

GE_GERICHTE A/979/2016 vom 6. Juni 2016

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_979_2016

FR: GE_GERICHTE A/979/2016 du 6 juin 2016

IT: GE_GERICHTE A/979/2016 del 6 giugno 2016

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Mme A_____, à ONEX recourant contre AXA WINTERTHUR, sise General Guisan Strasse 40, WINTERTHUR, p.a. AXA WINTERTHUR, chemin de Primerose 11, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), a travaillé auprès de la Fondation B_____. A ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) par Axa Winterthur, (ci-après: l'assureur ou l'intimée). L'assuré a annoncé un accident survenu le 21 novembre 2013, dans des circonstances peu claires, lors duquel il a été victime d'un grave traumatisme cranio-cérébral (TCC).! [endif]> [if> 2. Il a été examiné du 18 au 20 mai 2015 à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion, qui a estimé une capacité de travail théorique de 100 %. Le médecin-conseil du service des sinistres de la Suisse romande (SSSR) de l'assureur a confirmé cet avis. Le médecin-traitant de l'assuré, le Pr C_____, privat-docent, spécialiste FMH en neurologie, médecin adjoint agrégé au service de neurorééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a contesté le bien-fondé de la position de la CRR, dans un courrier du 25 juin 2015, lequel n'a pas été soumis à la CRR pour prise de position. Le médecin-conseil de l'assureur n'a pas pris position de manière circonstanciée non plus.! [endif]> [if> 3. Par décision du 4 septembre 2015, le SSSR de l'assureur a mis fin aux indemnités journalières (ci-après : IJ) à partir du 1 er novembre 2015 et octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 15 %. Une éventuelle opposition n'aurait pas d'effet suspensif.! [endif]> [if> 4. Par courrier du 5 octobre 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision, concluant notamment à la prise en charge des frais médicaux et au versement d'une IPAI de 80 %.! [endif]> [if> 5. Par courrier du 11 novembre 2015 l'assuré, se référant à son opposition susmentionnée, a informé l'assureur de ce qu'une crise convulsive d'épilepsie nocturne avait causé une fracture-luxation du trochiter de son épaule droite pendant la nuit du samedi 3 au dimanche 4 octobre 2015. Il sollicitait la restitution de l'effet suspensif, remarquant que cette requête devait être traitée sans délai conformément à l'art. 11 al. 2 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11).! [endif]> [if> 6. Il a relancé l'assureur par courrier du 17 novembre 2015. Par courrier du 19 novembre 2015, se référant au courrier de l'avant-veille et constatant être sans nouvelles de la part de l'assureur, il a insisté sur l'obligation de l'assureur de rendre une décision sans délai. Il a adressé encore plusieurs courriers sur le même objet, les 25 et 28 novembre et 3 décembre 2015. Il ressort d'ailleurs des deux derniers courriers que ceux-ci étaient consécutifs à plusieurs entretiens téléphoniques respectivement de la veille et du jour-même, entre l'assureur et lui-même.! [endif]> [if> 7. Par décision sur opposition du 8 décembre 2015, la direction générale de l'assureur a admis l'opposition et retourné le dossier au SSSR afin qu'il reprenne

la gestion du cas. Un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif. Le SSSR avait rendu sa décision en se fondant sur l'avis de la CRR. En cela il n'avait pas pris en compte l'avis du médecin traitant dont les arguments auraient dû être soumis aux médecins de la CRR pour prise de position. Le médecin traitant estime que des lésions importantes n'ont pas été estimées à leur juste valeur et que l'état de santé n'est pas encore stabilisé. Ni la CRR ni le médecin-conseil de l'assureur n'avaient pris en compte les arguments du médecin traitant ni ne les avaient contestés. Leurs avis n'avaient donc pas été pris en toute connaissance de cause. La décision du SSSR de mettre fin à ses prestations à fin octobre 2015 était donc prématurée.!

8. Par courrier du 20 janvier 2016, l'assureur a écrit à l'assuré pour lui indiquer qu'au vu du dernier rapport de la CRR en réponse aux remarques émises par le Pr C_____, - rapport dont copie était adressée le jour-même au médecin traitant - il devait mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont les modalités lui seraient communiquées ultérieurement. Dans l'intervalle, en attendant les conclusions de l'expertise, l'assureur limiterait ses prestations en espèces à des acomptes mensuels de CHF 1'320.-. Il continuerait à prendre en charge les frais de traitement liés aux séquelles du traumatisme crânien.!

