

GE_GERICHTE A/760/2020 vom 7. Oktober 2020

GE Cour de justice, 2020-10-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_760_2020

FR: GE_GERICHTE A/760/2020 du 7 octobre 2020

IT: GE_GERICHTE A/760/2020 del 7 ottobre 2020

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 07.10.2020
A/760/2020

A/760/2020 ATAS/847/2020 du 07.10.2020 (LAA), REJETE En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/760/2020 ATAS/847/2020 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 7 octobre 2020 4 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié _____ à F_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Éric MAUGUÉ recourant contre B_____, sis _____ à LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) a été engagé en qualité d'hockeyeur professionnel par le C_____ (l'employeur) pour deux saisons successives, la dernière débutant le 10 août 2017 et se terminant le 31 mai 2018. À ce titre, il était assuré auprès de B_____ (ci-après l'assurance ou l'intimée) pour l'assurance-accidents obligatoire et complémentaire. 2. L'employeur a adressé à l'assurance, le 12 février 2018, une déclaration d'accident LAA annonçant que l'assuré s'était blessé le 1 er février 2018. Il avait subi une torsion et une entorse du poignet droit en chutant lors d'un match de hockey. 3. Le 21 mars 2018, l'assuré a été opéré à la clinique de la Colline par le docteur D_____, spécialiste en chirurgie de la main. 4. Le 5 juin 2018, l'assurance a informé l'assuré que pour déterminer la suite de son intervention, elle le priait de bien vouloir se soumettre à une expertise médicale, qui avait été confiée au docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique de la main FMH, à Lausanne, le 14 septembre 2018. 5. Le 5 juin 2018, l'assurance a transmis au Dr E_____ la mission d'expertise et le dossier médical de l'assuré. 6. Par décision du 5 juin 2018, l'assurance a informé l'assuré qu'elle lui versait l'indemnité journalière à 100% du 1 er mai 2018 jusqu'au 31 mai 2018. 7. Le 18 juin 2018, le Dr D_____ a informé l'assurance que la lésion du « TFCC » était une blessure longue à traiter, surtout chez un sportif du niveau de l'assuré. Ces patients ne pouvaient pas faire de force ou pratiquer de sport pendant trois mois après l'opération. Puis il fallait compter trois mois pour la récupération. Ce n'était qu'à ce moment-là que la reprise de la compétition était envisageable. 8. Le 21 juin 2018, l'assurance a informé le Dr D_____ que selon la jurisprudence en la matière, les incapacités de travail pouvaient être partielles, de 25%, 50% et 75% jusqu'à la pleine capacité de travail. Les principes suivants, rencontrés également dans le Protocole de retour au jeu qui lui était transmis en annexe, pouvaient le guider. Dans la pratique, en cas de rééducation suite à une blessure, par exemple effectuée seule avec les physiothérapeutes et à l'écart du groupe, il était clair que le joueur n'était pas apte à reprendre son activité professionnelle et qu'une incapacité de travail de 100 % lui était reconnue. Une capacité de travail partiel (25 % par exemple) pouvait néanmoins être retenue dès le moment où le joueur s'adonnait, par exemple, à des obligations annexes, mais non négligeables, de son contrat de travail, comme une participation à des séances de signatures d'autographes ou à

