



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3245/2023

ATAS/1015/2023

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 décembre 2023

Chambre 2

En la cause

A _____,

recourant

représenté par ASSUAS - Association suisse des assurés, soit pour
elle Mme Cyntia COVINO, mandataire

contre

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

intimée

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** Le 20 janvier 2020, Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1963 et marié, a fait l'objet d'une "déclaration de sinistre LAA" de la part de la société B_____ SA (ci-après: l'employeur), sise dans le canton de Genève, auprès de laquelle il avait été engagé en qualité d'ouvrier-peintre dès le 29 août 1996, avec un taux d'occupation de 100%.

La date du sinistre indiquée était le 14 janvier 2020 et les faits étaient décrits comme suit : "[L'assuré] se trouvait sur une échelle pour effectuer des travaux de peinture, lorsqu'il est tombé sur une barrière de couloir". La partie du corps blessée était le "ventre".

b. L'assureur-accidents compétent, à savoir la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA, la caisse ou l'intimée), a, à la suite d'un courrier du 22 janvier 2020, pris en charge ce cas (par des indemnités journalières et prises en charge de traitements médicaux) et l'a instruit, en particulier en recueillant des avis médicaux.

c. Après une prise en charge de l'intéressé aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG), le docteur C_____, spécialiste en médecine interne générale, a établi des rapports et attesté des incapacités de travail à tout le moins jusqu'au 31 mars 2021 pour cause d'accident.

Au premier semestre 2020, le docteur D_____, radiologue FMH, a effectué à deux reprises des examens d'imagerie et rédigé des rapports.

d. Par "rapport opératoire" du 24 juin 2020, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecine du sport, a décrit l'opération effectuée le 18 juin 2020, avec pour assistant le docteur F_____ (spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) et anesthésiste FMH la doctoresse G_____, et consistant en une arthroscopie de l'épaule gauche, une ténodèse du biceps, une acromioplastie décompressive et une résection acromio-claviculaire, et a fait état des constatations médicales effectuées à cette occasion. Les diagnostics étaient une rupture partielle du tendon du biceps, de même qu'un conflit sous-acromial et arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche.

Le 29 septembre 2020, le médecin-conseil de la SUVA, le docteur H_____, médecin d'arrondissement et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'intervention du Dr E_____ n'entraîne pas en causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident; ce dernier avait, selon lui, cessé de produire ses effets la veille de l'opération; il en découlait que l'incapacité actuelle n'était plus en relation de causalité avec l'événement assuré.

e. Par décision du 12 janvier 2021, la SUVA, considérant que, selon l'appréciation de son médecin-conseil et sur la base des éléments en sa possession, les troubles

qui subsistaient actuellement n'étaient plus dus à l'accident assuré, mais étaient exclusivement de nature malade, a décidé, pour les suites de l'accident du 14 janvier 2020, de clore ce cas avec effet au 4 novembre 2020 au soir et mettre fin aux prestations d'assurance. Ainsi, à partir du 5 novembre 2020, l'indemnité journalière et le traitement médical n'étaient plus à la charge de l'assurance-accidents, mais de l'assurance-maladie.

f. Le 11 février 2021, l'assuré, représenté par une association mandataire nouvellement constituée (ci-après : l'association mandataire), a formé opposition contre la décision de la caisse du 12 janvier 2021, concluant à la prise en charge de l'opération du 18 juin 2020 ainsi que des soins et de l'incapacité de travail (qui perdurait encore actuellement) au-delà du 17 juin 2020, respectivement du 5 novembre 2020, subsidiairement à l'instruction de son état de santé par une expertise médicale (orthopédique) indépendante.