9. Le 7 février 2016, l'assuré a écrit à l'assureur, pour lui faire part de ce que son « scandaleux courrier du 20 janvier 2016 » lui était parvenu le 5 février 2016. Les conditions légales pour justifier une réduction des prestations n'étaient pas réunies. L'assureur était prié de se conformer « aux obligations légales réglant cette affaire » et de fournir sans délai toutes les prestations légalement prévues. !

10. Il a encore relancé l'assureur par courrier du 9 février 2016 par lequel il reprenait ses conclusions précédentes, en invitant l'assureur à accuser réception de son courrier du 7 février et à prendre formellement position sur ce dernier d'ici au 17 février 2016.!

11. Par courrier du 15 février 2016, il relançait encore l'assureur pour lui faire observer qu'il l'avait prié d'accuser réception de son courrier du 7 février, ce à quoi il n'avait pas encore procédé. Il persistait à solliciter la « révocation de la décision du 20 janvier 2016 ».!

12. Par courrier du 18 février 2016, l'assureur a répondu aux derniers courriers de l'assuré. La décision sur opposition du 8 décembre 2015 avait admis son opposition du fait que les remarques de son médecin traitant n'avaient pas été portées à la connaissance de la CRR. Il avait donc soumis celles-ci à la CRR et avait admis de prêter dans l'entre-temps. La question de la causalité entre les troubles qu'il présente et les suites de l'accident étaient remises en cause par la CRR dans son rapport du 18 janvier 2016, rapport dont copie avait été transmise à son médecin traitant. Il était invité à prendre contact avec ce dernier pour prendre connaissance du rapport de la CRR pour le cas où son médecin ne lui en aurait pas fait part à ce jour. En raison de ce qui précède l'assureur avait décidé de limiter ses prestations en espèces à des acomptes mensuels de CHF 1'320.- en attendant les conclusions de l'expertise. Il déterminerait ensuite son droit aux prestations et dans quelle mesure une réduction des prestations en espèces devrait être appliquée au vu des facteurs contextuels, des comorbidités et des circonstances non élucidées des événements annoncés par l'assuré. L'assureur rappelait enfin que l'office des poursuites opérait une saisie de tout montant versé au titre de salaire ou de compensation de salaire, dépassant le montant de CHF 1'320.-. Il ne pouvait dès lors pas lui verser d'indemnités journalières supérieures à ce montant.!

13. Parallèlement, le 18 février 2016, l'assuré adressait un nouveau courrier à l'assureur, se référant encore à son « scandaleux courrier du 20 janvier 2016 » ainsi qu'à ses propres courriers des 15, 9 et 7 février. Il confirmait avoir constaté l'appel téléphonique de l'assureur du 16 février à environ 13h15, hélas trop tard pour avoir été en mesure d'y répondre ; il avait aussi pris connaissance du

dernier courriel que l'assureur lui avait adressé, accusant réception de ses différents courriers en « me remerciant rhétoriquement de " bien vouloir patienter ". Votre cynisme est sans limite. ». Il exigeait à nouveau la « révocation de la décision du 20 janvier 2016 », sans délai.!

14. Le 19 février 2016, l'assuré a accusé réception du courrier du 18 février de l'assureur. Il insistait sur son exigence de recevoir sans délai la révocation de « cet acte (du 20 janvier 2016) » et réitérait cette invitation « notamment du fait que votre lettre du 18 février 2016 a " croisé " mon courrier du même jour. »!

15. L'assuré a encore écrit à l'assureur le 21 mars 2016, pour se référer à ses précédents courriers du mois de février 2016, ainsi qu'aux courriers de l'assureur des 18 et 25 février, et des 2 et 3 mars 2016. Il s'en prenait cette fois-ci aux questions touchant la saisie d'une partie des indemnités journalières par l'office des poursuites, et alléguait notamment que l'assureur n'avait pas procédé au versement des montants saisis pour les mois de septembre à décembre 2015.

