RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1115/2023 **ATAS/396/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 mai 2023

Chambre 4

En la cause

A_____ recourant

représenté par Me Zoltan SZALAI, avocat

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Le 20 mai 2019, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a été victime d'un accident du travail lors duquel il a été blessé.

b. La SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) lui a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2020, considérant qu'il avait recouvré sa pleine capacité de travail au 1er novembre 2020.

c. Le 11 octobre 2021, la SUVA a rouvert le dossier de l'assuré en raison d'une rechute et lui a versé des indemnités journalières dès le 1er mars 2021.

d. Selon un rapport établi le 16 août 2022 par un médecin d'arrondissement de la SUVA, après examen de l'assuré, son cas était stabilisé sur le plan médical. L'activité habituelle de menuisier n'était plus exigible, mais il pouvait effectuer une activité adaptée à plein temps et à plein rendement.

e. Par courriers des 26 août, 2, 7 et 14 septembre 2022, l'assuré a fait valoir auprès de la SUVA que son cas n'était pas stabilisé et que la continuation du traitement médical, de la physiothérapie, de l'ergothérapie et des massages était indiquée pour le guérir des séquelles de son accident du 20 mai 2019.

f. Le 26 septembre 2022, la SUVA a informé l'assuré qu'elle allait mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 octobre 2022 au soir. Elle lui recommandait de se présenter sans tarder à Pôle Emploi pour que celui-ci puisse déterminer son droit à des prestations de l'assurance-chômage. Elle lui annonçait qu'elle allait examiner son droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

g. Le 26 octobre 2022, l'assuré a formé opposition au courrier précité, invitant la SUVA à prendre une décision formelle et en lui transmettant un rapport établi le 18 octobre 2022 par les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) faisant état d'une admission de l'assuré le 18 octobre 2022 pour une douleur thoracique et un arrêt de travail pour accident à 100% dès le 1er octobre 2022.

h. L'assuré a encore transmis à la SUVA un arrêt de travail pour accident de 100% dès le 3 novembre 2022 ainsi qu'un rapport établi le 2 novembre 2022 suite à une consultation de suivi à un an post opératoire (chirurgie du pied droit) faisant état d'un nouvel épisode de thrombose veineuse et de douleurs pour lesquelles une infiltration était prévue.

i. Le 29 novembre 2022, la SUVA a transmis les nouvelles pièces médicales produites par le recourant à son médecin d'arrondissement, l'interpelant en particulier sur le rapport des HUG qui évoquait une nouvelle thrombose.

j. Le 5 décembre 2022, la SUVA a demandé un rapport détaillé aux HUG.

k. Le 8 décembre 2022, l'assuré a transmis des documents complémentaires à la SUVA en lien avec la thrombose.

l. Le 16 décembre 2022, l'assuré a informé la SUVA que sa prochaine consultation au centre d'antalgie des HUG était fixée au 13 janvier 2023.

m. Le 2 janvier 2023, le médecin d'arrondissement de la SUVA a demandé au gestionnaire du dossier de l'assuré de lui procurer le rapport d'angiologie de décembre 2022.

n. Le 9 janvier 2023, l'assuré a transmis à la SUVA un nouvel arrêt de travail à 100% dès le 4 décembre 2022.

o. La SUVA a reçu le 9 janvier 2023 le rapport d'angiologie établi le 21 décembre 2022 par un médecin des HUG.

p. Le 10 janvier 2023, la SUVA a demandé un rapport détaillé au service d'angiologie des HUG en lien avec les examens de décembre 2022.

q. Le 13 janvier 2023, le gestionnaire du dossier a transmis les nouveaux rapports médicaux obtenus au médecin d'arrondissement pour qu'il détermine si le cas était stabilisé.

r. Le 20 janvier 2023, l'assuré a communiqué à la SUVA de nouvelles pièces documentant une incapacité de travail totale et la poursuite de ses traitements en lien avec l'accident, invitant la SUVA à reprendre le versement des indemnités journalières, avec effet rétroactif au 1er novembre 2022.

s. Le 27 janvier 2023, le médecin d'arrondissement de la SUVA a conclu qu'au vu des derniers rapports médicaux la situation de l'assuré était stabilisée.

t. Le 6 février 2023, la SUVA a demandé à l'employeur de l'assuré quel aurait été son salaire s'il était resté dans l'entreprise au même poste de travail.

u. L'employeur a répondu le 7 février 2023.

v. Le 8 février 2023, la SUVA a informé l'assuré que sa lettre du 26 septembre 2022 n'était pas une décision et qu'elle n'était dès lors pas sujette à opposition.

