'il reconnaissait devoir à l'assuré jusqu'au 31 juillet 2018. En annexe, il remettait le décompte relatif au mois d'août 2018. Quant à l'expertise, à moins que le médecin traitant puisse

certifier que l'évolution médicale actuelle permettait de prédire la reprise totale des activités dès le 21 septembre 2018, cette expertise était justifiée et il la maintenait, d'autant qu'aucun élément objectif ne permettait de retenir une prévention de l'expert (Dr F_____). Au sujet des frais de voyage, HDI ne s'opposait pas à avancer de tels frais, y compris les frais de séjour : il réservait dès lors un montant de CHF 2'000.- à faire valoir sur les justificatifs qui devraient lui être remis. À réception de l'accord du mandataire, et de la confirmation du voyage, le montant en question serait immédiatement libéré sur le compte de l'assuré. À la suite du rapport d'expertise médicale, l'assureur-accidents ne manquerait pas de confirmer sa prise de position définitive sous forme d'une décision.

21. Par courrier du 3 septembre 2018, le conseil de l'assuré a répondu au courrier précédent : force était de constater qu'il n'était tenu aucun compte des griefs formulés dans son courrier du 8 août. Le taux d'incapacité de travail retenu était contesté. Il appartenait ainsi à l'assureur de rendre une décision sujette à opposition au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA. En ce qui concerne la réalisation d'une expertise, l'assureur maintenait la désignation du Dr F_____ sans faire valoir aucun élément objectif pour ne pas entrer en matière sur la proposition formulée par l'assuré. Dès lors HDI, était à nouveau invité à statuer concernant la désignation de cet expert au moyen d'une décision incidente sujette à recours.
22. HDI a sollicité une nouvelle fois le Dr D_____, par courrier du 8 septembre 2018 : l'assuré sera-t-il capable de jouer à nouveau, après six mois post-opératoire (21 septembre 2018) ? Si non pourquoi ?
23. Sans réponse au courrier précédent, HDI a relancé le médecin canadien sous forme d'un rappel du 4 octobre 2018, dont copie au conseil de l'assuré.
24. Par courrier et fax du 5 octobre 2018, le conseil de l'assuré se référant à sa lettre du 3 septembre 2018, demeurée sans réponse, a indiqué à l'assureur-accidents que, passé le 26 octobre 2018, s'il ne lui avait pas notifié une décision sujette à opposition relative au droit aux indemnités journalières d'une part, et une décision incidente sur la désignation d'un expert qu'il entendait unilatéralement mettre en œuvre, il avait d'ores et déjà pour instruction d'agir pour déni de justice.
25. Par courrier du 11 octobre 2018, HDI a répondu au courrier précédent : il ne manquait pas d'en être surpris. L'assureur prenait acte du refus de collaborer de l'assuré, lequel ne s'était pas présenté - ni même excusé -, à l'expertise médicale organisée le 14 septembre 2018 auprès du Dr F_____. Quant au reproche d'avoir voulu « unilatéralement » mettre en œuvre cette expertise, HDI rappelait que c'est le rôle de l'assureur social que d'instruire les cas et de diligenter les mesures d'instruction qu'il estime nécessaire. L'absence de recherches de concertation ou de consensus dans le processus de désignation de l'expert n'est pas en soi un droit du justiciable et seules des raisons pertinentes (et non de vagues sous-entendus) pourraient permettre de récuser un expert. L'assuré était rendu attentif à la portée de l'art. 43 LPGA, HDI se réservant, le cas échéant, de mettre à sa charge les frais

résultant de son refus de collaborer. Dans l'immédiat, comme indiqué dans son courrier du 4 octobre 2018, HDI restait dans l'attente des renseignements médicaux demandés au médecin traitant (Dr D_____). Par ailleurs, avant qu'il ne se prononce par décision, HDI invitait l'assuré à lui préciser d'ici au 20 octobre 2018 en quoi consistait actuellement son emploi du temps depuis le 1^{er} septembre 2018, à savoir en lui décrivant une journée type, et l'évolution de sa situation actuelle.