16. L'assureur y a répondu de façon circonstanciée, par courrier du 23 mars 2013, relevant que malgré sa demande du 25 février 2016 il n'avait pas reçu confirmation de la part de l'assuré que ce dernier se présenterait à la consultation des experts en vue du bilan médical mis en œuvre conjointement avec l'assurance-invalidité. L'assuré était prié d'y remédier par retour du courrier. L'assureur était également dans l'attente des coordonnées de l'assureur-accidents intervenu lors d'un accident de 2001. En regard de l'obligation de collaborer de l'assuré, ce dernier était prié de bien vouloir confirmer sa participation à l'expertise pluridisciplinaire et de communiquer à l'assureur les renseignements complémentaires demandés, dans les 5 jours.

17. Par courrier du 29 mars 2016 reçu le 31, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande en « constatation de déni de justice causé par un retard injustifié à statuer ». Il a conclu à ce qu'il soit : 1. Ordonné à Axa Winterthur « de se conformer aux dispositions légales régissant son activité (conditions pour retirer l'effet suspensif, condition pour réduire des prestations, obligation de produire une décision en cas de réduction des prestations) »; 2. Ordonné la révocation par Axa Winterthur de sa décision « informelle/illicite du 20 janvier 2016 (en application de l'art. 25a al. 1 let. a LPA) »; 3. Ordonné à Axa Winterthur de « produire une décision formelle indiquant les voies de droit, dans le cas où elle persiste à entendre « réduire ses prestations » (en application de l'art. 25a al. 2 LPA) ».

18. La chambre de céans, par courrier du 31 mars 2016 a invité l'intimée à faire parvenir sa réponse et son dossier d'ici au 28 avril 2016.

19. Par courrier du 21 avril 2016, l'intimée a sollicité une prolongation du délai jusqu'au 28 mai 2016. La chambre de céans ne lui a toutefois accordé cette prolongation, qu'à titre exceptionnel, et bien que sa demande de prolongation ne soit pas suffisamment motivée, au 5 mai 2016 au plus tard.

20. Par courrier spontané « par porteur » mais acheminé par voie postale, le 21 avril 2016, l'assuré s'est une nouvelle fois adressé à la chambre de céans. Bien qu'ayant rappelé d'entrée de cause les principes régissant la procédure pour déni de justice, en citant notamment une jurisprudence de la chambre de céans, et observé que « la surabondance des faits médicalement objectivés dont Axa Winterthur dispose constitue donc des éléments de fond que la Cour n'est pas tenue d'examiner dans le cadre du dossier cité en titre », il se livre ensuite à une longue critique de ce qu'il qualifie de « cirque administratif » de l'intimée, destiné à justifier légalement une réduction des prestations. Il conclut ainsi son courrier : « Le refus de statuer que la Cour est priée de constater résulte de la vanité de ses importantes efforts administratifs, fournies à grands frais dans le cadre du cirque susmentionné ».

21. Par courrier du 22 avril 2016, la chambre de céans a accusé réception du courrier susmentionné. À réception de la demande en

constatation du déni de justice, la chambre de céans a imparti un délai usuel à la partie intimée, pour communiquer son dossier et se déterminer sur la demande. L'assuré ayant été informé de cette mesure d'instruction, il était inutile qu'il adresse dans l'intervalle une écriture spontanée à la juridiction. À réception de la détermination de l'intimée, qui lui serait transmise, un délai pourrait le cas échéant lui être imparti pour un second échange d'écritures. Il était prié de tenir compte de ce qui précède. Connaissance lui était donnée de l'échange de correspondances de la chambre de céans avec l'intimée au sujet de la prolongation du délai sollicitée.!

22. Par courrier recommandé du 4 mai 2016, l'intimée s'est déterminée : dans ses conclusions, le recourant conclut à l'établissement par Axa d'une décision formelle concernant la réduction de ses prestations. En conséquence, une décision incidente sur ce point était adressée ce jour à l'assuré par le service des sinistres de la Suisse romande (dont copie annexée). En l'état elle renonçait à adresser son très volumineux dossier à la juridiction, ce qu'elle ferait toutefois en cas de demande de la part de cette dernière.!