Elle lui communiquait une appréciation de son médecin d'arrondissement et lui annonçait qu'elle rendrait une décision prochainement.

w. Le 16 mars 2023, l'assuré a fait valoir auprès de la SUVA que la notification irrégulière d'une décision ne pouvait lui entraîner aucun préjudice et que le retard pris pour rendre une décision formelle dépassait le délai approprié. Il l'invitait à confirmer jusqu'au 24 mars 2023 la reprise du paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet rétroactif au 1er novembre 2022 et lui communiquait de nouvelles pièces médicales.

B. **a.** Le 29 mars 2023, l'assuré a formé un recours en déni de justice contre la SUVA auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), faisant valoir qu'il avait demandé le 26 octobre 2022

à la SUVA de rendre une décision formelle et que cinq mois après cette demande, celle-ci n'avait toujours pas rendu sa décision alors qu'elle avait mis effectivement fin avec effet au 31 octobre 2022 au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière en sa faveur et qu'elle avait reconnu que sa lettre du 26 septembre 2022 n'était pas une décision.

En matière d'indemnités journalières, le Tribunal fédéral avait fixé le délai d'examen et de réflexion convenable à trois mois ou nonante jours à compter de la communication d'un décompte d'indemnités journalières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_340/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.2).

Le délai précité de trois mois – qu'il convenait d'appliquer par analogie au cas d'espèce dans lequel l'intimée avait déclaré par courrier cesser le paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux – était clairement dépassé.

En raison de cette situation, le recourant n'avait aucun revenu et vivait de ses modestes économies.

b. Le 18 avril 2023, l'intimée a fait valoir que par courrier du 26 septembre 2022, elle avait informé le recourant qu'elle mettait fin aux prestations temporaires de l'assurance-accidents avec effet au 31 octobre 2022 et que son droit à d'autres prestations d'assurance était en cours d'examen. Conformément à ce qu'elle avait annoncé, elle avait récolté les dernières informations utiles, notamment auprès de l'ancien employeur du recourant, et avait traité avec diligence les nombreuses sollicitations de ce dernier. Les interventions du recourant avaient nécessité trois soumissions à la médecine des assurances afin de s'assurer que les pièces produites n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions du médecin consulté. Par décision du 4 avril 2023, l'intimée avait nié le droit du recourant à une rente d'invalidité, mais reconnu son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

À teneur des pièces du dossier, il ne pouvait être reproché à l'intimée d'avoir tardé avant de se prononcer, ce qu'elle avait fait dans un délai parfaitement raisonnable. Dans ce délai, elle avait entrepris toutes les démarches rendues nécessaires par la cause et le comportement du recourant.

L'intimée concluait au rejet du recours, en transmettant à la chambre de céans sa décision du 4 avril 2023.

c. Le 10 mai 2023, le recourant a répliqué, concluant à ce qu'il soit dit que l'intimée avait violé le principe de célérité et à l'allocation d'une indemnité équitable pour ses frais et dépens. Les trois soumissions à la médecine des assurances dont se prévalait l'intimée étaient postérieures à sa lettre du 26 septembre 2022 et dataient des 29 novembre et 19 décembre 2022 ainsi que du 13 janvier 2023. Le 10 janvier 2023, l'intimée s'était adressée au service d'angiologie des HUG. Le 27 janvier 2023, le médecin d'arrondissement avait établi son appréciation médicale pour l'intimée, selon laquelle la situation du recourant devait était stabilisée.

Le 7 février 2023, suite à l'envoi d'un courriel à l'ancien employeur du recourant le 6 février 2023, l'intimée avait reçu le dernier renseignement attendu qu'était le salaire du recourant.

À compter du 7 février 2023, elle disposait ainsi de tous les éléments nécessaires pour rendre une décision.

Elle avait rendu sa décision le 4 avril 2023 lui refusant l'octroi d'une rente d'invalidité et lui octroyant une l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En faisant preuve de la diligence nécessaire, l'intimée aurait été en mesure de rendre sa décision à mi-février 2023 au plus tard. Il avait fallu le recours du 28 mars 2023 pour qu'une décision soit enfin rendue. Celle-ci était intervenue plus d'une demi-année après la lettre du 26 septembre 2022. Le recourant avait en conséquence droit à l'octroi de dépens.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. 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. Lorsqu'il existe un intérêt actuel au recours au moment où celui-ci est formé, mais qu'il tombe ultérieurement en cours de procédure, le recours pour déni de justice doit être déclaré sans objet et rayé du rôle (ATF 125 V 373 consid. 1).