En parallèle, le 18 février 2021, l'assureur-maladie obligatoire de l'intéressé (HELSANA ASSURANCES SA [ci-après : HELSANA]) a demandé à la SUVA de revenir sur sa position.

g. Notamment, une "appréciation médicale" du Dr H_____ du 28 avril 2021 a consisté en le diagnostic de "contusions possible de l'épaule [gauche]", ainsi qu'en la constatation que, compte tenu du compte rendu opératoire du Dr E_____ évoquant une lésion bicipale (tendon du biceps effiloché) et discordant avec les éléments du dossier, il avait été demandé à ce chirurgien orthopédiste de fournir les images, chose qu'il avait refusée, et que, donc, "en l'état du dossier et en l'absence d'atteinte structurelle démontrée (montrée), il [n'existait] pas, par rapport à l'intervention et ses suites, d'élément de vraisemblance prépondérante entre la prise en charge chirurgicale qui [avait] été réalisée et l'événement, comme nous l'indiquons le 29.09.2020; l'événement [avait] donc cessé ses effets la veille de l'intervention".

h. Par décision sur opposition rendue le 27 août 2021, la SUVA, se fondant pour l'essentiel sur l'appréciation de son médecin-conseil et retenant notamment l'absence de l'une des lésions assimilées de la loi sur l'assurance-accidents, a écarté l'opposition formée par l'intéressé contre sa décision du 12 janvier 2021, a considéré avoir octroyé à tort des prestations à celui-ci après le 17 juin 2020, avec pour corollaire une *reformatio in pejus*, mais a renoncé à en réclamer le remboursement, arrêtant néanmoins au 17 juin 2020 la date précise de la fin des prestations.

B. a. Par acte daté du 26 septembre 2021 et expédié le 27 septembre suivant, l'assuré, faisant notamment valoir l'existence d'une lésion assimilée au sens de la loi sur l'assurance-accidents sous forme de rupture partielle du sus-épineux gauche, a interjeté recours contre cette décision sur opposition, concluant à son annulation ainsi qu'à la prise en charge de l'opération du 18 juin 2020 ainsi que des soins et de l'incapacité de travail (qui perdurait encore actuellement) au-delà du 17 juin

2020, respectivement du 5 novembre 2020, subsidiairement à l'instruction de son état de santé par une expertise médicale (orthopédique) indépendante.

b. Dans le cadre de l'instruction de cette cause (A/3282/2021), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) a eu des problèmes pour obtenir les images opératoires du 18 juin 2020 en original de la part du Dr E_____, lequel a en outre fait savoir le 28 juillet 2022 à la chambre de céans qu'il lui était "absolument impossible de venir témoigner pour ce cas" et qu'il était tout à fait compréhensible que la SUVA ne le prenne pas en charge "sous le régime accident" étant donné qu'il y avait des lésions malades sous-jacentes préalables que l'accident n'avait fait que révéler.

Le 31 mai 2022, le Dr H_____ a émis une "appréciation médicale", plus complète et circonstanciée que celle du 28 avril 2021.

c. Le 18 octobre 2022, le recourant a indiqué avoir pris contact avec le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialisé de l'épaule et du coude, lequel, étant absent pendant trois semaines, ne pouvait le recevoir que le 17 novembre 2022.

d. Le 1^{er} novembre 2022 s'est tenue devant la chambre des assurances sociales une audience de comparution personnelle des parties ainsi que d'audition à titre de renseignement de l'épouse du recourant, Madame J_____, selon laquelle, entre autres, il y a eu une opération le 24 ou 28 octobre 2020 à l'épaule gauche par son propre chirurgien orthopédiste, le docteur K_____, chirurgien FMH.

e. Par arrêt du 13 décembre 2022 (ATAS/1049/2022) – qui n'a pas fait l'objet d'un recours auprès du Tribunal fédéral –, la chambre de céans a admis partiellement le recours, a annulé la décision sur opposition rendue le 27 août 2021 par l'intimée, a renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants, et a alloué au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'500.-, à la charge de l'intimée.