La décision du 4 mai 2016 de l'intimée se fonde d'une part sur le fait que les circonstances de l'événement du 21 novembre 2013 n'ont toujours pas pu être élucidées à ce jour, et que lors du séjour de l'assuré à la CRR, de sérieux doutes ont été émis sur la responsabilité de l'accident par rapport aux troubles qu'il présente actuellement, et d'autre part sur la décision de l'office des poursuites du 12 juin 2015 ayant ordonné la saisie sur les indemnités versées à l'assuré de tout montant supérieur à CHF 1'320.-. Après en avoir indiqué les motifs, l'intimée a conclu qu'au regard des mesures d'investigation mises en place, les prestations de courte durée de la LAA à la suite de l'accident du 21 novembre 2013 sont suspendues pendant cette procédure à partir du 1^{er} janvier 2016, pour tout ce qui a trait aux montants supérieurs à CHF 1'320.-. Cette décision indique la voie du recours, dans les trente jours, au Tribunal des assurances du canton où l'intéressé a son domicile.

23. La chambre de céans a imparti un délai au recourant pour qu'il indique si la décision susmentionnée répondait à son attente, étant précisé que la chambre ne peut, dans le contexte de la présente procédure, se prononcer que sur l'existence ou non d'un déni de justice ; si d'aventure la décision en cause ne le satisfaisait pas sur le fond, ce n'était pas dans le cadre de cette procédure que la contestation devrait être examinée.!

24. Par courrier du 20 mai 2016, reçu le 23 mai, l'assuré a écrit à la chambre de céans avoir compris que la juridiction n'ait pas à examiner la validité de la décision du 4 mai 2016 quant au fond, mais il a observé que cette décision était « manifestement tardive ». Il lui semblait donc raisonnable de prier la Cour de constater que le courrier du 4 mai 2016 constitue une « capitulation (partielle) à laquelle l'assureur ne s'est résolu scandaleusement tard que du fait de la saisine de votre Cour - sans autre motif que l'impunité dont il semblait jusqu'alors convaincu de pouvoir bénéficier. Son retard injustifié de 5 mois (!) à statuer est désormais factuellement établi et je prie la Cour de le sanctionner en constatant explicitement le déni de justice qu'il constitue. » Dans ce courrier il développe encore toute une argumentation sur le fond, en produisant une nouvelle fois certaines pièces qu'il avait déjà produites, et d'autres documents complémentaires.!

25. Enfin, par courrier du 22 mai 2016 reçu par la chambre de céans le 23 mai également, le recourant a fait tenir à cette juridiction une copie du courrier qu'il lui avait adressé l'avant-veille « par voie prioritaire uniquement » en explicitant, dans ce nouveau courrier, le sens et les raisons du courrier précédent, en tant qu'il motive le maintien de sa demande de sanctionner le retard injustifié, par une constatation explicite du déni de justice. Il précise que « ces nouvelles conclusions » sont présentées à la Cour par égard au principe d'économie de procédure, afin de lui épargner l'allocation des ressources inhérentes à une audience

contradictoire, qui lui paraît superflue au regard des actes administratifs produits par l'assureur dans le cadre de ce dossier.![endif]>![if> 26. Sur quoi après communication de ces deux dernières écritures à l'intimée, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. L'assuré a déposé un recours pour déni de justice à l'encontre de l'assureur accidents. Le litige porte donc sur la question de savoir si dans le cas d'espèce un déni de justice est avéré. ![endif]>![if> 3. Conformément à l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut en effet également être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. ![endif]>![if> Le retard injustifié à statuer est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst et l'art. 6 § 1 CEDH (qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue [ATF 103 V 190 consid. 2 p. 192]). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 p. 409 et les références). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332; 125 V 188 consid. 2a p. 191). À cet égard, il appartient, d'une part, au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. D'autre part, si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques " temps morts ", qui sont inévitables dans une procédure, elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur excessive de la procédure; il appartient en effet à l'État d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332 et les références). Peu importe le motif qui est à l'origine du refus de statuer ou du retard injustifié ; ce qui est déterminant, c'est le fait que l'autorité n'ait pas agi ou qu'elle ait agi avec retard (ATF C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; ATF du 23 avril 2003 en la cause I 819/02 consid. 2.1 ; ATF 124 V 133 , 117 Ia 117 consid. 3a, 197 consid. 1c, 108 V 20 consid. 4c). La loi fédérale sur l'assurance-accident ne fixe pas le délai dans lequel l'autorité doit rendre sa décision ; en pareil cas, le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Dans un arrêt du 23 avril 2003 (cause I 819/02), le TFA a jugé que, bien que l'on puisse considérer que la limite du tolérable pour un litige de cette nature était proche, un laps de temps de 15 mois entre le recours auprès de la commission de recours AVS/AI et le recours pour déni de justice au TFA n'apparaissait pas excessif au point de constituer un retard injustifié prohibé, et cela en dépit de l'exigence de célérité qui ne peut l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète et de l'enjeu de la cause pour l'assuré. Le Tribunal cantonal des assurances sociales a en revanche considéré qu'un déni de justice était établi quand l'assureur-maladie ne s'est pas formellement prononcé deux ans et demi après une demande de remboursement (ATAS/354/2007). Il en a jugé de même dans le cas d'un