Lorsqu'un procès devient sans objet, il s'impose de statuer néanmoins sur les frais afférents à la procédure engagée, par une décision sommairement motivée, en tenant compte de l'état de fait existant avant l'événement mettant fin au litige et de l'issue probable de celui-ci (cf. ATF 125 V 373 consid. 2a). Les frais et dépens sont supportés en premier lieu par la partie qui a provoqué la procédure devenue

sans objet ou chez qui sont intervenues les causes qui ont conduit à ce que cette procédure devienne sans objet (arrêt du Tribunal fédéral 9C_773/2011 du 30 juillet 2012 consid. 4 et les références). En particulier, des dépens sont dus, en principe, si le grief d'un retard injustifié est avéré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 3).

Au vu de la décision rendue le 4 avril 2023 par l'intimée, le recours pour déni de justice est devenu sans objet, de sorte qu'il convient de rayer la cause du rôle. Le litige porte ainsi uniquement sur le droit du recourant, représenté par un mandataire, à des dépens pour la procédure qu'il a initiée.

4.

4.1

4.1.1 Aux termes de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable.

Le droit de recours de l'art. 56 al. 2 LPGA sert à mettre en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. Le retard injustifié à statuer est une forme particulière du déni de justice formel (ATF 119 Ia 237 consid. 2). L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 144 I 318 consid. 7.1 et les références; 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 (ATF 143 IV 373 consid. 1.3.1 et les références) mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple; arrêt du Tribunal fédéral 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).

Il y a notamment un retard injustifié si l'autorité reste inactive pendant plusieurs mois, alors que la procédure aurait pu être menée à son terme dans un délai beaucoup plus court. Des périodes d'activités intenses peuvent cependant compenser le fait que le dossier a été laissé momentanément de côté en raison d'autres affaires et on ne saurait reprocher à l'autorité quelques temps morts, qui sont inévitables dans une procédure; lorsqu'aucun d'eux n'est d'une durée vraiment choquante, c'est l'appréciation d'ensemble qui prévaut. Un certain pouvoir d'appréciation quant aux priorités et aux mesures à prendre pour faire avancer l'instruction doit aussi être reconnu à l'autorité. Selon la jurisprudence, apparaissent comme des carences choquantes une activité de treize ou quatorze mois au stade de l'instruction ou encore un délai de dix ou onze mois pour que le dossier soit transmis à l'autorité de recours (arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2022 du 9 août 2022 consid. 5.1 et les références).

4.1.2 À titre d'exemple, un déni de justice a été admis par la chambre de céans ou antérieurement par le tribunal cantonal des assurances sociales dans un cas où :

- la décision de l'OAI était intervenue cinq mois après son arrêt, lequel rétablissait simplement la rente que l'OAI avait supprimée, car aucune instruction complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation (ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006);
- aucune décision formelle n'avait été rendue neuf mois après la demande en ce sens de l'assuré, faute de mesures d'instruction durant six mois (ATAS/711/2015 du 23 septembre 2015) ;
- l'OAI avait attendu quatorze mois depuis l'opposition de l'assuré au projet pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle l'assuré avait conclu d'emblée (ATAS/484/2007 du 9 mai 2007) ;
- aucune décision n'avait été rendue dans un délai de plus quinze mois depuis la date du rapport d'expertise alors que la demande de précision faite au SMR au sujet de la divergence entre celui-ci et l'expert quant à la capacité de travail du recourant aurait pu être formée plus de six mois auparavant et que le SMR n'avait répondu qu'au bout de huit mois (ATAS/788/2018 du 10 septembre 2018) ;
- l'OAI avait ordonné un complément d'expertise dix-sept mois après avoir obtenu les renseignements des médecins traitants (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006) ;

- une nouvelle décision avait été rendue dix-huit mois après que la cause ait été renvoyée à l'office à la suite de l'admission partielle du recours (ATAS/62/2007 du 24 janvier 2007) ;
- plus d'un an et demi s'était écoulé depuis le rapport d'expertise en possession de l'OAI sans qu'aucune décision n'intervienne et ce, malgré de nombreuses relances du conseil de l'assurée, même si une évaluation du degré d'invalidité avait eu lieu, de même qu'une enquête économique sur le ménage, car on ne voyait pas quelles difficultés particulières justifiaient encore le report d'une décision une fois l'instruction terminée (ATAS/223/2018 du 8 mars 2018) ;
- un recourant qui était sans nouvelle de l'OAI vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006).

