

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1977/2014

ATAS/177/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 mars 2015

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Annemasse, FRANCE

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier

intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1955, était employé en qualité de technicien en froid et climatisation auprès de B_____ SA. À ce titre, il était assuré auprès de la caisse nationale suisse d'assurance (CNA, devenue entretemps SUVA, Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents ; ci-après : la caisse ou l'intimée) pour les suites d'accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 7 juin 1991, alors qu'il déplaçait un bloc d'air conditionné, l'assuré a glissé: il est tombé sur le genou gauche. En voulant contrôler l'état de sa charge, il s'est enfoncé le manche d'un tournevis dans la paume de la main droite.
3. Par décision du 2 novembre 1994, la commission AI du canton de Vaud a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière dès le 7 juin 1992, essentiellement à raison de troubles psychiques.
4. Par décision du 9 mai 1997, confirmée sur opposition le 24 juin 1999 et par arrêt du Tribunal administratif du canton de Genève du 10 octobre 2000, la caisse a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité complémentaire LAA depuis le 1^{er} mars 1995. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 21'903.- correspondant à un taux de 21.7 % lui a été versée. En revanche, les troubles psychiques de l'assuré n'ont pas été pris en charge par la caisse.
5. Par arrêt du 16 février 2001, le Tribunal fédéral des assurances a déclaré irrecevable le recours interjeté par l'assuré contre l'arrêt du Tribunal administratif du 10 octobre 2000.
6. Parallèlement à la procédure qui avait pour objet les suites de l'accident du 7 juin 1991, l'assuré avait annoncé à la caisse le 12 octobre 1999 des troubles dont il souffrait au genou droit, qu'il mettait en rapport avec des accidents survenus le 7 juin 1979, le 3 juillet 1988 ou le 28 février 1991.
7. Par décision du 29 août 2000, confirmée sur opposition le 25 juin 2001, la caisse a considéré que les troubles du genou droit, annoncés le 12 octobre 1999, n'engageaient pas sa responsabilité pour les motifs suivants : en l'absence d'un traumatisme du genou droit en lien avec les accidents de 1979, 1988 ou 1991, l'existence d'une relation entre les troubles annoncés et un accident assuré devait être niée. Même si le médecin d'arrondissement de la caisse avait estimé que « l'arthrose interne varisante, présente à l'heure actuelle » ne pouvait s'expliquer autrement que par un traumatisme ayant « provoqué une lésion importante, soit ligamentaire, soit osseuse au niveau du genou » (pièce 377 intimée, p. 4), la caisse avait refusé la prise en charge d'un traitement par arthroscopie du genou droit en l'absence de preuve que les troubles du genou droit étaient bien la conséquence d'un accident dont la prise en charge lui incombait. Non contestée en temps utile, la décision sur opposition du 25 juin 2001 est devenue définitive.

8. Alors qu'il travaillait pour le compte de C_____ (Suisse) SA, société active dans la location de services, depuis le 21 juillet 2005, et qu'il était à nouveau assuré auprès de la caisse, l'assuré a été victime d'une chute le 24 août 2005 ayant entraîné une lésion au genou droit ainsi qu'une incapacité de travail complète dès le lendemain.
9. Suite à cet événement, la caisse a, dès le 27 août 2005, pris en charge les frais médicaux et versé des indemnités journalières à l'intéressé.
10. Le 19 mai 2006, l'assuré a produit diverses factures médicales du docteur D_____, généraliste et psychothérapeute à Evian, en se présentant à la réception de la caisse (pièce 382 intimée).
11. Par communication du 16 juin 2006, la caisse a annoncé à l'assuré qu'il lui incombait de faire préciser de manière claire par son médecin quels soins correspondaient aux factures produites le 19 mai 2006, en particulier quelle était la partie du corps traitée, ajoutant que sans ses informations, elle ne pouvait entrer en matière (pièce 384 intimée).
12. Le 30 novembre 2006, le Dr D_____ s'est entretenu par téléphone avec la caisse en l'informant que l'assuré était en consultation pour un autre accident en cours. Selon la note d'entretien téléphonique de la caisse (pièce 385 intimée), ce médecin a cependant confirmé qu'il s'agissait de consultations pour le genou gauche et la main droite « et quand bien même l'assuré aurait pu évoqué (sic) les troubles du genou drt. (non SUVA) lors de ces consult. nous convenons pour solde de tout compte de régler la facture de FF 1'650.- sur le compte [...] que nous fournira le médecin d'accord avec cette conclusion. Les autres factures seront classées sans plus. [l'assuré] est informé téléphoniquement de cette transaction et est d'accord ».