d'autres réunions ou manifestations avec des sponsors du club. Par la suite, lorsqu'il y avait reprise d'entraînements, seul ou en groupe, il ne pouvait encore être question d'une capacité de travail entière, celle-ci pouvant toutefois être estimée entre 50 % et 75 % selon les cas. À partir du moment où le joueur pouvait s'entraîner à fond avec les autres, quand bien même la compétition n'avait pas été encore reprise, la capacité de travail du joueur pouvait être estimée entre 75 % et 100 %. C'était au plus tard au jour de la reprise de la compétition que l'incapacité de travail se terminait. Le médecin ne devait donc pas se borner à un choix binaire et devait être plus nuancé. En conséquence, il était demandé au Dr D_____, de se prononcer sur les taux et dates d'incapacité de travail à reconnaître à l'assuré. 9. Le 22 juin 2018, l'assuré a contesté le choix du Dr E_____, car celui-ci n'avait pas été désigné par l'assurance de façon consensuelle, conformément aux exigences fixées par le Tribunal fédéral. Pour des motifs pratiques, il était indiqué de désigner un expert au F_____, où il était retourné. 10. Le 5 juillet 2018, le Dr D_____ a évalué l'évolution de l'incapacité de travail de l'assuré à 100 % dès le 23 mars 2018 (opération), 75 % dès le 2 mai 2018 (six semaines post-op.), 50 % dès le 16 mai 2018 (huit semaines post-op.), 25% dès le 13 juin 2018 (12 semaines post-op.) et 0 % dès le 21 septembre 2018 (six mois post-op.). 11. Le 31 juillet 2018, l'assurance a prié l'assuré de se rendre à la consultation d'expertise fixée, dès lors que celui-ci n'avait pas de nouvel emploi, précisant que ses frais de voyage seraient indemnisés. Il devait se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci étaient nécessaires à l'appréciation du cas et s'ils pouvaient être raisonnablement exigés, selon l'art. 43 al. 2 LPGA, faute de quoi l'assureur pourrait se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. 12. Le 31 juillet 2018, l'assurance a informé l'assuré que, sur la base des renseignements médicaux en sa possession, elle réglait l'indemnité journalière à 100 % du 1^{er} au 31 mai 2018, à 75 % du 2 au 15 mai 2018, à 50 % du 16 mai au 12 juin 2018 et à 25 % du 13 juin au 31 juillet 2018. Elle déduisait les indemnités journalières versées à 100 % du 1^{er} au 31 mai 2018. 13. Le 8 août 2018, l'assuré a contesté le calcul des indemnités journalières de l'assurance. Son contrat de travail prévoyait le versement d'une rémunération dans la mesure où il était apte à jouer des matchs. La validité de son contrat était d'ailleurs subordonnée à un examen médical attestant de sa pleine capacité pour exercer une telle activité. Ce contrat de travail ne disposait pas qu'il serait rémunéré à raison de 25 % pour signer des autographes, respectivement 50 %, voire 75 %, pour faire des entraînements. Cette prétendue capacité résiduelle de travail ne lui permettait pas de générer des revenus dans son activité habituelle. Compte tenu des éléments médicaux concordants figurant au dossier, selon lesquels il ne pourrait pas jouer de match jusqu'au mois de septembre suivant, il appartenait à l'assurance de lui verser, jusqu'à cette date le 100 % des indemnités journalières. L'assurance n'était en outre pas fondée à mettre en oeuvre unilatéralement un expert sans tenter au préalable de parvenir à une désignation consensuelle. En l'espèce, l'assuré avait suggéré que l'expertise soit confiée à un médecin au F_____, dès lors qu'il résidait désormais dans cet État, où se trouvaient de nombreux spécialistes en médecine du sport aptes à apprécier les capacités professionnelles de joueurs de hockey professionnels. L'assurance avait décidé de recourir au Dr E_____, sans motiver sa décision ni lui permettre de formuler des contre-propositions. Un tel procédé n'était pas compatible avec la jurisprudence. Si l'assurance persistait à ne pas accéder à sa demande raisonnable de désigner un expert au F_____, l'assuré souhaitait que l'expertise soit, en tout état de cause, confiée à des spécialistes en médecine du sport. Dès lors qu'il s'agissait d'apprécier sa capacité à reprendre son activité habituelle d'hockeyeur professionnel, il convenait de