26. Par courrier du 12 octobre 2018, répondant à celui du 11, le conseil de l'assuré a imparti à HDI un ultime délai de cinq jours ouvrables pour statuer au moyen d'une décision incidente sujette à recours sur la désignation d'un expert. Passé le 22 octobre 2018, et à défaut d'une telle décision, il avait mandat d'agir pour déni de justice. Pour le surplus il reviendrait à l'assureur-accidents, en relation avec les autres aspects évoqués dans le courrier précédent.
27. Ainsi, par courrier du 16 octobre 2018, le conseil de l'assuré est revenu au courrier susmentionné, en relation avec les indemnités journalières. Son mandant l'informait qu'il avait communiqué à HDI le dernier rapport médical sollicité de son médecin traitant. L'assuré observait qu'il n'était toujours pas en mesure de reprendre l'entraînement et qu'il était ainsi fondé à réclamer des indemnités journalières en relation avec une complète incapacité de travail. HDI était donc invité à reprendre le versement de ses prestations à compter du 1^{er} septembre 2018. S'agissant du droit à de telles prestations jusqu'au 31 août 2018, il invitait une nouvelle fois l'assureur à notifier une décision formelle sujette à opposition. Il rappelait l'échéance fixée au 26 octobre 2018.
28. Par courrier du 23 octobre 2018, HDI a indiqué au conseil de l'assuré que le Dr D_____ lui avait fait parvenir l'avis médical demandé. Ce médecin reconnaissait une incapacité de travail de 20 % jusqu'en décembre 2018. Sur la base de cet avis, HDI pouvait verser la suite des indemnités journalières jusqu'à fin octobre 2018. Il recevrait prochainement le décompte de prestations y relatif.
29. Par courrier du 7 novembre 2018, HDI a fait tenir au conseil de l'assuré la copie des décomptes récapitulatifs des indemnités journalières du 1^{er} septembre au 31 octobre 2018.
30. Par courrier recommandé du 26 novembre 2018, l'assuré agissant par la plume de son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours pour déni de justice. En substance, résumant les faits qui précèdent et se référant en dernier lieu à son courrier du 16 octobre 2018 - par lequel il invitait (une nouvelle fois) HDI à se prononcer d'ici au 26 octobre 2018 par une décision formelle sujette à opposition sur le droit aux indemnités journalières de son mandant jusqu'au 21 août 2018, faute de quoi il agirait pour déni de justice -, il constate que HDI ne s'étant pas exécuté, il est ainsi conduit à devoir saisir la juridiction de céans. Il conclut à l'admission de son recours, et à ce que l'intimé soit invité à rendre sans délai une décision (formelle) sur son droit aux indemnités

journalières pour la période du 1^{er} mai au 31 août 2018, et soit condamné à lui payer une indemnité de procédure.

31. HDI, invité à se déterminer au 4 janvier 2019, a constitué un conseil qui en a informé la chambre de céans au jour de cette échéance. Il devait encore s'entretenir avec son mandant, raison pour laquelle il sollicitait une prolongation du délai pour se déterminer, au 4 février 2019.
32. Par courrier du 4 février 2019, l'intimée, représenté par son conseil, a conclu implicitement au rejet du recours, considérant qu'au vu des renseignements prodigués au compte-gouttes, et de manière incomplète, par l'assuré, on ne saurait reprocher à HDI une inactivité coupable, en d'autres termes un déni de justice. Selon lui, le présent litige porte sur la question de savoir si l'intimée a commis un déni de justice en refusant de rendre une décision incidente portant sur la désignation d'un expert médical ; c'est en effet ce que réclamait précisément le mandataire de l'assuré dans sa mise en demeure du 12 octobre 2018. Cela étant, suite au refus de l'assuré de se soumettre à l'expertise médicale prévue initialement auprès du Dr F_____ et à la production d'un certificat médical de son médecin traitant au Canada, document daté du 10 septembre 2018, HDI avait accepté de poursuivre le versement des indemnités journalières, au-delà du mois de septembre 2018 et ceci, dans la proportion attestée par son médecin-même (le Dr D_____), soit 20 % (« *disability: a) YES 20% (...) presumably until Dec 2018* »). Ce n'était que suite au récent certificat médical, du 17 décembre 2018, établi lui aussi par le Dr D_____, dans lequel ce médecin parle désormais d'une incapacité de travail de 100 %, qui plus est permanente, sans cependant apporter la moindre explication médicale à son revirement, que la nécessité d'une expertise médicale apparaît incontournable. En conséquence, soit l'assureur rendrait dans les prochains jours une décision portant sur le nom d'un ou deux experts médicaux désignés par ses soins, soit les conseils des parties profitaient de la parenthèse présentement ouverte pour se mettre d'accord sur le nom d'un expert, afin d'être plus pragmatiques et diligents. Sans réponse ou accord allant dans ce sens, HDI rendrait sa décision dans les 14 jours.
33. Par courrier recommandé du 8 février 2019, le conseil du recourant a répliqué : après avoir obtenu le report du délai pour répondre au recours, l'intimée éludait maintenant l'objet du litige. Le recours pour déni de justice a été interjeté le 26 novembre 2018 en relation avec la décision sollicitée par l'assuré sur son droit aux indemnités journalières du 1^{er} mai au 31 août 2018. Le mode d'appréciation de la capacité de travail d'un hockeyeur professionnel est contesté ; l'assuré entend soumettre cette question à la chambre de céans ; aussi appartient-il à HDI de rendre une décision formelle à ce propos. Le litige en lien avec la désignation d'un expert est une question distincte, dès lors que le choix unilatéral de l'assurance, qui s'est porté sur le Dr F_____, sans même que l'assuré puisse faire valoir son droit de participation, ordonnait à ce dernier de se rendre à la consultation de l'expert le vendredi 14 septembre 2018, soit à une date postérieure au 31 août 2018. C'est la