Il ressort également d'annotations manuscrites apposées a posteriori sur la note d'entretien téléphonique précitée que l'autre « accident en cours » ferait l'objet d'un « sous-dossier [...] retrouvé le 30.1.07 », mais qu'en l'absence de nouvelles du médecin, un classement aurait été décidé le 30 janvier 2007.
13. Après avoir appris fortuitement que l'assuré bénéficiait déjà d'une rente de l'assurance-invalidité et d'une rente complémentaire pour ses deux enfants, la caisse a informé l'assuré par lettre du 1^{er} mai 2007 qu'elle lui avait versé 612 indemnités journalières de CHF 144.- qui, après réexamen du dossier, auraient dû être fixée à CHF 86.75. En résultait un trop-perçu de CHF 32'797.-. Le montant de l'indemnité journalière avait alors été fixé à CHF 80.60 pour éviter une surindemnisation plus importante encore.
14. Par décision du 25 octobre 2007, confirmée sur opposition le 2 mai 2008, l'intimée a fixé à CHF 31.45 le montant de l'indemnité journalière due, compte tenu du versement des rentes principale et complémentaire d'invalidité. Outre la somme de CHF 65'826.25 à laquelle il avait droit en application de la loi sur l'assurance-accidents, l'assuré avait bénéficié du versement de CHF 75'110.70 correspondant aux rentes servies par elle-même et par l'assurance-invalidité, au cours de la

période qui s'étendait du 24 août 2005 au 30 septembre 2007, pour un total de CHF 140'936.95. Calculé sur la base de l'indexation du revenu que l'assuré générerait avant l'accident du 7 juin 1991, le gain présumable perdu au cours de cette même période était de CHF 99'534.35 ; il en résultait une surindemnisation de CHF 41'402.60 ; le droit aux indemnités journalières avait donc été fixé à CHF 65'826.25 alors qu'il n'était que de CHF 24'423.65 ; une indemnité journalière totale de CHF 98'555.25 lui ayant été allouée, l'assuré avait donc perçu CHF 74'131.60 en trop, qu'il était tenu de restituer.

15. Saisi d'un recours de l'assuré contre la décision sur opposition du 2 mai 2008, le Tribunal des assurances sociales (ci-après : TCAS) a admis partiellement celui-ci par arrêt du 27 janvier 2009 (ATAS/70/2009). Le TCAS a considéré que faute de concordance matérielle et événementielle entre, notamment, les prestations servies principalement par l'assurance-invalidité et les prestations dont la restitution était réclamée, la caisse aurait dû établir le montant de l'indemnité journalière due en se plaçant dans la situation qui aurait été la sienne si elle avait pu déterminer l'intensité et la durée de l'incapacité de travail qui résultait du seul accident du 24 août 2005. Toutefois, étant donné que le traitement spécifique des conséquences de l'accident du 24 août 2005 avait pris fin le 11 avril 2006 et que la caisse, ignorant le retour à une capacité de travail identique à celle prévalant avant l'accident, avait maintenu le versement des indemnités journalières jusqu'au 3 septembre 2007 pour un total de CHF 98'555.25 (alors que les indemnités journalières effectivement dues du 27 août 2005 au 11 avril 2006 s'élevaient à CHF 33'915.-), le recourant avait perçu un montant de CHF 64'640.25 (98'555.25 – 33'915) auquel il n'avait pas droit. En conséquence, le TCAS a confirmé la décision du 2 mai 2008 à concurrence d'un montant de CHF 64'640.25. Non contesté en temps utile, l'arrêt du 27 janvier 2009 est entré en force.
16. Saisi le 17 mai 2010 d'un recours de l'assuré « afin d'éclaircir [sa] situation actuelle », le TCAS a déclaré celui-ci irrecevable par arrêt du 13 octobre 2010 (ATAS/1035/2010), l'assuré n'ayant jamais transmis à cette juridiction la décision contre laquelle il entendait recourir, malgré une prolongation de délai accordée à trois reprises à cet effet. Un recours interjeté contre cet arrêt a été déclaré irrecevable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_937/2010 du 29 novembre 2010).
17. Par courrier du 14 août 2013 (pièce 386 intimée), l'assuré a adressé à la caisse un lot d'attestations médicales dont la plus récente était datée de novembre 2000. Ce courrier faisait également référence à des attestations plus récentes du Dr D_____, lesquelles ont apparemment été transmises ultérieurement à la caisse. Une attestation manuscrite de ce médecin, datée de décembre 2013, indiquait que l'assuré se plaignait de douleurs (rotuliennes gauche et droite ainsi que lombaires) en rapport avec l'accident du 3 juillet 1988 (pièce 388 intimée). Une autre, datée du 2 juillet 2012, mentionnait que l'assuré se plaignait toujours de douleurs « intéressant le rachis, les 2 genoux et l'épaule droite en rapport à l'accident n° 1.6058185.9 (1985) » (pièce 389 intimée).

