

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2821/2013

ATAS/264/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 mars 2014

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur M _____, domicilié au LIGNON comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marilyn NAHMANI

recourant

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, Service
contentieux, sise Bleicherweg 19, ZÜRICH

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, de nationalité italienne, est titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle section restaurant. Dès le 17 août 1992, il a travaillé en tant que garçon d'office dans un restaurant d'entreprise X_____ Genève. A ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par ELVIA SOCIETE SUISSE D'ASSURANCES ZURICH, reprise depuis lors par ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée).
2. Le 23 février 1996, l'assuré a glissé au travail sur le sol mouillé de la cuisine, chuté et s'est blessé à la main droite. Il a annoncé cet évènement à l'assureur ELVIA qui a pris en charge le cas.
3. En parallèle, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) en date du 24 avril 1997. La décision de refus de prestations de l'OAI, du 24 septembre 2002, a été confirmée par arrêt du TCAS du 19 mai 2004 (ATAS 380/2004), motif pris que tous les rapports médicaux parvenaient à la même conclusion, à savoir que la capacité de travail du recourant était de 100 % dans une activité adaptée, de sorte qu'il ne subissait aucune perte de gain. Le recours interjeté par l'assuré a été rejeté par le Tribunal fédéral des assurances (arrêt du 12 mai 2005, I/365/04), lequel a ensuite rejeté deux demandes de révision (arrêts des 12 octobre 2005, I 477/05, et 28 novembre 2005, I 806/05). La troisième demande de révision a fait l'objet d'une décision de non entrée en matière de l'OAI, confirmée par le TCAS, et le recours de l'assuré a été rejeté par le Tribunal fédéral des assurances (arrêt du 7 septembre 2007, I 660/06).
4. Dans le cadre de l'instruction de la cause, l'assureur-accidents a ordonné une expertise et mandaté le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, lequel a rendu son rapport le 10 janvier 2003, complété en date des 19 novembre 2004, 28 avril et 28 juillet 2005. L'expert considérait que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas d'accomplir, de manière normale, son activité de garçon d'office et que le retour à cette activité ne pouvait être évalué qu'après consolidation de l'arthrodèse et disparition, ou du moins nette régression, de la dystrophie sympathique réflexe subséquente. Cela étant, si malgré la consolidation, cette activité n'était pas exigible car trop lourde, l'assuré serait capable d'effectuer, en pleine capacité, des activités adaptées, telle que celle de chauffeur de taxi, voire toute autre tâche n'impliquant pas une sollicitation en force du membre supérieur droit. Une révision de l'arthrodèse était impérative, avec retrait du matériel d'ostéosynthèse et réarthrodèse. Le 28 avril 2005, l'expert a informé l'assureur que la consolidation de l'arthrodèse n'était pas acquise de manière optimale.

-
5. Le versement des indemnités journalières en relation avec l'évènement du 23 avril 1996 a fait l'objet de plusieurs décisions et décisions sur opposition ainsi que de procédures portées devant le Tribunal administratif, puis le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétents, et enfin devant la Cour de céans et le Tribunal fédéral. Par arrêt du 30 juillet 2008 (ATAS/840/2008), la Cour de céans a admis partiellement le recours de l'assuré, en ce sens que contrairement à ce que l'assureur avait estimé, il avait droit à des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 50 % pour la période du 1^{er} avril 1997 au 31 décembre 1997, le refus de l'assureur d'octroyer des indemnités journalières à partir du 27 juillet 2004 ainsi qu'une rente d'invalidité ayant été en revanche confirmé. Le recours interjeté par l'assuré auprès du Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable, pour motivation insuffisante (arrêt du 14 octobre 2008, 8C_738/2008).

La demande de révision déposée par l'assuré le 22 juin 2009 à l'encontre de l'arrêt rendu le 30 juillet 2008 par la Cour de céans a été rejetée par arrêt du 7 octobre 2009 (ATAS/1236/2009), confirmé par le Tribunal fédéral (arrêt du 8C_934/2009).