s'adresser à des spécialistes à même d'apprécier correctement la situation. L'hôpital de la Tour disposait d'un centre dédié à la médecine du sport. 14. Le 30 août 2018, l'assuré a demandé à l'assurance de se déterminer sur son courrier du 8 août 2018 demeuré sans réponse. 15. Le 31 août 2018, l'assurance a informé l'assuré qu'en ce qui concernait l'indemnisation de la perte de gain, elle avait versé les montants reconnus jusqu'au 31 juillet 2018. Pour ce qui était de l'expertise médicale, à moins que le médecin traitant de l'assuré puisse lui certifier que l'évolution médicale actuelle permettait la reprise totale des activités dès le 21 septembre 2018, elle maintenait l'expertise. Aucun élément objectif ne permettait de retenir une prévention de l'expert. L'assurance ne s'opposait pas à l'avance de frais de voyage et de séjour et réservait un montant de CHF 2'000.- à faire valoir sur les justificatifs qui devraient lui être soumis. À la suite du rapport d'expertise, elle confirmerait sa prise de position définitive sous forme d'une décision. 16. Le 3 septembre 2018, l'assuré a constaté que l'assurance n'avait, dans son courrier du 31 août 2018, tenu aucun compte des griefs invoqués par lui le 8 août 2018. Une fois encore et pour les motifs déjà exposés, les taux d'incapacité travail retenus étaient contestés. Il lui appartenait de lui notifier une décision sujette à opposition. L'assurance maintenait la désignation du Dr E_____ sans faire valoir d'éléments objectifs pour ne pas entrer en matière sur sa proposition. Elle était invitée à statuer sur ce point par une décision incidente sujette à recours. 17. Le 4 octobre 2018, l'assurance a informé l'assuré que pour servir l'éventuelle suite des prestations d'indemnités journalières, elle restait dans l'attente des renseignements médicaux demandés le 8 septembre 2018 à son médecin traitant à F_____, le docteur G_____, orthopaedic surgery. 18. Le 5 octobre 2018, l'assuré a invité l'assurance à lui notifier une décision sujette à opposition relative à son droit aux indemnités journalières ainsi qu'une décision incidente sur la désignation de l'expert qu'elle entendait unilatéralement mettre en oeuvre. Passé le 26 octobre suivant, elle agirait en déni de justice. 19. Le 11 octobre 2018, l'assurance a pris acte du refus de collaborer de l'assuré, qui ne s'était pas présenté sans s'être excusé au rendez-vous fixé le 14 septembre 2018 par le Dr E_____. Elle devait instruire les cas. L'absence de recherche de concertation ou de consensus dans le processus de désignation de l'expert n'était pas un droit justiciable en soi et seules des raisons pertinentes et non de vagues sous-entendus permettaient de récuser un expert. Avant de se prononcer par décision, elle demandait à l'assuré de lui préciser, d'ici au 20 octobre 2018, en quoi consistait actuellement son emploi du temps depuis le 1^{er} septembre 2018 (description de ses journées-type et évolution de la situation actuelle). 20. Le 12 octobre 2018, l'assuré a octroyé un ultime délai de cinq jours à l'assurance pour statuer au moyen d'une décision incidente sujette à recours sur la désignation d'un expert. 21. Le 16 octobre 2018, l'assuré a indiqué à l'assurance 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. Il invitait l'assurance à reprendre le versement de celles-ci à compter du 1^{er} septembre 2018. S'agissant de son droit à de telles prestations jusqu'au 31 août 2018, il invitait l'assurance une fois encore à lui notifier une décision formelle sujette à opposition. Passé le 26 octobre suivant, à défaut d'une telle décision, il agirait en déni de justice. 22. Le 23 octobre 2018, l'assurance a informé l'assuré que le Dr G_____ lui avait fait parvenir l'avis médical demandé et qu'il lui reconnaissait une incapacité de travail de 20 % jusqu'en décembre. Sur la base de cet avis, elle lui verserait la suite des indemnités journalières jusqu'à la fin du mois d'octobre 2018. Il recevrait prochainement le décompte de prestations y relatif. 23. Le 7 novembre 2018, l'assurance a transmis à l'assuré une copie des décomptes récapitulatifs des indemnités