raison pour laquelle l'assuré invitait la chambre de céans à statuer sur ses conclusions à sa plus proche convenance.

34. HDI invité à se déterminer au 28 février 2019 dans le cadre d'une duplique s'est adressé à la chambre de céans par courrier du 13 février 2019. Elle communiquait à la juridiction la copie de la décision rendue le jour-même et portant sur le droit de l'assuré aux indemnités journalières. La cause devenait ainsi sans objet et pouvait être rayée du rôle.

La décision en question (du 13 février 2019), s'est en effet prononcée sur la question des indemnités journalières, versées à l'assuré depuis l'opération qu'il a subie le 21 mars 2018, pour la période du 22 mars au 31 août 2018, soit :

- du 22 mars au 1^{er} mai 2018 inclusivement par rapport à un taux d'incapacité de travail de 100 % ;
- du 2 au 15 mars (recte : mai) 2018 par rapport à un taux d'incapacité de travail de 75 % ;
- du 16 mai au 12 juin 2018 par rapport à un taux d'incapacité de travail de 50 % ;
- et du 13 juin au 31 août 2018 par rapport à un taux d'incapacité de travail de 25 %,

HDI se fondant sur l'avis exprimé par le Dr de C_____ le 5 juillet 2018 et celui exprimé par le Dr D_____, dans son avis du 10 septembre 2018.

35. Sur quoi, les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger.
36. Par courrier du 22 février 2019, le conseil du recourant considère que si le recours pour déni de justice est désormais devenu sans objet (décision du 13 février 2019), il n'en demeure pas moins que la démarche s'est avérée nécessaire, de sorte qu'il conclut à ce que l'intimée soit condamnée aux frais de la procédure comprenant une indemnité pour ses frais d'avocat.

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), 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions

correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3) ;

3. En vertu de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA).

A teneur de l'art. 61 LPGA, sous réserve de l'art. 1, al. 3, de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal.

Selon la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10), lorsqu'une autorité mise en demeure refuse sans droit de statuer ou tarde à se prononcer, son silence est assimilé à une décision (art. 4 al. 4 LPA-GE). Une partie peut recourir en tout temps pour déni de justice ou retard non justifié si l'autorité concernée ne donne pas suite rapidement à la mise en demeure prévue à l'article 4 alinéa 4 (art. 62 al. 6 LPA-GE).

En l'espèce, le recours pour déni de justice, interjeté par-devant l'autorité compétente (art. 58 al. 1 LPGA), est recevable.

4. L'assuré a déposé un recours pour déni de justice à l'encontre de HDI. Le litige porte donc sur la question de savoir si dans le cas d'espèce un déni de justice est avéré, et en l'occurrence de savoir si c'est à juste titre que le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir rendu en temps voulu, et dans le délai comminatoire qu'il lui avait imparti une ultime fois par courrier du 16 octobre 2018 une décision susceptible d'opposition au sujet du droit de l'assuré aux indemnités journalières pour la période courant jusqu'au 31 août 2018.
5. a. Aux termes de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable.

Le droit de recours de l'art. 56 al. 2 LPGA sert à mettre en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. Le retard injustifié à statuer, également prohibé par l'art. 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101) – qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue que la disposition constitutionnelle (ATF 103 V 190 consid. 2) –, est une forme particulière du déni de justice formel (ATF 119 Ia 237 consid. 2).

b. 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 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 mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2.2), mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 130 I 312 consid. 5.2; ATF 125 V 188 consid. 2a). A cet égard, il appartient 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. Si on ne peut reprocher à l'autorité quelques « temps morts », celle-ci ne saurait en revanche invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure; il appartient en effet à l'Etat d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 et les références). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 244 consid. 4a). 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 124 V 133; ATF, 117 Ia 117 consid. 3a et 197 consid. 1c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 et C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2).

c. La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 et 129 V 411 consid. 1.3). 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). L'art. 69 al. 4 LPA-GE prévoit que si la juridiction administrative admet le recours pour déni de justice ou retard injustifié, elle renvoie l'affaire à l'autorité inférieure en lui donnant des instructions impératives.