6. Par décision du 1^{er} novembre 2010, confirmée sur opposition, l'assureur a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 9'720 fr. fondée sur un taux de 10 % (rapport du Dr A _____ du 4 avril 2009). Le recours de l'assuré, qui concluait au paiement d'une indemnité de 344'981 fr., a été rejeté par la Cour de céans en date du 8 février 2012 (ATAS/92/2012). Toutefois, le 4 avril 2013, le Tribunal fédéral a admis partiellement le recours de l'assuré, annulé l'arrêt de la CJCAS ainsi que les décisions de l'intimée des 1^{er} novembre 2010 et 30 mai 2011 et renvoyé la cause à l'assureur (arrêt 8C_221/2012). Il a jugé que dès lors que le recourant n'avait pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne pouvait être fixée qu'une fois le traitement médical terminé, ce qui n'était pas le cas au vu des avis médicaux versés au dossier. L'assureur devait se prononcer à nouveau sur le droit éventuel à une telle indemnité, une fois que le traitement médical aura été mené à terme. Il en allait de même quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité psychique.
7. De nombreux médecins se sont prononcés sur le cas de l'assuré, notamment les Drs B _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin adjoint auprès de l'Unité de chirurgie de la main des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG, rapports des 30 octobre 2008 et 7 janvier 2009), C _____, spécialiste FMH en médecine interne, diabétologie et endocrinologie (rapports des 24 mars 2009 et 23 février 2012), D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en chirurgie de la main, la Dresse E _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main (rapport du 27 février 2011) :

- le Dr B _____ a posé les diagnostics de suspicion d'arthrose trapézo-trapézoïdienne sur status post-arthrodèse trapézo-métacarpienne et début d'arthrose scaphotrapézo-trapézoïdienne. La réalisation d'un scanner de la colonne du pouce était préconisée et une désarthrodèse trapézo-métacarpienne avec, en fonction de l'état local, la mise en place d'un implant en pyrocarbone type PI2 ou une trapézectomie suspension était également suggérée. Le 7 janvier 2009, le Dr B _____ a précisé que l'assuré ne pouvait en aucun cas avoir une activité professionnelle avec sa colonne de pouce en raison de son arthrose péri-trapézienne dans le cadre d'une prise en charge initiale d'arthrose trapézo-métacarpienne. En raison de douleurs invalidantes de sa colonne du pouce, une intervention chirurgicale a été planifiée le 14 janvier 2009, l'assuré ne pouvant exercer d'activité professionnelle jusque-là ;

- le Dr C _____ mentionne dans son rapport du 24 mars 2009 que l'assuré subissait une limitation fonctionnelle de l'usage de sa main droite dans la vie courante de 40% et l'usage de la main droite était compromis à 100% ;

- dans un rapport du 4 avril 2009, le Dr A _____ a diagnostiqué des douleurs persistantes de la colonne du pouce après réarthrodèse trapézo-métacarpienne droite, arthrodèse trapézo-métacarpienne droite incomplètement consolidée, arthrose secondaire scapho-trapézo-trapézoïdienne droite, migration majeure d'implant (IKW intra-scapho-capitato-lunaire) et neuropathie irritative / compressive réactionnelle du nerf médian dans le tunnel carpien droit. Il a notamment suggéré une réopération compte tenu de la consolidation incomplète de la réarthrodèse ainsi que de la présence totalement ectopique et dans une zone fonctionnelle importante d'une broche ayant migré, avec en outre une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne. Le type d'arthroplastie restait toutefois à déterminer, le consensus actuel parlant en faveur des résections du trapèze avec plastie d'interposition tendineuse. Selon le médecin, les atteintes relevées entraînaient en substance une atteinte à l'intégrité qu'il estimait à 10% selon l'annexe 3 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents et ce quelle que soit la chirurgie ultérieure. Le 31 août 2009, il rappela au conseil de l'assuré qu'un recyclage était nécessaire, l'assuré n'allant à l'évidence pas reprendre son activité de garçon d'office ou tout autre travail de force. De plus, après l'arthrodèse trapézo-métacarpienne, il existait des risques marqués de décompensation de l'arthrose trapézo-trapézoïdienne déjà existante, raison pour laquelle il était important que l'assuré soit recyclé dans une nouvelle profession. En effet, dans le cadre d'une activité adaptée, le traitement chirurgical, qui était le même que celui proposé par le Dr B _____, était réalisable ;