journalières du 1^{er} septembre au 31 octobre 2018 en s'excusant du délai avec lequel il les avait établis. 24. Le 26 novembre 2018, l'assuré a formé un recours pour déni de justice auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. 25. Par décision du 13 février 2019, l'assurance a informé l'assuré qu'elle entendait s'en tenir aux taux et durées d'incapacité de travail retenus par le Dr D_____, sur la base desquels elle lui avait versé les indemnités journalières jusqu'au 31 août 2018 : - 100% du 22 mars au 1^{er} mai 2018 ; - 75% du 2 mai au 15 mars 2018 ; - 50% du 16 mai au 12 juin 2018 ; - 25% du 13 juin au 31 août 2018. 26. Par arrêt du 25 février 2019 (ATAS/147/2019), la chambre des assurances sociales a constaté que le recours pour déni de justice était devenu sans objet, l'assurance ayant rendu une décision dans l'intervalle. 27. L'assuré a recouru contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral. 28. Le 4 mars 2019, l'assurance a informé l'assuré qu'elle allait procéder à une expertise médicale afin d'examiner l'obligation de sa prise en charge du cas. Il lui proposait deux nouveaux noms d'experts, soit le docteur H_____ ou le docteur I_____, tous deux experts SIM certifiés et spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie. 29. Le 6 mars 2019, l'assuré a formé opposition à la décision du 13 février 2019 de l'assurance qui fixait son droit aux indemnités journalières pour la période du 22 mars au 31 août 2018. Son contrat de travail prévoyait, à l'instar de n'importe quel contrat de travail de joueurs professionnels de hockey, le versement d'une rémunération dans la mesure où il était apte à jouer des matchs. La validité de son contrat était subordonnée à un examen médical attestant de sa capacité pour exercer une telle activité. Son contrat ne prévoyait pas qu'il serait rémunéré à raison de 25 % pour signer des autographes, respectivement 50 %, voire 75 % pour faire des entraînements. Cette prétendue capacité résiduelle de travail ne lui permettait en aucun cas de générer un revenu dans son activité habituelle. Ainsi, l'assuré concluait au paiement des indemnités journalières à raison d'une incapacité de travail à 100 % du 22 mars au 31 août 2018. 30. Le 19 mars 2019, l'assuré a estimé que l'assurance ignorait délibérément, une fois encore, la jurisprudence qui lui imposait de tenter de parvenir à une désignation consensuelle de l'expert. Il s'agissait de mettre en oeuvre une expertise qui portait sur l'incapacité de travail d'un joueur de hockey professionnel. Une spécialisation en médecine du sport paraissait un prérequis incontournable pour mener à bien une telle mission. Il avait proposé quatre noms d'experts. Sans même discuter ces suggestions, l'assurance proposait à nouveau unilatéralement des médecins, qui ne présentaient aucune compétence particulière en matière de médecine du sport. De plus, à l'instar du Dr E_____, ces derniers étaient très régulièrement mandatés par les assurances et entretenaient des rapports étroits avec celles-ci. De tels profils conduisaient à émettre de sérieuses réserves quant à leur impartialité. L'assuré demandait donc à l'assurance de prendre en considération ses suggestions. 31. Le 21 mars 2019, l'assurance a rappelé qu'elle avait renoncé au premier expert proposé, quand bien même l'assuré n'avait avancé aucun motif objectif de récusation. Ce dernier refusait les deux nouveaux experts proposés, qui étaient pourtant également au bénéfice d'une formation d'expert SIM. Une telle obstruction était incompréhensible. Le choix de l'expert ainsi que la mise en oeuvre d'une expertise étaient du ressort et de la compétence de l'assureur-accidents LAA. Le fait que les experts proposés étaient des spécialistes, non seulement en orthopédie, mais également en expertises médicales, ne pouvait faire obstacle à leur fonctionnement comme experts, ce d'autant plus s'ils fonctionnaient également comme médecin-conseil de l'un ou l'autre assureur concurrent. Cela ne constituait pas un motif de récusation. Les experts proposés par l'assuré ne disposaient pas de la formation SIM en expertise, raison pour laquelle il n'y avait aucune