6. Les exemples tirés de la casuistique permettent une représentation de ce qui, en terme de délais – dans des circonstances particulières – peut consacrer ou non une violation du principe de célérité et conduire à l'admission d'un déni de justice.

a. La chambre de céans a considéré qu'il y avait eu un déni de justice dans un cas où la décision de l'OAI était intervenue cinq mois après son arrêt, lequel rétablissait simplement la rente que l'OAI avait supprimée, car aucune instruction complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation (ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006) ; dans un autre cas où plus d'un an et demi s'était écoulé depuis le rapport d'expertise en possession de l'OAI sans qu'aucune décision n'intervienne et ce, malgré de

nombreuses relances du conseil de l'assurée, même si une évaluation du degré d'invalidité avait eu lieu, de même qu'une enquête économique sur le ménage, car on ne voyait pas quelles difficultés particulières justifiaient encore le report d'une décision une fois l'instruction terminée (ATAS/223/2018 du 8 mars 2018). La chambre de céans a également admis l'existence d'un déni de justice s'agissant d'un assuré qui, plus de cinq ans après le dépôt de sa demande, n'avait toujours pas obtenu de décision, l'OAI ayant tardé à mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire et à demander l'intégration dans la plateforme MED@P, alors même qu'il connaissait la longueur des délais pour la mise en place d'une telle expertise (ATAS/1116/2013 du 18 novembre 2013) ; ou encore en l'absence d'une décision dans un délai de plus quinze mois depuis la date du rapport d'expertise alors que la demande de précision faite au SMR au sujet de la divergence entre celui-ci et l'expert quant à la capacité de travail du recourant aurait pu être formée plus de six mois auparavant et que le SMR n'a répondu qu'au bout de huit mois (ATAS/788/2018). Le Tribunal cantonal des assurances sociales a considéré qu'il y avait eu un déni de justice dans un cas où l'OAI avait attendu quatorze mois depuis l'opposition pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle l'assuré avait conclu d'emblée (ATAS/484/2007 du 9 mai 2007) ; et dans un autre cas où l'OAI avait ordonné un complément d'expertise dix-sept mois après avoir obtenu les renseignements des médecins traitants (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006). La chambre de céans a également admis un déni de justice dans un cas où l'OAI n'avait rendu aucune décision plus de cinq ans après le dépôt de la demande de prestations, et avait notamment tardé à instruire le cas par le biais d'une expertise pluridisciplinaire, le recourant ayant par ailleurs régulièrement pris contact avec l'intimé pour demander des nouvelles de son dossier (ATAS/116/2013 du 18 novembre 2013).

b. La chambre de céans a considéré que le délai de douze semaines entre la rédaction de l'avis du SMR et l'inscription effective de l'intéressé sur la plateforme informatique SuisseMED@P pouvait apparaître comme long mais n'était pas excessif (ATAS/93/2018 du 6 février 2018). Le Tribunal fédéral a confirmé que dans un tel cas, il n'y a pas de déni de justice (arrêt du Tribunal fédéral 9C_230/2018 consid. 3.3). La chambre de céans a également nié l'existence d'un déni de justice, dans un cas où aucune décision quant au centre d'expertise désigné n'était encore intervenue dix mois après que l'OAI ait informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, car l'introduction du mandat dans le système SuisseMED@P avait été effectué moins de dix jours après la communication à la recourante. Si un délai de près d'une année pour l'attribution d'un mandat par le biais de cette plateforme apparaissait excessif, ce retard n'était pas imputable à l'intimé (ATAS 237/2014 du 26 février 2014). En revanche, elle a admis que l'introduction d'un mandat dans la plateforme SuisseMED@P dans un délai de quatre mois après la notification d'un arrêt de renvoi – en dehors de toute complexité de l'affaire – constituait un retard injustifié dès lors que plusieurs dénis

de justice avaient déjà été constatés sur une période de trois ans (ATAS/942/2014 du 27 août 2014).

c. La chambre de céans a jugé que l'absence d'une décision formelle neuf mois après la demande en ce sens de l'assuré constituait un déni de justice, faute de mesures d'instruction durant six mois (ATAS/711/2015 du 23 septembre 2015).