- selon le Dr D _____, l'assuré se plaignait de douleurs de la colonne du pouce droit après une arthrodèse trapézo-métacarpienne ayant fusionné. Le diagnostic d'arthrodèse scapho-trapézo-trapézoïdienne de surcharge après arthrodèse trapézo-métacarpienne a été posé. Il proposait également à l'assuré une

trapézectomie avec une ligamentoplastie après avoir réséqué le trapèze (désarthrodèse) pour éviter le conflit entre le trapèze et le pôle distal du scaphoïde ;

- la Dresse E_____ indique dans un certificat initial LAA du 27 février 2011 que l'assuré présentait des douleurs sur la colonne du pouce et à la main droite. Une intervention chirurgicale aux HUG lui avait été proposée mais il souhaitait un deuxième avis. Les constatations faites lors d'un unique examen le 19 janvier 2011 avaient permis de mettre en évidence une exclusion fonctionnelle du pouce droit ;

- dans un certificat médical du 23 février 2012, le Dr C_____ indique que l'assuré souffre des séquelles de l'accident de 1996 qui l'a rendu inapte à travailler à 100% dans son ancienne activité de garçon d'office ainsi que dans toute activité impliquant l'usage répété de la main droite. La situation médicale du recourant ne s'est pas stabilisée, ce dernier devant prochainement bénéficier d'une nouvelle intervention chirurgicale au poignet droit aux HUG (chirurgie de la main), ce qui rend – pour l'instant – impossible toute évaluation de l'atteinte portée à l'intégrité physique.

8. Par courrier du 9 mai 2012, l'assuré a annoncé à l'assureur avoir subi une opération suite à l'accident du 23 février 1996. Il a produit un certificat médical du Dr B_____ attestant une incapacité de travail à 100% pour accident du 8 mai au 30 juin 2012. Il a requis la feuille d'assurance, celle pour la pharmacie et a demandé à l'assureur de « faire le nécessaire pour les indemnités ».
9. Le 9 juillet 2012, l'assureur – en se référant à la correspondance échangée ainsi qu'à un récent entretien téléphonique – a fait savoir à l'assuré qu'il n'avait pas encore tous les éléments pour prendre position quant à la relation de causalité entre l'accident dont il a été victime le 23 février 1996 et les traitements dont il a bénéficié depuis le 8 mai 2012. Il a cependant annoncé qu'il déduisait de l'absence de certificat de travail que l'assuré n'avait aucune activité lucrative et ce, malgré une capacité totale de travailler. Par conséquent, l'assureur a annoncé ne pas pouvoir entrer en matière sur la demande de versement d'indemnités journalières au sens de la LAA.
10. Le 29 août 2012, Me Marilyn NAHMANI a informé l'assureur qu'elle représentait dorénavant les intérêts de l'assuré et qu'elle avait pris connaissance des courriers échangés depuis le 9 mai 2012. Elle a reproché à l'assureur le temps qu'il prenait à se déterminer alors qu'il disposait de tous les éléments pertinents et a rappelé que la relation de causalité entre l'accident du 23 février 1996 et l'opération du 8 mai 2012 était établie par le dossier médical de son client ainsi que par le Dr B_____. En outre, elle a relevé que le Dr A_____ – expert de l'intimée et qui connaissait parfaitement le dossier médical – avait « autorisé la nouvelle intervention du 8 mai 2012 » et que l'absence d'activité lucrative exercée par son client avant l'opération du 8 mai 2012 était sans pertinence, l'intimée ayant

précédemment versé à l'assuré les indemnités auxquelles il avait droit, basées sur le salaire qu'il a réalisé durant l'année antérieure à l'accident. En conséquence, elle a demandé à l'intimée de verser à son client au moins les indemnités journalières des trois derniers mois.