raison de s'écarter des experts proposés par l'assurance. Celle-ci avait donc arrêté son choix sur le Dr I_____. En cas de refus de l'assuré de se soumettre à l'expertise, les frais seraient mis à sa charge et il reviendrait à la chambre des assurances sociales de se pencher sur son obstruction systématique. 32. Le 22 mars 2019, l'assuré a invité l'assurance à lui notifier sans délai une décision incidente sujette à recours. 33. Le 7 mai 2019, l'assuré a invité l'assurance à statuer par décision sur opposition sur son droit aux indemnités journalières du 22 mars au 31 août 2018. 34. Par décision du 17 mai 2019, l'assurance a désigné le Dr I_____ pour procéder à l'expertise de l'assuré. 35. Le 6 juin 2019, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. 36. Le 14 août 2019, le l'assuré a transmis à la chambre de céans un courrier adressé directement à lui par l'assurance le 11 juillet 2019, lui proposant deux nouveaux experts spécialisés en médecine du sport, soit le docteur J_____, ancien chef de clinique à K_____, orthopédiste, spécialisé en sports d'équipe, proposé sur la « List of Medical Service Providers » de l'US Embassy for Switzerland, et le docteur L_____, orthopédiste, expert SIM, spécialisé en médecine du sport, de la Clinique de M_____. L'intimée précisait n'avoir aucun lien avec ces deux experts, qu'elle n'avait jamais mandatés. 37. Le 11 septembre 2019, le nouveau conseil récemment mandaté par l'intimée a requis une prolongation pour faire des observations. 38. Par arrêt du 30 janvier 2020 (8C_237/2019), le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours formé par l'assuré contre le jugement de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice du 25 février 2019. 39. Le 21 février 2020, l'assuré, faisant suite à l'opposition qu'il avait formée le 6 mars 2019 contre la décision du 13 février 2019 et ses courriers des 7 mai, 7 juin et 17 septembre 2019 demeurés sans réponse, a accordé un ultime délai de cinq jours à l'assurance pour statuer sur son opposition, faute de quoi il s'agirait pour déni de justice auprès de la chambre des assurances sociales. 40. Le 28 février 2020, l'assurance, faisant référence à son courrier du 11 juillet 2019, a rappelé à l'assuré qu'elle entendait également soumettre à l'expert médical la problématique de son taux d'incapacité de travail du 22 mars au 31 août 2018. Il lui était demandé en conséquence de se déterminer sur sa proposition d'experts du 11 juillet 2019, à laquelle il n'avait pas répondu à ce jour. 41. Le 2 mars 2020, l'assuré a formé un recours pour déni de justice. Il demandait que l'assurance soit invitée à rendre sans délai une décision sur opposition sur son droit aux indemnités journalières pour la période du 1 er mai au 31 août 2018, la question ne présentant aucune complexité particulière et ne nécessitant aucune mesure d'investigation. Les parties divergeaient simplement sur la notion d'incapacité travail pour un sportif d'élite. 42. Par arrêt du 4 mars 2020 (ATAS/178/2020), la chambre de céans a admis le recours, considérant que le refus du recourant que les Drs E_____, puis I_____ soient désignés pour faire l'expertise, au motif, notamment, que ceux-ci n'étaient pas spécialisés en médecine du sport, paraissait justifié dans le cas d'espèce, qui concernait un hockeyeur professionnel. Au cours de la procédure de recours, l'intimée avait proposé deux autres experts par courrier adressé directement au recourant, précisant qu'il s'agissait de deux spécialistes en médecine du sport, qu'elle n'avait jamais mandatés. L'intimée avait ainsi tenté de trouver un accord avec le recourant. Vu l'absence de critiques formulées par le recourant contre les derniers experts proposés, la chambre de céans a retenu qu'un consensus était intervenu entre les parties et, conformément à la demande du recourant, a désigné le Dr J_____ comme expert. 43. Le 17 avril 2021, le Dr J_____ a informé l'assurance qu'il n'avait actuellement ni la disponibilité ni les conditions nécessaires pour mener à bien son mandat d'expertise de l'assuré. 44. Le 20 avril 2020, l'assurance a transmis la mission d'expertise au Dr L_____ en le remerciant d'avoir accepté