recourant qui était sans nouvelle de l'office cantonal de l'assurance-invalidité vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006), et dans celui d'un autre qui avait attendu dix-huit mois après que la cause avait été renvoyée à l'office pour nouvelle décision suite à l'admission partielle de son recours (ATAS/62/2007). La sanction du dépassement du délai raisonnable consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, la constatation d'un comportement en soi illicite étant en effet une forme de réparation (arrêt H 134/02 du 30 janvier 2003 consid. 1.5; ATF 122 IV 111 consid. I/4). Pour le surplus, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATF 130 V 90). 4. Le recourant a pris des conclusions quant au fond : en l'espèce qu'il soit ordonné à Axa Winterthur « de se conformer aux dispositions légales régissant son activité (conditions pour retirer l'effet suspensif, condition pour réduire des prestations, obligation de produire une décision en cas de réduction des prestations) et ordonné à Axa Winterthur de révoquer sa décision informelle/illicite du 20 janvier 2016 (en application de l'art. 25a al. 1 let. a LPA) ». Au vu de ce qui précède, ces conclusions sont irrecevables, car elles reviennent à demander à la juridiction saisie de se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. 5. a. En l'espèce, la chambre de céans constate tout d'abord que l'assuré, après avoir formé opposition, le 5 octobre 2015, contre la décision du 4 septembre 2015, a adressé à tout le moins trois courriers à l'assureur, respectivement les 11, 17 et 19 novembre 2015, pour solliciter la restitution de l'effet suspensif retiré par la décision du 4 septembre. S'il lui était en effet loisible, en cours de procédure d'opposition, de former une telle requête, il n'en demeure pas moins qu'un rythme de trois courriers en moins de dix jours, sur le même sujet, le troisième, pour se plaindre de ne pas encore avoir reçu de réponse à son courrier de deux jours avant, paraît pour le moins excessif. En l'occurrence, la décision sur opposition, du 8 décembre 2015, donnant d'ailleurs partiellement gain de cause à l'assuré, répondait sur la question de la restitution de l'effet suspensif, en maintenant cette mesure de suspension des prestations, la cause étant pour le surplus renvoyée au service des sinistres pour reprise de l'instruction de la cause. Cette décision n'a pas été attaquée par l'assuré. Elle est donc entrée en force à l'échéance du délai de recours, prolongé en l'espèce par la suspension légale du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 39 LPGA). b. Force est toutefois de constater que le service des sinistres de l'assureur, à qui le dossier avait été retourné, n'a pas attendu l'entrée en force de la décision sur opposition pour réagir et commencer à entreprendre les mesures d'instruction complémentaire qu'il était invité à accomplir par la décision du 8 décembre 2015. En effet, il a rapidement soumis l'avis du médecin traitant aux médecins de la CRR, pour qu'ils se déterminent, ce que ces derniers ont fait dans un rapport du 18 janvier 2016, que l'assureur a transmis au médecin traitant de l'assuré par courrier du 20 janvier 2016. Dans le courrier du même jour adressé à l'assuré, l'intimée a indiqué à ce dernier qu'au vu du dossier, et notamment du dernier rapport des médecins de la clinique de réadaptation, elle devait mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont les modalités lui seraient communiquées ultérieurement. c. De surcroît, et alors même que la décision du 8 décembre 2015 confirmait la suspension des prestations de l'assureur, ce dernier indique, dans ce même courrier du 20 janvier 2016 à l'assuré, que dans l'entre-temps, en attendant les conclusions de l'expertise susmentionnée, il limiterait ses prestations en espèces à des acomptes mensuels de CHF 1'320.-. Et il continuerait à prendre en charge les frais de traitement lié aux séquelles du traumatisme crânien. Le courrier du 20 janvier 2016 de l'assureur ne mentionnait certes pas de voie de droit, en l'occurrence celle de l'opposition, et