18. Selon une note interne du 9 décembre 2013, l'assuré est passé au guichet de la caisse en indiquant qu'il consultait toujours le Dr D_____ « pour des problèmes aux genoux, aux épaules, à la main droite [...]. Il consulte aussi pour des problèmes aux dents » (pièce 390 intimée).
19. Après avoir, dans un premier temps, refusé de prendre en charge une facture de EUR 35.- du Dr D_____ pour des soins que ce médecin mettait en relation avec une rechute du 1^{er} octobre 1999, consécutive au sinistre du 7 juin 1991, la caisse a accepté, le 10 décembre 2013, de rembourser le montant en question à l'assuré, qui s'en était déjà acquitté (pièce 392 intimée, p. 1-6).
20. Lors d'un entretien téléphonique du 13 décembre 2013, l'assuré a indiqué à la caisse qu'il souhaitait, depuis le mois d'août 2013, lui annoncer une aggravation de ses troubles aux deux genoux, au dos, à la main droite et à l'épaule gauche ainsi que la présence de vertiges, ajoutant que le suivi médical avait débuté au mois d'août 2013 auprès du Dr D_____. La caisse lui répondit qu'elle allait examiner la situation et qu'elle reviendrait vers lui une fois cette dernière éclaircie, ajoutant « qu'en attendant, [elle prendrait] en charge les traitements médicaux accepté (sic) selon l'art. 21 LAA lors de l'octroi de la rente » (pièce 393 intimée).
21. Par courrier daté du 16 décembre 2013, l'assuré a signalé à la caisse que depuis 2011, suite à ses accidents, il recevait toujours des soins et un traitement suite aux séquelles qu'il présentait sur plusieurs parties du corps, soit son épaule gauche, ses deux genoux, sa main droite, ses dents et ses lombaires. Certaines factures ne lui avaient jamais été remboursées, en particulier une facture du centre médical de Chêne-Bourg, d'un montant de CHF 72.- et une autre, d'un montant de CHF 522.- (*recte* : CHF 522.45).

Il ressort des éléments du dossier que la première facture se rapporte à une séance de physiothérapie du 1^{er} juin 2011 (pièce 406 intimée, p. 14) et qu'il existe une prescription de physiothérapie pour les deux épaules, plus récente, du 6 mars 2014, établie par le Dr E_____, spécialiste en médecine interne et de réadaptation, (pièce 406 intimée, p. 6). La seconde facture, établie par le docteur F_____, généraliste FMH, se réfère à un accident non spécifié et a pour objet des examens rhumatologiques concernant à la fois le genou (il n'est pas précisé lequel), la colonne lombaire et l'articulation de l'épaule ainsi que diverses radiologies (pièce 406 intimée, p. 16-17).