de procéder à l'expertise de l'assuré. 45. Le 22 avril 2020, l'assuré a fait valoir auprès de l'assurance que la chambre des assurances sociales avait désigné le Dr J _____ comme expert et l'invitait à amener ce dernier à plus de raison. 46. Le 27 avril 2020, l'assurance a répondu à l'assuré qu'elle avait demandé au Dr J _____ de procéder à l'expertise, mais que celui-ci n'avait pas voulu s'en charger. C'était donc logiquement qu'elle s'était tournée vers l'autre expert, qui correspondait aux critères que l'assuré avait admis, lequel avait accepté de faire l'expertise. 47. Le 15 mai 2020, l'intimée a répondu que suite à l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 4 mars 2020, elle avait mandaté le Dr J _____, qui avait refusé le mandat. Elle avait en conséquence opté pour le Dr L _____ à l'encontre duquel l'assuré n'avait fait valoir aucun motif de récusation, puisqu'il disposait de la spécialisation SSMS en médecine du sport, ce qu'il souhaitait. Partant, et en l'absence d'objection fondée, l'expertise projetée devait logiquement pouvoir aller de l'avant et se dérouler prochainement afin que l'ensemble de l'incapacité de travail de l'assuré, y compris pour la période du 1 er mai au 31 août 2018, puisse être tranchée. Dans ces circonstances, l'assurance n'avait pas commis de déni de justice. L'intimée concluait au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. 48. Le 20 mai 2019, le recourant a répondu à l'intimée que celle-ci s'était arrangée pour que l'expertise soit finalement confiée au Dr L _____ et il émettait les plus expresses réserves sur l'expertise que celui-ci réaliserait. 49. Selon un rapport médical établi le 30 mai 2019 par le Dr G _____, l'assuré avait fait l'objet d'une opération en mars 2018 et était totalement incapable de jouer au hockey. 50. Le 2 juin 2020, le recourant a demandé le report à une date ultérieure au 5 août 2020 de la date fixée par le Dr L _____ pour procéder à son expertise, soit le 17 juillet 2020, au motif qu'il se mariait le 24 juillet et que le F _____ imposait un confinement de 14 jours lors d'un retour d'Europe. 51. Par réplique du 10 juin 2020, le recourant a fait valoir qu'une décision avait été rendue par l'assurance le 13 février 2019, par laquelle elle avait statué sur son droit aux indemnités journalières jusqu'au 31 août 2018. Cette décision était motivée sur la base d'un protocole de retour au jeu, soi-disant en vigueur dans le monde des sports d'élite. Ce protocole avait été soumis au Dr D _____, qui avait indiqué, le 5 juillet 2018, que le recourant pouvait reprendre progressivement une activité, dans un premier temps à 25 %, puis à 50 % et enfin à 100 %. La décision reprenait la position que l'assurance avait exprimée à plusieurs reprises, qui résultait des décomptes de prestations adressés auparavant à l'assuré. L'assurance s'était ainsi prononcée d'une manière qui la liait sous la forme d'une décision en lien avec son droit aux indemnités journalières pour la période du 22 mars au 31 août 2018. Dans son opposition, le recourant avait fait valoir que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le moment déterminant à partir duquel un joueur professionnel était censé avoir recouvré sa capacité travail et n'avait donc plus droit à l'indemnité journalière était, en règle générale, celui où il était à nouveau en mesure d'effectuer le programme d'entraînement complet (RAMA 1994 V 204 , p. 317, cité par CATTANEO « Sports et assurances sociales » in Cahier genevois et romand de sécurité sociale, n. 45, 2010, p. 160). Cette jurisprudence signifiait concrètement que l'incapacité de travail prenait fin lorsque le joueur professionnel assuré était, du point de vue médical, à même de reprendre la compétition, indépendamment de l'opinion des entraîneurs. Dans son cas, c'était de manière parfaitement infondée que l'assurance avait retenu que sa capacité de travail serait de 25 %, dès lors qu'il pouvait signer des autographes, respectivement de 50 %, voire de 75 % pour réaliser des entraînements, sans disposer de toutes ses capacités physiques. Ainsi, il appartenait à l'intimée de statuer sur les griefs formulés au moyen d'une décision sur opposition. Il n'y avait aucune raison d'attendre la réalisation d'une expertise médicale, dès lors que la