À teneur des considérants, il découlait de l'examen des éléments de faits (y compris des rapports médicaux et notamment des déclarations du recourant et de son épouse) en résumé ce qui suit. L'accident du 14 janvier 2020 en cause avait été relativement impressionnant, et avait, sur le moment même, surtout fait mal à l'abdomen de l'intéressé, mais aussi, d'une manière plus discrète dans un premier temps, aux deux épaules. Les douleurs à l'épaule gauche, au début plus faibles qu'à l'épaule droite, s'étaient, après quelques mois, révélées au premier plan. Concernant le bras droit, le recourant avait eu, dans les mois qui avaient suivi l'accident, de la difficulté à l'utiliser, ne pouvant, même actuellement, le monter que jusqu'à environ 90 degrés par rapport au corps, et réussissant à porter des objets jusqu'à 3 kg. En revanche, pour ce qui était du bras gauche, l'assuré ne pouvait, avant l'opération du 18 juin 2020, pas le monter, puis, depuis celle-ci, il avait progressivement amélioré cette situation, parvenant à monter ce bras à

90 degrés par rapport au corps dès environ fin 2021-début 2022, et il ne pouvait pas porter autant que les 3 kg (contrairement au bras droit), ayant, après un certain temps s'il prenait par exemple une assiette avec la main gauche, l'impression de ne plus avoir de force (consid. 7.3.4).

Ce n'était pas sur la base d'une instruction suffisante que le médecin-conseil de la SUVA et cette dernière avaient retenu (au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante) une cessation d'effets de l'accident dès le 18 juin 2020, date de l'opération à l'épaule gauche, voire dès le 5 novembre 2020. Il était au surplus relevé qu'ils n'avaient même pas examiné la problématique d'une éventuelle atteinte à l'épaule droite, malgré notamment le rapport après IRM de cette épaule du 27 février 2020, les rapports du Dr C_____ et l'entretien du 11 juin 2020. Au regard de l'ensemble des éléments figurant au dossier, on ne pouvait en l'état aucunement exclure que des atteintes non seulement à l'épaule gauche mais aussi à l'épaule droite, ainsi qu'une incapacité de travail, totale ou partielle, et/ou des limitations fonctionnelles auraient perduré après le 17 juin 2020 et même au-delà du 4 novembre 2020, en lien de causalité avec l'accident du 14 janvier 2020, lequel lien ne pouvait pas non plus être exclu avec l'opération du 18 juin 2020. Il était en l'état impossible de trancher la question de savoir si le *statu quo ante* ou *statu quo* aurait été atteint et, si oui, à quelle date. Ne pouvait pas non plus être exclue, le cas échéant et suivant les circonstances, l'existence d'une éventuelle lésion – "assimilée" – au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, que ce soit une déchirure de tendon (let. f) comme évoqué par le recourant ou un autre type de lésion au sens de cet alinéa (consid. 7.4).

Conformément à la jurisprudence, un renvoi à l'administration restait possible quand il était fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En l'occurrence, l'intimée s'étant contentée jusqu'à présent de recevoir des rapports des médecins traitants et d'en critiquer les conclusions via son médecin-conseil et ayant ainsi laissé l'évolution médicale très peu instruite, la cause lui était renvoyée pour instruction complémentaire approfondie de la situation médicale du recourant ainsi que de son évolution et de ses effets en matière de capacité de travail, puis nouvelle décision. Cette instruction complémentaire prendrait en compte le cas échéant l'évolution de l'état de fait jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui serait rendue et comprendrait à tout le moins une expertise au plan orthopédique, de même que la demande des pièces du dossier de prise en charge par l'assurance de perte de gain maladie de l'employeur (GROUPE MUTUEL) qui avait servi à l'intéressé des indemnités journalières correspondant à 100% d'incapacité de travail jusqu'à octobre ou novembre 2022 (selon les déclarations de sa mandataire en audience), la demande des pièces du dossier instruit par l'assurance-invalidité (ci-après : AI) à la suite d'une demande AI déposée le 3 juin 2020 par l'intéressé –, et des questions – plus précises que jusqu'à présent – à poser notamment aux Drs C_____, K_____, I_____, voire aussi F_____ et E_____ (consid. 7.5).