22. En date du 9 janvier 2014, la caisse a reçu une feuille-accident LAA relative à l'accident du 7 juin 1991. Le Dr D_____ y indiquait que l'assuré, venu en consultation le 9 janvier 2014, présentait une incapacité de travail de 100% dès cette date (pièce 394 intimée). Une feuille de soins remplie par ce médecin, mentionnant un montant de EUR 35.- relatif à cette consultation a également été transmise à la caisse (pièce 395 intimée).
23. Le 20 février 2014, la caisse a reçu une nouvelle feuille de soins du Dr D_____, relative à une consultation du 7 février 2014, d'un montant de EUR

- 35.- (pièce 398 intimée) ainsi qu'un devis du 20 janvier 2009 établi par le Dr G_____, chirurgien-dentiste à Annemasse, concernant la pose de quatre prothèses dentaires, d'un montant de EUR 2'200.-, soit EUR 1'899.- sous déduction d'une participation aux coûts de EUR 301.- à charge de la sécurité sociale française. À ces pièces étaient également joints deux courriers de la caisse à l'assuré, datés respectivement du 29 juillet 1988 et du 12 juin 1992, en lien avec l'accident du 3 juillet 1988. Aux termes du dernier pli cité, la caisse déclarait prendre en charge « le coût du traitement dentaire par les soins et selon le devis de votre médecin-dentiste » (pièce 399 intimée, p. 1-3).
24. Le 6 mars 2014, la caisse s'est vue remettre la feuille-accident LAA relative à l'accident du 7 juin 1991, mise à jour par les Drs D_____ et E_____. Il ressort des inscriptions apposées par ces médecins que l'incapacité de travail complète de l'assuré, qui avait débuté le 9 janvier 2014, était toujours en cours le 7 mars 2014 (pièce 401 intimée).
25. Par communication du 21 mars 2014, qui comportait le numéro de sinistre de l'accident du 7 juin 1991, la caisse a fait savoir à l'assuré, au moyen d'un formulaire pré-imprimé, qu'elle refusait de prendre en charge une « facture Sun Store » (pièce 402 intimée) et qu'elle lui retournait cette dernière, datée du 26 février 2014, d'un montant de CHF 111.60 (pièce 406, p. 5).
26. Par envoi non daté, posté le 1^{er} juillet 2014, l'assuré s'est adressé à la chambre de céans en mentionnant sous rubrique les numéros de sinistre correspondant à l'accident du 7 juin 1991 et à celui du 24 août 2005. Il a exposé en substance que sa démarche était motivée par l'espoir que les recommandations de la chambre de céans permettent de trouver une solution amiable au différend qui l'oppose à la caisse, ajoutant qu'il avait demandé à cette dernière « de prendre en charge cette prise en charge m'a été refusé j'ai contesté par courrier du 23/09/2013 je n'ai pas eu de réponse » (sic).
27. Par envoi spontané du 13 août 2014, posté le 16 août 2014, l'assuré a indiqué avoir envoyé plusieurs courriers à la caisse, en partie aux agences de la Chaux-de-Fonds, de Lausanne et de Genève et que ceux-ci étaient restés sans réponse. Les médicaments qu'il avait achetés suite à ses accidents ne lui avaient pas été remboursés. La caisse avait considéré dans un courrier qu'il était guéri et qu'il fallait qu'il reprenne une activité professionnelle. Son médecin n'était pas de cet avis. Voulant montrer qu'il était de bonne volonté, il avait retrouvé un emploi, plus précisément un contrat de mission conclu le 22 octobre 2010 avec H_____ SA, société active dans la location de services, ayant pour objet la pose d'installations sanitaires sur un chantier à compter du 25 octobre 2010 (pièce non numérotée recourant). Toutefois, il n'avait pu garder cet emploi, précisant qu'en raison des fortes douleurs consécutives à ses accidents, il avait « dû arrêter de travailler ».

Au regard de ces éléments, l'assuré a conclu en substance à la prise en charge, par la caisse, des « frais médicaux et de visite chez le médecin » et, au besoin, à la mise en œuvre d'une expertise médicale.