position de l'assurance avait déjà été arrêtée au moyen d'une décision formelle en ce qui concernait la période du 22 mars au 31 août 2018. Si l'expertise n'avait toujours pas pu être mise en oeuvre, ceci tenait exclusivement à l'attitude de l'assurance intimée qui s'était obstinée à ne pas respecter les exigences jurisprudentielles en matière de tentative préalable de désignation consensuelle de l'expert à mettre en oeuvre. Cette expertise n'était nullement destinée à apprécier la capacité de travail du recourant antérieurement au 1^{er} septembre 2018. Il appartenait ainsi à l'assurance de statuer sur l'opposition dans un délai approprié. Le litige était parfaitement circonscrit. Aucune mesure d'instruction n'était nécessaire et il était inadmissible que le recourant ne se soit pas vu notifier une décision plus d'une année après son opposition. L'intimée commettait ainsi un déni de justice formel qu'il convenait de sanctionner, tout en en l'invitant à statuer sans délai, sous la menace des peines prévues par l'art. 292 du code pénal, au vu de son attitude dans le traitement de ce dossier. 52. Le 18 juin 2020, l'intimée a informé la chambre des assurances sociales qu'il ressortait des pièces nouvellement produites que l'expertise médicale initialement prévue le 17 juillet 2020 auprès du Dr L_____ aurait lieu à la fin du mois d'août, respectivement au début du mois de septembre. En effet, à bien plaisir, l'intimée avait accepté de reporter la date de l'expertise à la fin de l'été afin de tenir compte des desiderata du recourant. Celui-ci était donc malvenu de se plaindre des prétendues lenteurs de l'intimée et d'un déni de justice. Le protocole de retour au jeu serait soumis à l'expert, auquel il incomberait de se prononcer sur l'ensemble de l'incapacité de travail du recourant, y compris pour la période du 1^{er} mai au 31 août 2018, objet de la présente procédure. Rien n'empêchait l'assurance ayant rendu une décision de diligenter une expertise en cas d'opposition. L'argumentation du recourant était dès lors spécieuse et le recours pour déni de justice devait être écarté. 53. Le 2 juillet 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions, relevant que l'expertise n'avait pas été ordonnée dans le cadre de l'instruction de son opposition du 13 février 2019. C'était par courrier du 5 juin 2018 que l'intimée avait unilatéralement et sans concertation préalable désigné le Dr E_____ pour réaliser une expertise. Le 31 août 2018, l'intimée avait informé le recourant que sa position était arrêtée en relation avec l'indemnisation pour la perte de gain jusqu'à la fin du mois d'août 2018. Elle persistait à vouloir confier l'expertise au Dr E_____. Le 11 octobre 2018, l'intimée avait invité le recourant à préciser en quoi consistait son emploi du temps depuis le 1^{er} septembre 2018, soit de décrire ses journées-type et l'évolution de sa situation actuelle. C'était en parfait prolongement de ce qui précédait, après moult relances et un premier recours pour déni de justice, que l'intimée, le 13 février 2019, avait notifié une décision sur le droit à l'indemnité journalière du recourant du 22 mars au 31 août 2018. Cette décision confirmait les taux d'incapacité de travail retenus dans les décomptes d'indemnités journalières adressés au recourant durant la période considérée. Il était donc parfaitement infondé de prétendre aujourd'hui que l'intimée pouvait surseoir à statuer sur l'opposition dans l'attente de l'expertise, puisque cette dernière avait été prévue en relation avec le droit aux indemnités journalières pour la période postérieure au 31 août 2018. Le recourant disposait d'un droit objectif à contester en justice la méthode de calcul litigieux appliquée par l'assurance pour apprécier son incapacité de travail. Ce droit ne pouvait être exercé que si l'assurance statuait sur opposition. 54. Sur ce, la cause a été gardé 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), 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. En vertu de la LPGA, 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). Selon la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - 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). En l'espèce, le recours pour déni de justice, interjeté par-devant l'autorité compétente (art. 58 al. 1 LPGA), est recevable. 3. 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 oeuvre 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. 2b) -, 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). À 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'État d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.1 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). 4. L'art. 52 al. 1 LPGA prévoit que les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnement de la procédure. L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité administrative, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi. La procédure d'opposition porte sur les rapports juridiques qui, d'une part, font l'objet de la décision initiale de l'autorité et à propos