- C. a. Le 5 octobre 2023, l'assuré, toujours représenté par l'association mandataire, a adressé à la chambre des assurances sociales un recours pour déni de justice, concluant, avec suite de frais et dépens, à ce que ladite chambre dise qu'il était victime d'un déni de justice de la part de la SUVA et condamne cette dernière à rendre une décision contestable par voie de droit en tenant compte du principe de célérité.
- b. Par réponse du 6 novembre 2023, l'intimée a conclu à ce que la chambre de céans nie le grief de déni de justice et rejette le recours, sans frais ni dépens à sa charge.
- c. Par réplique du 24 novembre 2023 – transmise pour information le 27 novembre 2023 à l'intimée –, le recourant a persisté dans son recours pour déni de justice.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).
3. 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). 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'art. 4 al. 4 LPA (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, étant en particulier relevé que le recourant a préalablement demandé à l'intimée de rendre une décision (cf. art. 56 al. 2 LPGA et 4 al. 4 LPA), en vain.

4.

4.1 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, également prohibé par l'art. 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101) - qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue que la disposition constitutionnelle (ATF 103 V 190 consid. 2b) -, est une forme particulière du déni de justice formel (ATF 119 Ia 237 consid. 2).

4.2 L'art. 29 al. 1 Cst. consacre notamment le principe de la célérité ou, en d'autres termes, prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 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 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 inactivité 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).

4.3 La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 et 129 V 411 consid. 1.3). 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; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2022 du 9 août 2022 consid. 4.2 et les références). L'art. 69 al. 4 LPA prévoit que si la juridiction administrative admet le recours pour déni de justice ou retard injustifié, elle renvoie l'affaire à l'autorité inférieure en lui donnant des instructions impératives.

4.4 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 :

- 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'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), neuf mois après un jugement lui ordonnant de mettre en place une expertise, n'avait pas encore entrepris de démarches en ce sens (ATAS/430/2005 du 10 mai 2005);

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

- 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).

5.

5.1 En l'espèce, à la suite de l'ATAS/1094/2022 – de renvoi – précité, notifié le 14 décembre suivant à la caisse et le 15 décembre 2022 à l'assuré, les faits relatifs à la procédure d'assurance-accidents se sont déroulés de la manière qui suit.

5.1.1 Par pli de l'association mandataire du 1^{er} mars 2023, l'intéressé, se référant à l'issue de la procédure devant la chambre de céans, a demandé à la SUVA de reprendre le versement des indemnités journalières, qu'il n'avait plus reçues depuis le 5 novembre 2022.

Le 17 mars 2023, la caisse lui a répondu que conformément à l'ATAS/1094/2022 précité, le dossier était en cours d'instruction, qu'elle ne reprendrait donc pas le service des prestations pendant la période d'instruction et qu'une fois le dossier complété, une nouvelle décision serait rendue.

Le 22 mars 2023, le recourant a sollicité de l'intimée le prononcé dans les plus brefs délais d'une décision incidente « contestable pourvue des voies de droit » au sujet des prestations de l'assurance-accidents à lui allouer.

Le 1^{er} mai 2023, la caisse a répondu qu'avant de pouvoir rendre une nouvelle décision, elle devait attendre le résultat de l'expertise.

5.1.2 Par lettre recommandée du 4 mai 2023, l'assuré a fait part de ce qui suit à la SUVA. Le délai légal de 60 jours prévu par l'art. 52 al. 1 LPA n'avait pas été respecté, et le service juridique de la caisse – contacté la veille au téléphone – lui avait communiqué qu'un délai de quatre mois serait nécessaire avant de rendre une nouvelle décision. Partant, sans nouvelle de la part de la SUVA dans un délai raisonnable de 30 jours, il se verrait contraint de saisir les autorités judiciaires pour déni de justice.

Le 6 juin 2023, l'intimée a répondu ce qui suit. Une lecture attentive de l'ATAS/1094/2022 précité révélait que la chambre des assurances sociales l'avait exhortée à mettre en œuvre une instruction complémentaire en requérant l'édition des actes de l'assurance perte de gain maladie et de l'AI et en sollicitant la production de rapports médicaux auprès de divers médecins, une expertise orthopédique devant ensuite être organisée. Elle se heurtait malheureusement à l'absence de réaction de la part d'HELSANA et d'AVENIR ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : AVENIR ASSURANCE ; du GROUPE MUTUEL), respectivement des Drs F_____ et E_____, de sorte qu'un manque de diligence ne saurait lui être reproché. Par ailleurs, ledit ATAS/1094/2022 n'avait admis que partiellement le recours et n'avait pas précisé que le recourant avait droit au versement de l'indemnité journalière et au remboursement de ses frais de traitement au-delà du 4 novembre 2020. La SUVA ne pouvait assumer le risque de verser des indemnités journalières durant la phase des éclaircissements médicaux, mais il allait de soi que, si les troubles affectant l'intéressé devaient, à l'aune des investigations entreprises, engager la responsabilité de l'assurance-accidents, un versement rétroactif des indemnités journalières aurait lieu. L'assuré

était invité à s'annoncer à l'Hospice général afin de pouvoir bénéficier de l'aide sociale.