7. La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3, 129 V 411 consid. 1.3).

Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, le recourant y a droit même lorsque la procédure est sans objet, pour autant que les chances de succès du procès le justifient (ATF 110 V 57 consid. 2a ; RCC 1989 p. 318 consid. 2b).

Le fait que l'assureur social ait rendu une décision ne signifie pas pour autant que la procédure ouverte auprès de la chambre de céans aurait eu des chances de succès, car celles-ci dépendent des règles applicables au déni de justice.

8. En l'occurrence, le recourant a saisi la chambre de céans pour déni de justice le 26 novembre 2018. Il est établi que par courrier valant duplicque, du 13 février 2019, l'intimée a porté à la connaissance de la chambre de céans la copie de la décision rendue le même jour et notifiée au conseil du recourant. Cette décision est précisément celle que le recourant reprochait à HDI de ne pas avoir rendue jusqu'ici, et qui motivait la saisine de la chambre de céans ; de sorte que le recours est ainsi devenu sans objet.

Toutefois, comme rappelé ci-dessus, il convient, ce nonobstant, de vérifier si HDI devait se voir reprocher une violation du principe de célérité, auquel cas le recourant a droit à ce que cette violation soit constatée, et le cas échéant à une indemnité ; cette vérification est en effet nécessaire, car le fait que l'assureur social ait rendu une décision, en cours de procédure judiciaire, ne signifie pas pour autant que la procédure ouverte auprès de la chambre de céans aurait eu des chances de succès, car celles-ci dépendent des règles applicables au déni de justice.

9. En l'espèce, et comme cela a été rappelé précédemment, l'interdiction du déni de justice formel et sa mise en œuvre par le recours prévu à l'art. 56 al. 2 LPGA tend à sanctionner, lorsqu'il peut être identifié, le 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.

a. Dans la chronologie, l'événement accidentel à l'origine du sinistre en cause, - une chute durant un match de hockey, ayant occasionné une entorse du poignet droit

avec déchirure (lésion du ligament triangulaire [TFCC]) - date du 1^{er} février 2018. Le sinistre a d'abord été déclaré sous forme d'accident-bagatelle le 12 février 2018, et par la suite par une déclaration d'accident LAA, l'assuré ayant dû être opéré dudit poignet le 21 mars 2018. Dans une première phase que l'on peut situer entre l'annonce du sinistre et environ fin avril 2018, l'assureur-accidents a instruit le sinistre avec diligence, réunissant les renseignements nécessaires pour déterminer sa responsabilité, notamment eu égard au fait qu'un précédent accident était survenu une année plus tôt. Le médecin-conseil à qui le dossier médical a été soumis, a confirmé le principe de la responsabilité de l'assureur-accidents, et considéré que celle-ci s'étendait jusqu'à trois mois post opératoire ; ce qui a amené HDI à informer l'assuré, à mi-avril 2018, de ce que ses prestations d'indemnités journalières prendraient fin au 20 juin 2018.

b. Dans une deuxième phase, qui débute avec la constitution du conseil de l'assuré qui, par courrier du 10 mai 2018, contestant les conclusions de l'assureur-accidents, en tant qu'il limite son intervention pour le versement des indemnités journalières au 20 juin 2018, somme en substance HDI de revenir sur sa position, en lui confirmant la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 20 juin 2018, à défaut de quoi son mandant lui demandait d'ores et déjà de rendre une décision sujette à opposition. Ce courrier a été suivi d'un rappel, trois semaines plus tard. HDI a indiqué alors à l'assuré (courrier du 5 juin 2018) que pour pouvoir se déterminer sur la suite de son intervention, l'assureur-accidents considérait nécessaire de le soumettre à une expertise médicale qu'il entendait confier au Dr F_____ ; ainsi HDI impartissait un délai de 20 jours à l'assuré pour exercer son droit d'être entendu au sujet de l'expert pressenti et de la mission d'expertise. L'examen était déjà prévu pour le 14 septembre 2018. HDI précisait et confirmait à l'assuré, à ce stade, qu'entre-temps il indemniserait les frais médicaux et la perte de gain jusqu'à la date de l'expertise. Il remettait de plus, à cette occasion, les décomptes de prestations du 1^{er} au 31 mai 2018. Parallèlement, HDI interpellait les médecins traitants (en Suisse et au Canada) pour recueillir les renseignements médicaux par rapport à la suite du traitement et l'évolution de l'état de santé de l'assuré. Durant cette phase, que l'on peut situer jusqu'à fin juillet 2018, l'assureur-accidents a régulièrement poursuivi l'instruction médicale, sollicitant et recueillant d'une part des informations médicales, et d'autre part les commentaires et observations de l'assuré, au sujet de la mission d'expertise. On relèvera à ce sujet que l'assuré considérait, sans formuler d'objections à l'égard de l'expert pressenti, qu'il apparaissait indiqué de désigner un expert au Canada, dès lors qu'il était retourné y vivre entre-temps (courrier du 22 juin 2018). HDI a établi au 31 juillet les décomptes des indemnités journalières qu'il reconnaissait devoir, sur la base des derniers renseignements médicaux reçus des médecins traitants de l'assuré. L'activité de l'assureur s'est ainsi poursuivie sans que l'on puisse déceler des retards dans son traitement, ni de démarches inutiles.