11. Par courrier du 7 septembre 2012, l'assureur a indiqué au conseil de l'assuré que l'instruction d'une éventuelle rechute ou de séquelles tardives d'un accident ancien nécessitait des investigations complexes. Il s'agissait dès lors de déterminer si l'intervention pratiquée était justifiée par les suites de l'événement. A cette fin et suite aux compléments apportés au dossier, son service médical devait prendre position quant à la causalité entre l'accident de 1996 et les traitements récents, et évaluer la durée durant laquelle une éventuelle incapacité de travail se justifiait suite à cette intervention. Concernant le montant de l'éventuelle indemnité journalière due à l'assuré qui n'exerçait aucune activité lucrative avant la rechute annoncée, l'assureur a estimé qu'une indemnité de 27 fr. 79 par jour, correspondant à 10% du montant maximum assuré au moment de la rechute, se justifiait. En conclusion, l'assureur a déclaré qu'il tiendrait l'assuré informé de ses conclusions et de sa prise de position dès qu'il le pourrait.
12. Le 10 septembre 2012, l'assureur a annoncé au conseil de l'assuré que son médecin-conseil avait relevé que le Dr F _____, dans un rapport d'expertise rendu le 16 décembre 1996, notait un état antérieur justifiant une arthrodèse, laquelle avait été proposée par le Dr G _____. Afin de compléter son dossier, il a demandé à son assuré de lui indiquer quel était l'assureur-accidents ayant pris en charge les suites de l'accident du mois d'avril 1992, lorsqu'il travaillait auprès de l'Auberge X _____. Il a également demandé au conseil de l'assuré de lui apporter des précisions sur les circonstances de l'accident ou des accidents antérieurs à celui d'avril 1992.
13. Depuis lors, un important échange de courriers est intervenu entre l'assureur, l'assuré et sa mandataire, les parties divergeant notamment quant au versement des indemnités journalières et la nécessité d'instruire le dossier sur le plan médical. L'assuré s'est notamment plaint auprès de l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP), autorité de surveillance en matière d'assurance-accidents, du comportement de l'assureur dans la gestion du dossier auquel il reprochait un « comportement dilatoire ». Le 9 novembre 2012, le conseil du recourant a adressé à l'Office des poursuites de Zürich une réquisition de poursuite à l'encontre de l'assureur pour un montant total de 177'346 fr. 10, plus 5% d'intérêts composés l'an, depuis le 31 décembre 2007, laquelle a été frappée d'opposition.
14. Une proposition transactionnelle du 11 mars 2013 de l'assureur de verser à l'assuré, sans reconnaissance de responsabilité, des indemnités journalières de 27 fr. 79 pour la période allant du 8 mai 2012 au 30 octobre 2012 ainsi que de prendre en charge les frais de traitements liés à l'intervention du 8 mai 2012 a été refusée par l'assuré.

De même, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise orthopédique auprès du Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, acceptée dans un premier temps par l'assuré, a été finalement refusée.

15. Par acte du 3 septembre 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, saisit la Cour de céans d'une « plainte pour déni de justice et demande en paiement ». Préalablement, il requiert l'audition des Drs A_____, B_____ et C_____ et qu'une expertise neutre soit confiée à un spécialiste en chirurgie de la main concernant exclusivement l'incapacité de travail depuis le 1^{er} octobre 2007. Sur le fond, il demande à ce qu'il soit dit et constaté que l'intimée dispose d'un dossier complet lui permettant de se déterminer, qu'elle n'est au surplus pas habilitée à remettre en cause le lien de causalité naturelle entre l'accident du 23 février 1996 et les douleurs et interventions qu'il a subies depuis lors, cette question ayant déjà été tranchée sur le plan médical et juridique. Enfin, il conclut à ce que la Cour condamne l'intimée à prendre en charge la nouvelle intervention visant à procéder à l'ablation des broches posées suite à l'accident de 1996, à lui verser ses indemnités journalières depuis le 1^{er} octobre 2007 à ce jour, à hauteur de 95 fr. 45 par jour, ainsi que de prononcer la mainlevée définitive de l'opposition faite au commandement de payer, poursuite n° _____, notifié le 15 novembre 2012.
16. Dans sa réponse, l'intimée s'en rapporte à justice quant à la recevabilité du recours. Pour le surplus, elle conclut à son rejet et au déboutement du recourant dans toutes ses conclusions, sous suite de frais et dépens. Elle considère que le recours est irrecevable dans la mesure où le recourant conclut à ce qu'elle soit condamnée à lui payer des prestations portant sur la période antérieure et postérieure à l'opération du 8 mai 2012. S'agissant de la période antérieure au 8 mai 2012, l'intimée relève qu'un arrêt de la Cour de céans du 30 juillet 2008 avait confirmé sa décision sur opposition et qu'une capacité de travail totale dès le 1^{er} janvier 1998 et l'absence de droit à une rente d'invalidité du recourant y avaient été définitivement constatés, sous réserve d'une éventuelle rechute ou de suites tardives. En ce qui concerne le droit éventuel à des prestations liées à la rechute annoncée de mai 2012, aucune décision ou décision sur opposition n'ont été rendues, de sorte qu'aucune voie de recours n'est donnée. L'intimée expose en substance qu'elle doit évaluer l'existence d'une relation de causalité entre un accident ancien et les plaintes émises de nombreuses années après l'événement, car « l'existence d'un état antérieur important n'avait pas été instruit avec suffisamment de rigueur au début du dossier ». La récolte des renseignements est particulièrement laborieuse et nécessite de longues et difficiles mesures d'instruction. L'expertise à laquelle le recourant avait initialement accepté de se soumettre et qu'il a reportée pour des motifs impérieux lui aurait certainement permis de se prononcer tant sur la question de la causalité que de l'étendue du droit à d'éventuelles prestations. L'intimée conclut à l'absence de tout retard ou refus de rendre une décision et demande qu'il