5.1.3 Parallèlement aux faits énoncés ci-dessus, par lettres du 10 mars 2023, la SUVA a demandé à l'OAI, à HELSANA et à AVENIR ASSURANCE la transmission des dossiers en leur possession et l'autorisation de les soumettre à l'expert qu'elle mandaterait. Elle a aussi demandé aux Drs C_____, K_____, I_____, F_____ et E_____ de lui transmettre leurs rapports de consultation depuis novembre 2020 jusqu'à ce jour concernant les épaules gauche et droite.

Le 13 mars 2023, l'OAI a transmis son dossier à la caisse.

Par courriel du 15 mars 2023, le secrétariat du Dr I_____ a informé l'intimée que l'assuré n'avait jamais été vu en consultation par celui-ci.

Le 29 mars 2023, la SUVA a reçu notamment des rapports du Dr D_____ ainsi qu'un rapport d'expertise orthopédique établi le 22 mars 2021 par la docteure L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à l'intention du GROUPE MUTUEL.

Par courriers du 13 avril 2023, la caisse a rappelé sa demande de documents à HELSANA et à AVENIR ASSURANCE de même qu'aux Drs C_____, F_____ et E_____.

Le même jour, elle a demandé des radiographies au Dr D_____.

Le 14 avril 2023, AVENIR ASSURANCE (par le GROUPE MUTUEL) a transmis à l'intimée son dossier ainsi que l'autorisation de le soumettre à l'expert.

La SUVA a adressé des rappels les 6 mai et 20 juin 2023 à HELSANA, ainsi que les 17 mai, 20 juin, 25 juillet et 22 août 2023 aux Drs F_____ et E_____.

Par pli du 27 juin 2023 reçu le 29 juin suivant, HELSANA a fait part à la SUVA être dans l'impossibilité de répondre positivement à sa requête, car ne disposant d'aucun rapport médical ni dossier.

5.1.4 Par ailleurs, par lettre du 10 octobre 2023, l'intimée a fait part au recourant de ce que, comme indiqué dans son courrier du 6 juin 2023, elle se heurtait au manque de réponse de la part des Drs E_____ et F_____. Malheureusement, malgré ses diverses demandes, elle n'arrivait pas à obtenir les rapports de consultation qui concernaient les épaules depuis novembre 2020 jusqu'à ce jour. Or, suite à l'arrêt de la chambre de céans, elle devait obtenir ces rapports afin d'organiser l'expertise. Elle laissait à l'assuré le soin de prendre contact avec les Drs E_____ et F_____ afin d'obtenir les rapports médicaux manquants.

5.2 L'assuré motive son recours pour déni de justice de la manière qui suit. Alors que cela fait neuf mois que la caisse indique devoir mandater une expertise aux fins d'une instruction complémentaire, aucune décision n'a été rendue ni aucune expertise diligentée depuis l'ATAS/1094/2022 précité (du 13 décembre 2022), soit depuis dix mois. « Il sied également de rappeler que [l'intéressé] s'est vu

refuser par la SUVA le paiement des indemnités (NDR : indemnités journalières) durant l'instruction. En outre, l'assuré est actuellement incapable de travailler, ce qui le met dans une situation économique extrêmement difficile ». « Ainsi, aucune mesure d'instruction n'ayant été prise par la SUVA depuis [dix] mois, et aucune décision sujette à recours n'ayant été rendue, force est de constater que [le recourant] est victime d'un déni de justice par la SUVA, pour cause de retard injustifié par l'autorité ».