la question se pose dès lors de savoir si néanmoins il s'agissait d'une décision, au sens matériel du terme. En effet, en tant que l'assureur indiquait à l'assuré qu'il limiterait ses prestations en espèces à des acomptes mensuels de CHF 1'320.-, et continuerait à prendre en charge les frais de traitement liés aux séquelles du traumatisme crânien, il se prononçait sur les prestations provisoires qu'il allait servir, jusqu'au résultat de l'expertise pluridisciplinaire qu'il mettait en place. Certes, au vu de la saisie en cours par décision de l'office des poursuites, l'assuré n'aurait de toute manière pas pu espérer obtenir plus, en espèces, dans l'immédiat, du moment que tout montant d'indemnités journalières que l'assureur aurait pu verser provisoirement en plus des CHF 1'320.- par mois, aurait dû être versé à l'office des poursuites, ce qui n'aurait d'évidence pas amélioré le quotidien de l'assuré, mais réduit le montant de ses dettes en poursuites. Quoi qu'il en soit, la question peut rester ici ouverte, vu l'objet limité du litige soumis à la chambre de céans, d'autant qu'en définitive l'assuré a considéré ce courrier comme une décision, dont il a avec insistance sollicité l'annulation, aboutissant, ne l'ayant obtenue, à saisir la chambre de céans d'une demande en constatation de déni de justice. d. Il résulte des pièces du dossier et des explications de l'assuré que ce dernier, suite à la " décision " du 20 janvier 2016, a adressé à l'assureur deux courriers successifs à deux jours d'intervalle, soit les 7 et 9 février 2016 par lesquels il demandait l'annulation du « scandaleux courrier du 20 janvier 2016 » de l'assureur, l'invitant à fournir « sans délai » toutes les prestations légales qui lui étaient dues, impartissant dans le second courrier un délai de huit jours à l'assureur pour accuser réception du courrier du 7 février 2016 et prendre position sur celui-ci, autrement dit pour annuler sa décision du 20 janvier 2016; en adressant de surcroît à l'assureur un troisième courrier, le 15 février 2016, soit avant même l'échéance qu'il avait lui-même fixée dans sa mise en demeure du 9 février; puis trois jours plus tard (le 18 février 2016), un quatrième, suivi d'un cinquième le 19 février 2016, répondant à celui du 18 de l'assureur (qui répondait à ses courriers précédents), l'assuré prétextant justement le croisement des deux courriers du 18 pour réitérer sa demande de prise de position sans délai. Il estimait que la réponse de l'assureur n'apportait pas de « corrections suffisantes à la grossière illicéité de la décision datée du 21 (recte: 20) janvier 2016 ». On ne saurait considérer comme raisonnable une telle façon d'agir. Depuis qu'il a contesté la "décision" de l'assureur du 20 janvier 2016, par courrier du 7 février 2016, il a envoyé à l'assureur pas moins de cinq courriers en douze jours (celui du 7 inclus). Dans l'absolu et dans le contexte du courrier incriminé (dont le qualificatif de " scandaleux ", utilisé par le recourant est au demeurant totalement inapproprié), le comportement de l'assuré apparaît plus quérulent que légitime. Enfin, l'assuré a encore écrit à l'assureur le 21 mars 2016, s'en prenant cette fois-ci aux indemnités journalières saisies par l'office des poursuites, et reprochant à l'assureur de ne pas avoir procédé au versement en mains de l'office, pour les mois de septembre à décembre 2015. L'assureur lui a répondu de façon circonstanciée le 23 mars 2016. L'assureur observait aussi qu'il n'avait toujours pas confirmé sa participation à l'expertise, et pas davantage communiqué les renseignements complémentaires demandés dans des courriers précédents. Il sied d'observer à cet égard que les prétentions de l'assureur étaient bien légitimes, et nécessaires pour faire progresser l'instruction du dossier. La participation de l'assuré à l'expertise n'est évidemment que justifiée, et les renseignements relatifs à un précédent accident de 2001, dans le contexte compliqué de ce dossier, apparaît tout aussi indispensable, afin que les experts puissent consulter le dossier de cet accident antérieur, pour apprécier la situation de l'assuré et les causes de son état de santé actuel en pleine connaissance de cause. Ceci découle d'ailleurs de son obligation de renseigner et de collaborer. e. Finalement et à l'appui de sa réponse,