soit rappelé au recourant qu'il lui incombe de se soumettre aux mesures d'instruction de son assureur.

17. Dans ses observations complémentaires du 28 octobre 2013, le conseil du recourant persiste dans ses conclusions, avec suite de frais et dépens. A titre liminaire, il indique que « le plaignant souligne qu'aussi bien par l'opposition faite au commandement de payer qui lui a été notifiée que par ses prises de position résultant des nombreuses correspondances échangées, l'intimée a indirectement fait part de sa détermination sur les prétentions chiffrées du plaignant, même si formellement, [...] aucune décision ou décision sur opposition n'a été rendue. [et que] ce serait faire preuve de formalisme excessif que de considérer qu'il ne s'est pas encore déterminé ». Toutes les demandes du recourant ont clairement été écartées par une fin de non-recevoir. Par conséquent, il considère que « l'absence de décision sur le plan formel accentue l'attitude dilatoire et abusive de l'intimée », de sorte qu'il convient d'admettre la recevabilité du recours, « aussi bien pour ce qui a trait au déni de justice qu'à la demande en paiement ». Pour le surplus, il persiste dans ses arguments maintes fois développés.
18. Après communication de cette écriture et des pièces à l'intimée, la cause a été 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; RS 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Selon l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Le recours peut aussi 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).

En l'espèce, le recourant considère que l'absence de décision et l'attitude dilatoire de l'intimée sont constitutives d'un déni de justice. Il prend par conséquent des conclusions sur le fond en demandant que l'intimée soit condamnée à verser les indemnités journalières et à prendre en charge les frais médicaux nécessités par la rechute.

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Dans ce cas, seuls le refus de statuer ou le retard à statuer constituent l'objet du litige soumis au tribunal des assurances et non les droits ou les obligations du droit de fond, sur lesquels l'intéressé a demandé expressément à l'assureur de se prononcer (arrêts non publiés K. et J. du 23 octobre 2003, [I 328/03], consid. 4.2 et [K 55/03], consid. 2.4; cf. KIESER, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, ch. 12 et 13 ad art. 56). L'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait donc se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATFA du 27 mars 2006, cause U 23/05, consid. 6). L'art. 69 al. 4 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; RS/GE E 5 10) 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.

En l'absence de décision rendue par l'intimée, à ce stade seule est donc litigieuse la question de savoir si l'intimée s'est rendu coupable d'un déni de justice.

Les conclusions du recourant portant sur le fond du litige sont quant à elles irrecevables.

3. L'art. 29 al. 1^{er} de la Constitution fédérale dispose que toute personne a droit, dans une procédure administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. À l'instar de l'art. 6 par. 1 de la Convention européenne des droits de l'homme – qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue (RCC 1978 p. 325 consid. 2) –, cette disposition consacre le principe de la célérité, autrement dit prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 124 I 139 consid. 2c ; ATFA non publié du 11 mai 2007, I 946/05, consid. 5.1).