Dès le courrier de son conseil du 8 août 2018, l'assuré a contesté les décomptes d'indemnités journalières au 31 juillet 2018, considérant que dans la mesure où il n'était médicalement pas encore en mesure de rejouer des matchs il estimait avoir droit à de pleines indemnités journalières ; si l'assureur refusait d'y faire droit il était invité à rendre une décision susceptible d'opposition. Il a adressé un rappel à HDI à fin août 2018, étant précisé qu'il revenait parallèlement sur la question de l'expertise, exigeant de l'assureur de se prononcer sur sa proposition de mandater sinon un expert au Canada, des médecins spécialistes du sport comme « La Tour Sport Medicine ». Il exigeait à défaut une décision incidente sujette à recours. Il ne prenait toutefois pas clairement position sur son éventuel refus de se présenter à la convocation du Dr F_____ du 14 septembre 2018, laissant entendre que s'il devait se rendre en Suisse il demandait que les frais de son voyage lui soient avancés.

Le 31 août 2018, HDI confirmait avoir versé les montants d'indemnités journalières qu'il reconnaissait devoir à l'assuré jusqu'au 31 juillet 2018, et remettait le décompte relatif au mois d'août 2018. Quant à l'expertise, à moins que le médecin traitant puisse certifier que l'évolution médicale actuelle permettait de prédire la reprise totale des activités dès le 21 septembre 2018, cette expertise était justifiée et il la maintenait, d'autant qu'aucun élément objectif ne permettait de retenir la prévention de l'expert (Dr F_____). Au sujet des frais de voyage, HDI ne s'opposait pas à avancer de tels frais, y compris les frais de séjour : il réservait dès lors un montant de CHF 2'000.- à faire valoir sur les justificatifs qui devraient lui être remis. À réception de l'accord du mandataire, et de la confirmation du voyage, le montant en question serait immédiatement libéré sur le compte de l'assuré. À la suite du rapport d'expertise médicale, l'assureur-accidents ne manquerait pas de confirmer sa prise de position définitive sous forme d'une décision.

Par courrier du 3 septembre 2018 le conseil de l'assuré contestait toujours le taux d'incapacité de travail retenu et sollicitait dès lors la décision sujette à opposition au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA. En ce qui concerne la réalisation d'une expertise, l'assureur maintenait la désignation du Dr F_____ sans faire valoir aucun élément objectif pour ne pas entrer en matière sur la proposition formulée par l'assuré. Dès lors HDI était à nouveau invité à statuer concernant la désignation de cet expert au moyen d'une décision incidente sujette à recours.

Le 8 septembre 2018 HDI a sollicité une nouvelle fois le Dr D_____ : l'assuré sera-t-il capable de jouer à nouveau, après six mois post-opératoire (21 septembre 2018), et sinon pourquoi. Sans réponse de ce médecin, HDI a dû le relancer par courrier du 4 octobre 2018, avec copie au conseil de l'assuré.

Ledit conseil a réagi le 5 octobre 2018. Se référant à son courrier du 3 septembre 2018, demeuré sans réponse, il a indiqué à l'assureur-accidents que, passé le 26 octobre 2018, s'il ne lui avait pas notifié une décision sujette à opposition relative au droit aux indemnités journalières d'une part, et une décision incidente

sur la désignation d'un expert qu'il entendait unilatéralement mettre en œuvre, il avait d'ores et déjà pour instruction d'agir pour déni de justice.