28. En date du 14 août 2014, le recourant a déposé un lot de pièces non numérotées au greffe de la chambre de céans.
29. Par réponse du 11 septembre 2014, l'intimée agissant par l'entremise de son conseil, a conclu au rejet du recours sous suite de frais et dépens.

Elle a fait valoir en substance que les troubles consécutifs à l'accident du 7 juin 1991 concernaient exclusivement le genou gauche et la main droite et qu'aux termes d'une décision sur opposition du 24 juin 1999 confirmée par le Tribunal administratif du 10 octobre 2000, ceux-ci avaient justifié l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% calculée comme rente complémentaire depuis le 1^{er} mars 1995 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 21'093.-, correspondant à un taux de 21.7%. S'agissant des troubles au genou droit, dont le recourant s'était plaint à partir de 1999, l'instruction médicale du dossier n'avait pas permis de retenir la preuve d'un rapport de causalité naturelle entre les troubles allégués et un accident engageant la responsabilité de la caisse, en particulier les accidents du 12 juillet 1979 (plaie et hématome de la face antérieure de la jambe gauche et petite plaie du tiers inférieur de la jambe droite), du 3 juillet 1988 (contusion du genou gauche) et du 28 février 1991 (contusion du genou gauche). En outre, aucun élément tangible n'était venu corroborer l'existence d'un accident le 12 avril 1985. En conséquence, la caisse avait refusé d'engager sa responsabilité pour les troubles au genou droit par décision du 29 août 2000, confirmée sur opposition le 25 juin 2001 et entrée en force.

Au bénéfice de ces explications, l'intimée a soutenu que sa prise en charge était circonscrite aux troubles du genou gauche et de la main droite, soit aux conséquences de l'accident du 7 juin 1991, ajoutant qu'elle s'était acquittée sans interruption depuis 2001 et jusqu'à ce jour de l'intégralité des prestations à sa charge en lien avec cet événement. Entre 2001 et 2013, seul un lot de factures avait fait l'objet d'une demande de renseignements auprès de l'assuré. Ce cas avait toutefois été réglé par le biais d'une transaction avec le Dr D_____ le 30 novembre 2006 (versement à celui-ci de la somme de FF 1'650.- ; pièce 385 intimée). Quant au remboursement de la somme de EUR 35.- en décembre 2013, celui-ci avait été effectué « à bien plaisir ». Dans ce contexte, en l'absence de toute explication établissant le droit au remboursement, l'intimée considérait que c'était à bon droit qu'elle avait refusé de prendre en charge une facture d'un montant de CHF 72.- se rapportant à une séance de physiothérapie du 1^{er} juin 2011 (pièce 406 intimée, p. 14), la note d'honoraires d'un montant de CHF 522.45 de la Dresse F_____ (pièce 406 intimée, p. 16-17) ainsi que des frais indéterminés de pharmacie.

Étant donné que le recourant alléguait une péjoration de son état de santé, il y avait lieu de relever que les documents que celui-ci avait produits le 14 août 2014, mettaient uniquement en lumière l'existence de pathologies aux épaules et au rachis lombaire, soit des troubles à la charge de l'assurance-maladie. Cela étant précisé, puisqu'elle intervenait pour les répercussions économiques des séquelles somatiques de l'accident du 7 juin 1991, elle prenait bonne note de ce que l'IRM du genou gauche du 17 février 2009 avait mis en évidence une « absence d'anomalie décelable pouvant expliquer les douleurs » (pièce n. n. recourant).

En outre, l'intimée a fait valoir que le recourant n'avait produit, à l'appui de son recours, aucune lettre au sujet de laquelle elle ne serait pas déjà déterminée ou à laquelle il n'aurait pas été répondu directement par oral au guichet de l'agence. Par ailleurs, étant donné que la plupart des documents avaient été produits en même temps que le recours, on devait admettre que l'intimée n'avait pas pu se rendre coupable d'un déni de justice formel ou d'un retard injustifié.

Enfin, le dossier était suffisamment instruit pour que l'on puisse se prononcer en toute connaissance de cause. Partant, une expertise médicale supplémentaire ne se justifiait pas.