En assurances sociales, ce principe est désormais consacré par 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 61 consid. 4b), mais qui ne saurait toutefois l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète (ATF 129 V 411 consid. 1.2 ; ATFA C_5204/2012 du 5 octobre 2012, consid. 4.1).

La LPGA ne fixe pas le délai dans lequel l'assureur doit rendre sa décision. Selon la jurisprudence, l'autorité viole le principe de célérité lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 119 Ib 311 consid. 5 p. 323; 117 Ia 193 consid. 1b in fine et c p. 197; 107 Ib 160 consid. 3b p. 165; MÜLLER, Grundrechte in der Schweiz, Berne 1999, p. 505 s.; MÜLLER, Commentaire de la Constitution fédérale, n. 93 ad art. 4 aCst.; HAEFLIGER/SCHÜRMAN, Die Europäische Menschenrechtskonvention und die Schweiz, Berne 1999, p. 200 ss). 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. Il convient de se fonder à ce propos sur des éléments objectifs. 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 C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; ATF 124 I 142 consid. 2c, 119 Ib 325 consid. 5b et les références citées), mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple ; MOOR, Droit administratif, vol. II « Les actes administratifs et leur contrôle », 2^{ème} éd., Berne 2002, p. 292 et la note n°699 ; ATF C 53/01 du 30 avril 2001). À cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas

échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c, p. 158 s.). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure administrative (HAEFLIGER/SCHÜRMAN, op. cit., p. 203-204; AUER / MALINVERNI / HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, n. 1243)..

La durée du délai raisonnable n'est pas influencée par des circonstances étrangères au problème à résoudre. Si on ne saurait reprocher à une autorité quelques temps morts, inévitables dans une procédure (ATF 124 I 142 consid. 2c, 119 Ib 325 consid. 5b et les références citées), une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure car il appartient à l'Etat de donner aux autorités judiciaires les moyens organisationnels et financiers suffisants pour garantir aux citoyens une administration de la justice conforme au droit constitutionnel (ATF 126 V 249 consid. 4a; voir à propos de l'art. 29 al.1 Cst. et de la garantie correspondante déduite auparavant de l'art. 4 al. 1 aCst.: ATF 125 V 191 consid. 2a, 375 consid. 2b/aa, 119 Ib 325 consid. 5b; ATF 122 IV 103 consid. I/4 p. 111; ATF 119 III 1 consid. 3 p. 3; MÜLLER, op. cit., p. 506 s.; HAEFLIGER /SCHÜRMAN, op. cit., p. 204 s.; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, op. cit., nos 1244 ss). 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). 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 249 consid. 4a).

La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste aussi 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).

4. En l'espèce, depuis l'annonce de sa rechute, le recourant sollicite le versement d'indemnités journalières ainsi que la prise en charge des frais médicaux. L'intimée considère quant à elle que la question ne peut être réglée qu'à l'issue d'une instruction complémentaire.

La Cour de céans constate que depuis le 9 février 2012, les parties ont échangé un nombre impressionnant de courriers lesquels, au vu de leur contenu, s'apparentaient plus à des discussions en vue d'aboutir à une solution transactionnelle. Or, cette dernière a été refusée par le recourant en date du 27 mars 2013, date à laquelle il a requis la notification d'une décision formelle de refus de prise en charge des indemnités journalières. Cependant, par la suite, les parties ont à nouveau échangé de nombreux courriers. Une expertise, ordonnée par l'intimée le 10 mai 2013 et

acceptée dans un premier temps, a finalement été contestée par le recourant en date du 16 août 2013. Dans son écriture, il a requis une nouvelle fois le versement d'indemnités journalières depuis le 8 mai 2012, réduites à 50% depuis le 1^{er} juin 2013. A partir de cet instant, toute négociation était close.

Au vu des pièces du dossier et de l'échange épistolaire intervenu entre les parties depuis l'annonce de la rechute, la Cour de céans considère que l'on ne peut faire grief à l'intimée d'avoir commis un déni de justice. Cela étant, dès lors que le recourant a manifesté son désaccord, il appartient à l'intimée de rendre une décision (cf. art. 49 al. 1 LPGA).

5. Mal fondé, le recours pour déni de justice est rejeté.

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

**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. Dit que la procédure est gratuite.
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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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