Par courrier du 11 octobre 2018, HDI a répondu au courrier précédent. Il ne manquait pas d'en être surpris. L'assureur prenait acte du refus de collaborer de l'assuré, lequel ne s'était pas présenté - ni même excusé -, à l'expertise médicale organisée le 14 septembre 2018 auprès du Dr F_____. Quant au reproche d'avoir voulu « unilatéralement » mettre en œuvre cette expertise, HDI rappelait que c'est le rôle de l'assureur social que d'instruire les cas et de diligenter les mesures d'instruction qu'il estime nécessaire. L'absence de recherche de concertation ou de consensus dans le processus de désignation de l'expert n'est pas en soi un droit du justiciable et seules des raisons pertinentes (et non de vagues sous-entendus) pourraient permettre de récuser un expert. L'assuré était rendu attentif à la portée de l'art. 43 LPGA, HDI se réservant, le cas échéant, de mettre à sa charge les frais résultant de son refus de collaborer. Dans l'immédiat, comme indiqué dans son courrier du 4 octobre 2018, HDI restait dans l'attente des renseignements médicaux demandés au médecin traitant (Dr D_____). Par ailleurs, avant qu'il ne se prononce par décision, HDI invitait l'assuré à lui préciser d'ici au 20 octobre 2018 en quoi consistait actuellement son emploi du temps depuis le 1^{er} septembre 2018, à savoir en lui décrivant une journée type, et l'évolution de sa situation actuelle.

Le 12 octobre 2018, répondant à celui du 11, le conseil de l'assuré a imparti à HDI un ultime délai de cinq jours ouvrables pour statuer au moyen d'une décision incidente sujette à recours sur la désignation d'un expert. Passé le 22 octobre 2018, et à défaut d'une telle décision, il avait mandat d'agir pour déni de justice. Pour le surplus il reviendrait à l'assureur-accidents, en relation avec les autres aspects évoqués dans le courrier précédent.

Ainsi, par courrier du 16 octobre 2018, le conseil de l'assuré est revenu à la question des indemnités journalières. Son mandant l'informait avoir communiqué à HDI le dernier rapport médical sollicité de son médecin traitant. L'assuré observait qu'il n'était toujours pas en mesure de reprendre l'entraînement et que, par voie de conséquence, il était fondé à réclamer des indemnités journalières en relation avec une complète incapacité de travail. HDI était donc invité à reprendre le versement de ses prestations à compter du 1^{er} septembre 2018. S'agissant du droit à de telles prestations jusqu'au 31 août 2018, il invitait une nouvelle fois l'assureur à notifier une décision formelle sujette à opposition. Il rappelait l'échéance fixée au 26 octobre 2018.

Le 23 octobre 2018 HDI a indiqué au conseil de l'assuré que le Dr D_____ lui avait fait parvenir l'avis médical demandé. Ce médecin reconnaissait une incapacité de travail de 20 % jusqu'en décembre 2018. Sur la base de cet avis, HDI pouvait verser la suite des indemnités journalières jusqu'à fin octobre 2018. Il recevrait prochainement le décompte de prestations y relatif, et le 7 novembre 2018 HDI a fait tenir au conseil de l'assuré la copie des décomptes récapitulatifs des indemnités journalières du 1^{er} septembre au 31 octobre 2018.

Sur quoi l'assuré a saisi la chambre de céans du recours pour déni de justice ne portant que sur la question de la décision sujette à opposition relative à la question du droit aux indemnités journalières.

c. Il est rappelé que la chambre de céans n'a pas à se prononcer, dans le cadre d'un recours pour déni de justice, sur le fond du litige opposant les parties, son examen étant limité à la question de savoir si l'on doit ou non reprocher à l'assureur intime un retard injustifié en ne rendant 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.

La chambre de céans constate, au vu de la chronologie rappelée ci-dessus, que l'intimée a d'emblée, soit dès l'annonce du sinistre à mi-février 2018, instruit cette affaire à un rythme soutenu et régulier. Il a par ailleurs versé les prestations qu'il reconnaissait devoir, sur la base des éléments médicaux recueillis jusqu'alors, et notamment par rapport à l'avis du médecin-conseil qu'il avait consulté. Face à la contestation de l'assuré, au sujet de la date de fin de versement des indemnités journalières, force est de constater que l'assureur n'est pas resté inactif. Il a en effet repris l'instruction médicale, recueillant à cet égard tous renseignements utiles auprès du chirurgien traitant suisse, et de son homologue canadien qui suit l'assuré dans sa réhabilitation, depuis qu'il avait rejoint son pays natal. HDI a pris les dispositions nécessaires pour mettre sur pied une expertise en chirurgie orthopédique. Dans l'intervalle, il reprenait le versement des indemnités journalières jusqu'au moment de l'expertise, fixé à la mi-septembre 2018, soit au moment prévisible où l'assuré aurait, a priori, retrouvé une pleine capacité de travail.