l'intimée se référant à l'une des conclusions du recourant, réclamant une décision formelle concernant la réduction de ses prestations à donner suite à ses prétentions, elle lui a notifié une telle décision formelle. Celle-ci ne mentionne pas expressément qu'il s'agit d'une décision « sur opposition », mais indique la voie de recours au Tribunal des assurances du canton où l'intéressé a son domicile, dans un délai de 30 jours. Au vu de ce qui a été dit précédemment par rapport au courrier du 20 janvier 2016, soit que la question de savoir s'il s'agissait d'une décision au sens matériel du terme, pouvant rester ouverte, celle de savoir si la décision de l'intimée du 4 mai 2016 doit être considérée comme une décision « sur opposition » ou non peut également rester ouverte dans le contexte où la chambre de céans est saisie. f. Dûment invité à se déterminer sur la question de savoir si la décision du 4 mai 2016 correspondait à ses attentes, le recourant répond implicitement par l'affirmative à cette question, considérant qu'elle constitue une « capitulation (partielle) de l'intimée ». Relevant toutefois que cette décision serait « manifestement tardive », évaluant le retard injustifié à hauteur de cinq mois, et qu'elle n'a été rendue qu'en raison du fait qu'il a saisi la juridiction de céans, il persiste dans ses conclusions en constatation du déni de justice. Au vu de ce qui précède, on ne saurait suivre le recourant, lorsqu'il prétend que l'intimée aurait rendu sa décision « scandaleusement tard », soit avec un retard injustifié de cinq mois : il n'a en réalité contesté la « décision » du 20 janvier 2016, que le 7 février 2016, en demandant l'annulation, sans délai, respectivement au 17 février 2016 au plus tard, soit dix jours après, ce qui n'est évidemment pas un délai raisonnable au sens de la jurisprudence. Or, il a saisi la juridiction de céans le 29 mars 2016, soit moins de deux mois après avoir sollicité l'annulation de la décision querellée. L'intimée s'est déterminée et a rendu sa décision du 4 mai 2016, en fonction des délais fixés par la chambre de céans pour la production de sa réponse au recours, de sorte que l'on ne saurait prendre en compte, comme le souhaite le recourant, l'écoulement du délai dans lequel la chambre de céans a été saisie et le moment où l'intimée a rendu la décision objet du litige. Le ferait-on que l'on n'en serait qu'à moins de trois mois (7 février - 4 mai) ! Dans ces circonstances, au vu des pièces du dossier et de l'échange épistolaire intervenu entre les parties depuis la contestation par l'assuré de la « décision » du 20 janvier 2016, la Cour de céans considère que l'on ne peut faire grief à l'intimée d'avoir commis un déni de justice. Mal fondé le recours sera rejeté. 6. A teneur de l'art. 89H LPA, la procédure est gratuite. Toutefois, les débours et un émolument peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. Dans le cas d'espèce, quand bien même l'attitude du recourant et la procédure qu'il a engagée en vue de faire constater un prétendu déni de justice étaient largement injustifiées, la chambre de céans renoncera à mettre un émolument à charge du recourant. Elle attire toutefois son attention sur le fait qu'il serait bien inspiré, à l'avenir, de répondre promptement aux demandes légitimes de l'assureur, dans le cadre de son devoir de collaborer, - ce qui ne peut d'ailleurs que contribuer dans une large mesure à faciliter l'instruction complémentaire de sa situation sur le plan médical, et par conséquent à réduire la durée de la procédure, dans son propre intérêt -, plutôt que d'inonder l'assureur de nombreux courriers, en lui fixant des délais manifestement déraisonnables pour qu'il soit répondu à ses courriers, et à ses attentes, sous la menace d'une procédure en déni de justice. Une prochaine fois, la chambre de céans pourrait envisager les choses sous un autre angle en ce qui concerne la fixation d'un émolument à sa charge. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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