En revanche, elle a nié l'existence d'un déni de justice dans un cas où :

- la caisse cantonale de compensation n'avait pas rendu de décision un peu plus de quatre mois après l'opposition de l'assuré, soit dans un délai qui ne violait pas le principe de célérité, ce d'autant plus que le cas ne pouvait pas être qualifié de simple (ATAS/1035/2018 du 7 novembre 2018) ;
- la caisse-maladie n'avait pas rendu de décision neuf mois après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral pour instruction complémentaire afin d'établir le tarif hospitalier du canton de Bâle, dès lors que l'instruction n'était pas terminée et qu'elle n'avait cessé d'interpeller l'Hôpital universitaire de Bâle à ce sujet (ATAS/1502/2012 du 19 décembre 2012) ;
- l'assurance-accidents n'avait pas versé de prestations à la suite d'une rechute annoncée quinze mois auparavant étant donné que les parties avaient échangé des courriers pendant treize mois dans le but d'aboutir à une solution transactionnelle (ATAS/264/2014 du 5 mars 2014).

De son côté, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un retard injustifié notamment dans les cas où :

- l'OAI n'avait pas rendu de nouvelle décision un peu moins de onze mois après un arrêt de renvoi pour nouveau calcul du montant de la rente. Il a admis que les prétentions en compensation du service social devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire et que se posait également une problématique de chevauchement des indemnités journalières avec le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 241/04 du 15 juin 2006) ;
- il s'était écoulé environ quinze mois entre le moment où l'assurée avait requis la prise en charge de son reclassement professionnel et la décision de la Caisse suisse de compensation. Pendant ce laps de temps, cette autorité avait procédé à une trentaine d'interventions, qui s'étaient échelonnées à un rythme soutenu d'une à plusieurs mesures par mois (envoi de questionnaires, production de pièces, consultation du dossier de l'assurance accident, soumission du cas au médecin-conseil, examen de divers problèmes: capacité

résiduelle, comparaison des revenus, éventuel droit à une rente). La cause revêtait en outre une certaine complexité en raison de la nationalité et du domicile de l'assurée ainsi que de l'application d'une convention internationale de sécurité sociale (arrêt du Tribunal fédéral 5A.8/2000 du 6 novembre 2000). Le Tribunal fédéral avait rappelé que l'exigence de célérité ne pouvait l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète (ATF 119 Ib 311 consid. 5b). Il avait considéré que, tout au plus, on aurait pu reprocher à la Caisse de compensation d'avoir mené ses investigations de façon peu systématique. Il était ainsi étonnant qu'il ait fallu cinq mois pour constituer un dossier complet à l'intention du médecin-conseil. Une étude préalable et approfondie du cas aurait permis d'éviter les démarches ultérieures en complément d'informations et production de radiographies et, partant, de gagner un certain temps. Ces atermoiements n'avaient cependant, à ce stade, pas retardé de façon intolérable la procédure, ce d'autant plus qu'ils étaient en partie imputables à l'assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 4.2) ;

- il y avait eu un intervalle d'environ vingt mois entre le moment où l'OAI avait été en mesure de statuer, soit dans les semaines qui avaient suivi la réception de l'avis du SMR, jusqu'au dépôt du recours. Il a considéré que l'OAI avait activement mené son instruction, ainsi que cela ressortait des rapports médicaux régulièrement versés au dossier jusqu'au dépôt du recours pour déni de justice et que les investigations mises en œuvre n'apparaissaient pas superflues au point de constituer un déni de justice (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014) ;
- il s'était écoulé un délai de quelque vingt-six mois entre le dépôt du recours et le prononcé de l'arrêt. Le litige, qui avait pour objet le bien-fondé du refus des prestations complémentaires au motif que le recourant ne bénéficiait pas d'un statut de séjour légal en Suisse, était certes une affaire sans grandes particularités, ni difficultés excessives en matière de prestations complémentaires. La solution du litige nécessitait cependant une appréciation des différentes pièces du dossier familial du recourant constitué par le service de la population en temps réel, d'où un possible allongement temporel de la procédure d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_220/2022 du 11 août 2022 consid. 2.5 et 2.6).