desquels, d'autre part, l'opposant manifeste son désaccord, implicitement ou explicitement (cf. ATF 119 V 350 consid. 1b et les références). L'autorité valablement saisie d'une opposition devra se prononcer une seconde fois sur tous les aspects du rapport juridique ayant fait l'objet de sa décision initiale, quand bien même la motivation de la nouvelle décision portera principalement sur les points critiqués par l'opposant. La décision sur opposition remplace la décision initiale et devient, en cas de recours à un juge, l'objet de la contestation de la procédure judiciaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_777/2013 du 13 février 2014 consid. 5.2.1). Il résulte de la jurisprudence qui précède que la décision qui a fait l'objet d'une opposition ne reste pas en force sur les points non contestés dans l'opposition. La décision contestée est remplacée par la décision sur opposition. L'opposition permet à l'autorité administrative de réexaminer sa décision initiale et cas échéant de l'annuler ou de la modifier.

5. L'art. 43 LPGA dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (second opinion) sur les faits déjà établis par une expertise lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose d'ailleurs pas non plus d'une telle possibilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1). L'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales dans la conduite de la procédure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). Malgré ce qui précède, il n'est pas habilité à ordonner n'importe quel moyen de preuve et doit veiller à agir de manière objective et impartiale, en gardant à l'esprit l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance (Jacques Olivier PIGUET in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 10 ad art. 43 LPGA).

6. En l'espèce, le recourant estime que l'intimée a commis un déni de justice en ne se prononçant pas sur son opposition formée le 6 mars 2019 contre la décision du 13 février 2019, malgré ses courriers de relance des 7 mai, 7 juin et 17 septembre 2019. L'intimée fait valoir qu'elle avait, suite à l'opposition, décidé de soumettre également à l'expert la problématique de la capacité de travail du recourant durant la période du 22 mars au 31 août 2018 et non seulement depuis lors. Il résulte de la jurisprudence précitée que l'intimée n'était pas liée par sa décision du 13 février 2019 et qu'elle pouvait revoir, suite à l'opposition, sa première appréciation du cas et décider de faire examiner par l'expert la capacité de travail du recourant du 22 mars au 31 août 2018 et non seulement dès le 1^{er} septembre 2018. Il ne s'agit pas là d'une mesure d'instruction abusive, dès lors que le cas du recourant devait de toute façon être examiné par un expert et que la question de sa capacité de travail n'avait pas encore fait l'objet d'une expertise. Dès lors, l'intimée était fondée à attendre les résultats de l'expertise avant de se prononcer sur l'opposition formée par le recourant le 13 février 2019 et il ne peut lui être reproché d'avoir ainsi commis un déni de justice.

7. Infondé, le recours sera rejeté.

8. 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 recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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