Selon l'intimée (dans sa réponse au recours), en entreprenant le 10 mars 2023 des mesures d'instruction actives après l'échéance au 29 janvier 2023 pour recourir auprès du Tribunal fédéral contre l'ATAS/1094/2022 précité, elle a agi avec la célérité requise. Elle s'est toutefois, en dépit de sa volonté, heurtée à la complexité des mesures d'instruction ordonnées par la chambre des assurances sociales, devant adresser cinq rappels aux Drs E_____ et F_____, lesquels ne lui ont toujours pas répondu. Certaine qu'il soit dans l'intérêt de la cause que l'expert orthopédiste soit en possession d'un dossier médical complet, elle a pris le parti de persister dans ses démarches auprès de ces deux médecins, étant à cet égard relevé que l'assuré ne l'a pas aidée à obtenir les documents idoines de ceux-ci. En outre, ledit ATAS/1094/2022 ne l'oblige pas, rétroactivement à partir du 5 novembre 2020, à reprendre le service des indemnités journalières ni à couvrir les frais médicaux générés par les atteintes aux épaules. De l'avis de la caisse, la chambre de céans l'ayant exhortée à ne rendre une décision qu'au terme du complément d'instruction requis, le grief de retard injustifié à statuer ne peut pas être soulevé. Il va sans dire qu'elle est néanmoins disposée à renoncer à être nanti des rapports des Drs E_____ et F_____ et à mandater un expert orthopédiste : elle s'engage à mettre en œuvre sans délai la procédure de désignation de celui-ci, dans le respect de l'art. 44 LPG. L'expérience révèle toutefois que dite procédure s'avère souvent compliquer et que l'exécution du mandat d'expertise est tributaire de la disponibilité de l'expert lui-même. En tout état de cause, moins de neuf mois se sont écoulés entre l'entrée en force de l'ATAS/1094/2022 précité et le dépôt du recours pour déni de justice le 5 octobre 2023, ce qui, au regard de la jurisprudence, ne saurait être appréhendé comme un délai déraisonnable et ce d'autant moins qu'elle n'est pas demeurée inactive durant cette période. Cela étant, les circonstances particulières de la cause, la complexité de l'affaire et le défaut évident de collaboration de la part du recourant et de l'association mandataire dans la tentative vaine de la SUVA de compléter le dossier médical ne permettent pas de retenir une violation par celle-ci de l'art. 29 al. 1 Cst.

5.3 Cela étant, s'agissant de l'objet du présent recours pour déni de justice, il convient de préciser ce qui suit.

Dans un premier temps, en particulier du 1^{er} au 22 mars 2023, les courriers du recourant à l'intimée ont porté pour l'essentiel sur la reprise du versement en sa faveur des indemnités journalières. Il est toutefois relevé que la lettre du 22 mars 2023 requérait le prononcé d'une décision incidente et se référait à l'ATF 131 V

42 consid. 2.4, selon lequel la décision incidente se caractérise par le fait qu'elle est prise en cours de procédure et qu'elle ne constitue qu'une étape vers la décision finale et porte en général sur une question de procédure, telles les décisions d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 in fine LPGA (par exemple en relation avec l'établissement des faits), sans qu'il soit cependant exclu qu'elle tranche un problème de fond. Le 4 mai 2023, l'assuré n'a pas expressément mentionné les prestations de l'assurance-accidents (dont font partie les indemnités journalières), mais s'est référé à l'art. 52 al. 1 LPA qui a trait à la procédure de réclamation et d'opposition et n'était donc pas pertinente.

Dans son recours pour déni de justice tel que précisé par la réplique du 24 novembre 2023, le recourant ne demande pas une reprise du versement en sa faveur des indemnités journalières (art. 16 LAA), voire des remboursements de frais de traitement (art. 10 al. 1 LAA), et ne mentionne les indemnités journalières qu'en lien avec le refus de la SUVA de les lui payer et avec sa situation économique difficile. Il se plaint en revanche d'une absence de décision en général et surtout d'une absence non justifiée d'avancement de l'instruction (en particulier mise en œuvre de l'expertise orthopédique). De l'issue de cette procédure d'instruction pourrait le cas échéant dépendre le versement – ou non – des indemnités journalières et des montants afférents aux traitements médicaux ; les questions d'une stabilisation ou non de l'état médical de l'intéressé (cf. art. 19 al. 1 LAA) et de son droit ou non à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI ; art. 24 al. 1 LAA) devraient aussi être examinées au fond en cas de non-disparition du lien de causalité avec l'accident.