En revanche, il a admis un déni de justice dans un cas où :

- il s'était écoulé un délai de vingt-quatre mois entre la fin de l'échange d'écritures devant la juridiction cantonale et le dépôt du recours pour déni de justice devant le Tribunal fédéral dans un litige qui avait uniquement pour objet le taux d'invalidité du recourant et où celui-ci avait circonscrit son argumentation à deux questions ne présentant pas de difficultés particulières (arrêt 8C_613/2009 du 22 février 2010) ;

- un tribunal cantonal avait laissé s'écouler vingt-cinq mois entre la fin de l'échange d'écritures et le dépôt du recours pour déni de justice devant le Tribunal fédéral, respectivement plus de trois ans depuis le dépôt du recours cantonal, dans une affaire sans difficultés excessives en matière d'assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2011 du 20 avril 2011) ;
- une cause était pendante depuis trente-trois mois et en état d'être jugée depuis vingt-sept mois (ATF 125 V 373).

4.2

4.2.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraine la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

4.2.2 Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA).

Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

4.2.3 Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son

bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entrainer une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Cette question doit être examinée de manière prospective. La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références).

4.2.4 Le Tribunal fédéral a jugé qu'il devait être admis qu'en rendant une décision formelle de refus du droit à la rente et d'octroi d'une IPAI, la SUVA avait, par voie de conséquence, également refusé formellement le versement de l'indemnité journalière et la prise en charge du traitement médical. La question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part, formaient en effet un seul objet du litige (cf. ATF 144 V 354 consid. 4. 2 p. 358). La SUVA aurait certes pu rendre une décision formelle relative à la suppression des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical après avoir constaté le désaccord de l'assurée avec le contenu de sa lettre (art. 49 LPGA). Toutefois, comme elle le

faisait valoir, la situation juridique de cette dernière ne s'était pas trouvée affectée du fait qu'elle s'était prononcée par une décision formelle de refus de rente. L'assurée pouvait en effet faire valoir son droit aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical en formant opposition à la décision formelle précitée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019).

Aux termes de l'art. 51 al. 1 LPGA, les prestations, créances ou injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (ATF 8C_340/2018 ; 124 OLAA a contrario; SVR 2009 UV n° 21 p. 78 consid. 3.2 [arrêt 8C_ 99/2008 du 26 novembre 2008]). La prise de position de l'assureur selon cette procédure informelle n'est pas susceptible d'opposition ou de recours. Les droits de l'assuré sont garantis par la possibilité d'exiger qu'une décision formelle soit rendue (art. 51 al. 2 LPGA) (cf. VALÉRIE DÉFAGO GAUDIN, in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, [Dupont/Moser-Szeless éd.], 2018, n. 9 ad. art. 51 LPGA).

Une communication effectuée conformément au droit sous la forme simplifiée de l'art. 51 al. 1 LPGA peut produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec la solution adoptée par l'assureur social et exprimé sa volonté que celui-ci statue sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (cf. ATF 134 V 145 consid. 5.2 p. 150 s.; 129 V 110 consid. 1.2.2 p. 111). En présence d'une telle réaction de l'assuré, l'assureur a l'obligation de statuer par une décision formelle selon l'art. 49 (cf. art. 51 al. 2 LPGA). Si ce dernier ne rend pas de décision, le recours pour déni de justice est ouvert (art. 56 al. 2 LPGA). En matière d'indemnités journalières, la jurisprudence du Tribunal fédéral a fixé le délai d'examen et de réflexion convenable à trois mois ou nonante jours à compter de la communication d'un décompte d'indemnité journalière (SVR 2007 AlV n° 24 p. 75, consid. 3.2 [arrêt C 119/06 du 24 avril 2007]; arrêt 8C_14/2011 du 13 avril 2011, consid. 5).

5. En l'occurrence, selon la jurisprudence claire du Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019), l'intimée n'avait pas l'obligation de se prononcer par la voie d'une décision formelle suite à l'opposition du recourant à sa communication du 26 septembre 2022, annonçant la fin du versement des indemnités journalières. Elle pouvait se prononcer à ce sujet dans une décision formelle ultérieure portant sur le droit à une rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

Contrairement à ce qu'allègue le recourant, il n'y a pas lieu d'appliquer par analogie le délai d'examen et de réflexion de trois mois à compter de la communication d'un décompte d'indemnités journalières, accordé à l'assuré, à l'assurance-accidents pour rendre une décision formelle sur cette question. Le recourant ne se fonde à cet égard sur aucune jurisprudence ou avis de doctrine qui remettrait en cause la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Il résulte des pièces de la procédure que l'intimée a instruit les questions du droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour perte d'intégrité dans un délai correct, qui ne correspond pas aux délais dans lesquels la jurisprudence a retenu un déni de justice.

L'intimée n'ayant pas fait preuve d'un retard injustifié, le recourant n'a pas droit à des dépens.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure est gratuite.

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 — La présidente

Isabelle CASTILLO — 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