Certes, les échanges de correspondance entre les parties, de part et d'autre, n'ont pas toujours été d'une limpidité absolue : en annonçant la mise sur pied d'une expertise médicale, et la poursuite du versement des indemnités journalières jusqu'au moment de l'exécution de l'expertise, HDI n'a pas précisé formellement que le montant des indemnités journalières pourrait n'être que partiel, pendant cette période ; d'un autre côté, l'assuré, lorsqu'il a exercé son droit d'être entendu au sujet de l'expert pressenti par l'assureur, et sur la mission qui lui serait confiée, ne s'est pas d'emblée opposé à la désignation de cet expert, relevant seulement qu'il lui paraissait judicieux de désigner un expert au Canada, dès lors qu'il y était désormais retourné, proposant par ailleurs de compléter la mission par deux questions supplémentaires. Par la suite, bien qu'insistant pour que l'assureur se détermine par rapport à la proposition de désigner un autre expert ou un centre de spécialistes de la médecine du sport, il laissait entendre qu'il se rendrait le cas échéant en Suisse, et dans cette hypothèse, il demandait que ses frais de voyage lui soient avancés, ce qui pouvait laisser croire à l'assureur qu'il se présenterait néanmoins comme prévu à la convocation du Dr F_____, comme on peut le comprendre de sa prise de position répondant à la demande de l'assuré sur ce point.

L'assureur a poursuivi ses demandes de renseignements sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré, et établi ses décomptes d'indemnités journalières en fonction de la détermination des médecins-traitants, en relation avec les particularités inhérentes à la situation particulière des sportifs d'élite professionnels et des méthodes spécifiques d'évaluation du recouvrement de la capacité de travail après une blessure. Au vu de la prise de position des médecins traitants, d'une part, de l'absence de l'assuré à la convocation de l'expert à mi-septembre 2018, l'assureur a poursuivi ses demandes de renseignements médicaux notamment auprès du médecin canadien de l'assuré, tout en prolongeant le service des indemnités journalières à hauteur des incapacités de travail qu'il reconnaissait, et dans l'attente sinon d'une expertise, du moins du recouvrement de la pleine capacité de travail de l'assuré, qui devait être proche, et qui lui permettrait le cas échéant de statuer définitivement dans le cadre d'une décision susceptible d'opposition, au cœur du présent litige.

Force est de constater que les derniers renseignements médicaux sollicités du médecin canadien, au début septembre 2018, ne sont parvenus à l'assureur dans la dernière partie d'octobre et après un rappel.

Il convient également de tenir compte du fait que la question de la détermination de la capacité de travail, respectivement de gain, susceptible d'évoluer en cours de réhabilitation n'est pas dénuée d'une certaine complexité, à quoi s'ajoutait également le fait que les points de désaccord entre les parties, notamment sur la manière d'envisager la suite de l'instruction du dossier, n'apparaissait pas simple non plus, dès lors que HDI et l'assuré étaient divisés non seulement sur la question des indemnités journalières mais également sur la manière de désigner un expert, les deux questions étant interdépendantes. Quoi qu'il en soit des divergences de fond, voire de la pertinence dans l'appréciation de la situation par l'assureur-accidents, questions qui échappent à la chambre de céans dans le contexte de la problématique du déni de justice, force est de constater que l'on ne saurait dans le cas particulier reprocher à l'intimée un retard injustifié, et encore moins d'être resté inactif. Les démarches d'instruction du cas, entreprises par HDI, dès l'annonce du sinistre, puis par la suite pendant toute la période ayant débuté le 10 mai 2018, avec l'intervention du conseil de l'assuré, paraissent d'ailleurs adéquates et justifiées.

Ainsi, le recours pour déni de justice, devenu entre-temps sans objet, HDI ayant en définitive et dans l'intervalle rendu la décision litigieuse, n'était pas justifié en regard des principes régissant le déni de justice. Dès lors aucune indemnité ne sera allouée au recourant.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate que le recours aurait ainsi, quoi qu'il en soit, été rejeté.

10. Le recours est dès lors déclaré sans objet, aucune indemnité n'étant allouée au recourant.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours pour déni de justice recevable.

Au fond :

2. Dit que le recours est devenu sans objet.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Raye la cause du rôle.
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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le