De ce qui précède, il faut conclure qu'à ce stade, le recourant ne reproche pas à l'intimée un retard à statuer concernant les prestations de l'assurance-accidents auxquelles il aurait le cas échéant déjà droit malgré le caractère incomplet de l'instruction.

En revanche, l'intéressé se plaint, dans son recours pour déni de justice, d'un retard injustifié de la part de la caisse consistant en le non-avancement fautif de l'instruction de son cas au plan médical, en particulier en l'absence de quelconques démarches de mise en œuvre de l'expertise.

5.4 Pour ce qui est des conditions d'un éventuel déni de justice (ici retard injustifié), et dans la mesure notamment où l'instruction effectuée jusqu'à fin 2022 à tout le moins était lacunaire (sous l'angle notamment de l'art. 43 LPGA), il est compréhensible que jusqu'au 29 juin 2023, date de la réception du courrier d'HELSANA du 27 juin précédent, la caisse ait considéré que le ou les futurs experts auraient besoin d'un dossier complet, avec en particulier les documents en possession des deux autres assureurs susceptibles d'avoir instruit la situation médicale de l'intéressé en lien avec l'accident du 14 janvier 2020, à savoir l'assurance de perte de gain maladie de l'employeur (AVENIR ASSURANCE, du GROUPE MUTUEL) et l'assureur-maladie obligatoire (HELSANA). Entre le

10 mars 2023 (un peu plus de deux mois après la notification de l'arrêt de renvoi) et le 29 juin 2023, l'intimée a cherché à mettre en œuvre l'instruction complémentaire pour laquelle la cause lui avait été renvoyée par la chambre de céans. Aucun retard injustifié ne peut donc lui être reproché pour cette période, quand bien même on peut regretter qu'elle n'ait pas tenu le recourant au courant de l'avancement de l'instruction accomplie jusqu'au 29 juin 2023 (lui laissant ainsi l'impression que rien n'était fait).

En revanche, à partir du 30 juin 2023, la SUVA n'avait aucun motif valable pour ne pas commencer la mise en œuvre de l'expertise orthopédique, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGa. En effet, contrairement à ce qu'elle prétend, l'ATAS/1094/2022 précité ne lui imposait aucunement d'obtenir des renseignements et réponses de la part des Drs E_____ et F_____ préalablement à la mise en œuvre de l'expertise orthopédique, ce d'autant moins au regard des termes « voire aussi » avant les noms de ces deux médecins (dont la collaboration paraît du reste avoir été difficile jusqu'à présent). Pour ce motif également, aucun manque de collaboration ne peut être reproché à l'assuré (cf. art. 43 al. 3 LPGa).

5.5 Cela étant, au regard notamment de la jurisprudence citée plus haut, l'absence de commencement de mise en œuvre de l'expertise orthopédique (telle que requise par l'ATAS/1094/2022 précité) durant les trois mois (environ) compris entre le 30 juin 2023 et le dépôt du recours pour déni de justice n'apparaît pas suffisante pour être constitutive d'un déni de justice.

6. Ceci entraîne le rejet du recours pour déni de justice.

Il n'en demeure pas moins que l'inaction de l'intimée relativement à la mise en œuvre de l'expertise médicale requise apparaît avec le temps qui passe de plus en plus problématique. Si à l'issue des prochaines semaines le recourant ne reçoit, sans motif valable, aucune communication de la part de la caisse au sens des al. 2 et 3 de l'art. 44 LPGa, la question d'un éventuel déni de justice pourrait le cas échéant être tranchée différemment qu'ici. Il appartient à la SUVA de commencer la mise en œuvre de l'expertise dès maintenant.

7. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGa).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare recevable le recours pour déni de justice.

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

Le président

Diana ZIERI

Blaise PAGAN

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