30. Par acte daté du 3 octobre 2014, déposé au greffe le 6 octobre 2014, le recourant a soutenu que ses prétentions découlaient d'un accident de travail et non d'une maladie et qu'il incombait à l'intimée de prendre en charge son cas, ce qu'elle refusait. Sa jambe droite, ses lombaires ainsi que les deux épaules avaient été opérées « suite à cet accident de travail » et de ce fait, il ne pouvait pas travailler.
31. Sur quoi, 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 - 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. a) Selon l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA). Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée; l'intéressé peut cependant exiger qu'une

décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). En d'autres termes, 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 (en principe sur opposition ; cf. art. 56 al. 1 LPGA). Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, si 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 ; arrêt du Tribunal fédéral K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1).

b) En matière d'assurance-accidents, la procédure simplifiée, réservée par l'art. 51 LPGA concerne les prestations, créances ou injonctions « non importantes » ou avec lesquelles l'intéressé est d'accord (art. 49 al. 1 LPGA a contrario ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd. 2009, p. 643, n. 4).

Peuvent être qualifiées de non importantes, les prestations d'un montant de quelques centaines de francs ainsi que celles qui concernent des prestations périodiques (Ueli KIESER, op. cit. p. 613 n. 15 et les références). Quant à l'accord de l'assuré, le texte de l'art. 49 al. 1 LPGA n'indique pas si une décision formelle doit être rendue seulement lorsque la personne intéressée en fait la demande expresse ou dès que l'assureur s'aperçoit que celle-ci n'est pas d'accord. Selon la doctrine, s'il ne fait aucun doute que l'assureur doit rendre une décision lorsque le désaccord de l'assuré est d'emblée manifeste, il est cependant admissible, en dehors de cette dernière hypothèse – y compris en cas de refus de prestations – que l'assureur rende d'abord, en procédure simplifiée, une décision (matérielle) dans l'espoir que l'assuré se laisse convaincre par la justesse de cette dernière (Ueli KIESER, op. cit. p. 614, n. 10 et les références).

La loi ne règle pas la situation dans laquelle un assureur a rendu, en procédure informelle (art. 51 LPGA), une décision matérielle qui, aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, aurait dû faire l'objet d'une décision formelle (ATF 134 V 145 consid. 5.1). En pareil cas, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'art. 51 al. 2 LPGA s'applique par analogie et l'assuré est en droit de demander à l'assureur la décision formelle qui ne lui a pas été adressée. En règle générale, ce droit s'éteint une année après que l'assureur a fait connaître sa volonté de manière simplifiée. Un délai plus long entre éventuellement en considération lorsque l'assuré pouvait croire de bonne foi que l'assureur poursuivrait l'élucidation de l'affaire et n'avait pas encore pris de décision définitive; cette hypothèse concerne surtout l'assuré profane en droit et dépourvu de conseil juridique. Si l'assuré ne respecte pas ce délai, ordinaire ou prolongé, il perd son droit de demander une décision formelle afin de recourir

contre celle-ci, et la volonté communiquée de façon simplifiée lui est désormais opposable (ATF 134 V145 ; Arrêt du Tribunal fédéral 4A_332/2008 consid. 2).

3. a) Lorsque l'assureur ne rend pas de décision ou de décision sur opposition bien qu'il en ait été requis par l'intéressé, soit expressément ou à tout le moins implicitement (arrêt du Tribunal fédéral K 55/03 du 23 octobre 2003 consid. 2.4), celui-ci peut former un recours auprès du Tribunal cantonal des assurances pour déni de justice (art. 56 et 57 LPGA) s'il a la qualité pour recourir (art. 59 LPGA ; ATF 133 V 188 consid. 3.2). Prévu par l'art. 56 al. 2 LPGA, le recours pour déni de justice constitue un cas d'application de l'interdiction du déni de justice formel consacrée par l'art. 29 al. 1^{er} de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst – RS 101). Selon cette dernière disposition, « toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit [...] jugée dans un délai raisonnable ». En cas de recours pour déni de justice formel, 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 328/03 du 23 octobre 2003 consid. 4.2 ; Ueli KIESER, op. cit. p. 706, n. 14).

Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 al. 1 aCst. – mais qui conserve toute sa valeur sous l'angle de l'art. 29 al. 1 Cst. – le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause. 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 124 I 142 consid. 2c, 119 Ib 325 consid. 5b et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2), mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple ; Pierre MOOR, Droit administratif, vol. II « Les actes administratifs et leur contrôle », 2^{ème} éd. 2002, p. 292 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001).

Il appartient par ailleurs 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).

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. 4 ; ATF 119 III 1 consid. 3; Jörg Paul MÜLLER, Grundrechte in der Schweiz, p. 506 s.; HAEFLIGER/SCHÜRMAN, Die Europäische Menschenrechtskonvention und die Schweiz p. 204 s.; AUER, MALINVERNI, HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, 3^{ème} éd. 2013, vol. II, n. 1279 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 124 V 133, 117 Ia 116 consid. 3a, 117 Ia 193 consid. 1c, 108 V 20 consid. 4c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 et I 819/02 du 23 avril 2003, consid. 2.1).

b) Dans un arrêt du 15 juin 2006 (I241/04 consid. 3.2), le Tribunal fédéral des assurances a jugé que l'administration n'avait pas commis un déni de justice. Dans ce cas, le Tribunal cantonal des assurances avait admis le recours de l'assuré et renvoyé la cause à l'office cantonal compétent pour nouvelles décisions en matière d'assurance-invalidité ; deux mois plus tard, le recourant avait requis de l'administration qu'elle rende ses nouvelles décisions sans tarder. Moins de six mois plus tard, il avait déposé plainte pour déni de justice. Trois mois plus tard encore, l'administration avait rendu ses nouvelles décisions.

Dans une autre cause en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003), 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 quinze mois entre le recours auprès du tribunal cantonal 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 pour sa part jugé qu'un déni de justice doit être considéré comme 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 ait 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 du Tribunal fédéral des assurances H 134/02 du 30 janvier 2003 consid. 1.5).

L'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne peut ainsi qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 23/05 du 27 mars 2006).

-
4. En l'espèce, il convient de relever à titre liminaire que la présentation des faits par l'intimée est tronquée, puisqu'elle omet de rappeler la survenance, en date du 24 août 2005, d'un accident ayant entraîné une lésion au genou droit ainsi qu'une incapacité de travail complète dès le lendemain (ATAS/70/2009). Force est par ailleurs de constater qu'il ressort tant de l'acte de recours posté le 1^{er} juillet 2014 – qui mentionne les numéros de sinistre correspondant à l'accident du 7 juin 1991 et à celui du 24 août 2005 – que des pièces versées à la procédure que l'objet de la contestation ne se limite pas aux seules conséquences de l'accident du 7 juin 1991. Il ressort en effet d'une communication du 12 juin 2013 (pièce n. n. recourant) que l'intimée considérait que le dossier relatif à l'accident du 24 août 2005 était clos et qu'elle ne pouvait prendre en charge une facture d'un montant de EUR 35.-. Il ressort également d'une deuxième communication du 19 août 2013, relative à ce même accident, que l'intimée estimait que d'autres factures (non spécifiées) ne pouvaient être prises en charge, motif pris que « ce cas d'accident est clos selon le jugement du 27.01.1999 [sic] » (pièce n. n. recourant). On soulignera également au passage, d'une part, que ces communications – dont l'existence a également été passée sous silence par l'intimée dans son mémoire de réponse – ne permettent pas de savoir si les demandes de l'assuré ont été considérées sous l'angle d'éventuelles rechutes ou séquelles tardives au sens de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA – RS 832.202) et, d'autre part, que la feuille-accident LAA (n° d'accident 2.10922.05 9/10) relative à l'événement assuré du 24 août 2005 a été complétée assez récemment, soit jusqu'au 8 avril 2014 (pièce n. n. recourant).

S'agissant de suites de l'accident du 7 juin 1991, l'intimée s'est prononcée de manière informelle comme suit :

- communication du 21 mars 2014 refusant la prise en charge d'une « Facture Sun Store » d'un montant de CHF 111.60.- (pièce n. n. recourant et pièce 402 intimée) ;
- communication du 21 mars 2014 refusant la prise en charge de factures de CHF 72.- et 522.45 (pièce n. n. recourant et pièce 406 intimée, p. 13)

Au regard des principes exposés plus haut (cf. consid. 2), la chambre de céans ne saurait entrer en matière sur les prétentions du recourant dont le sort a été réglé au moyen des quatre communications précitées qui constituent de simples décisions matérielles prises en procédure simplifiée (art. 51 al. 1 LPGA). En tant qu'il concerne lesdites communications, le recours du 1^{er} juillet 2014 est partant irrecevable, car prématuré.

5. Reste à déterminer si l'intimée a commis un déni de justice en ne se prononçant pas, même de manière informelle, sur d'autres aspects du dossier. On relève à cet égard que les rares courriers du recourant ne permettent pas de se faire une idée précise du déroulement des faits récents, de la nature exacte des prestations réclamées et de leur fondement juridique, l'essentiel des écrits de l'intéressé se résumant à l'envoi de pièces les plus diverses, nouvelles et anciennes, dépourvues

de lettre d'accompagnement. Partant, l'on ne sait précisément ce que lesdites pièces sont censées prouver ou expliquer. Il ressort tout au plus de l'ensemble des éléments que le recourant suivait encore, dans un passé récent, des traitements médicaux qu'il met en lien avec :

- l'accident du 7 juin 1991 (cf. attestation du Dr D_____ du 7 décembre 2013 ; pièce 406 intimée, p. 24) ;
- l'accident du 3 juillet 1988 (cf. attestation du Dr D_____ du 7 décembre 2013; pièce 406 intimée, p. 25 ainsi que la pièce 399 intimée, p. 1-3 relatives à la prise en charge d'un traitement dentaire éventuellement résurgent en 2009) ;
- l'accident du 24 août 2005 (cf. notamment feuille-accident LAA, n° d'accident 2.10922.05 9/10 et IRM du genou droit du 19 février 2009 ; pièces n. n. recourant).

Dans la mesure où les pièces relatant cette évolution ont été produites soit avec l'acte de recours soit, pour l'essentiel, le 14 août 2014, on ne saurait faire grief à l'intimée d'être restée inactive alors que la chambre de céans était saisie du dossier. Quant à la pièce 399 (intimée), elle a certes été reçue par l'intimée le 20 février 2014. Toutefois, en ne donnant pas d'explications sur les tenants et aboutissants du devis de prothèse dentaire du 20 janvier 2009 – que l'intéressé semble mettre en relation avec son accident du 3 juillet 1988 – celui-ci n'a en rien motivé son envoi. Il n'a pas non plus relancé l'intimée pour que celle-ci se détermine à ce sujet.

Dans ces circonstances, le recours pour déni de justice doit être rejeté.

6. En l'état du dossier et conformément à la jurisprudence de la chambre de céans (ATAS/855/2014), il appartient au recourant d'interpeller l'intimée et d'exiger d'elle sans tarder qu'une décision formelle soit rendue au sujet des quatre communications datées respectivement des 12 juin 2013 et 19 août 2013 et, à deux reprises, du 21 mars 2014. Ces décisions enclencheront alors la procédure décrite au consid. 2a du présent arrêt.

En ce qui concerne la prise en charge d'autres frais/prestations sur lesquels l'intimée ne s'est pas prononcée à ce jour, il appartient également au recourant de s'adresser en premier lieu à cette dernière, que ce soit pour la relancer en vue de la prise d'une décision formelle ou – s'agissant des pièces nouvelles qu'il a produites en juillet et août 2014 devant la chambre de céans – pour lui permettre d'instruire sa demande (art. 43 LPGa).

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

Statuant

1. Déclare le recours du 1^{er} juillet 2014 irrecevable.
2. Rejette en tant que de besoin le recours pour déni de justice.
3. Invite le recourant à s'adresser à l'intimée.
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

Le président

Irène PONCET

Mario-Dominique
TORELLO

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