

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4217/2025

ATAS/544/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 juin 2026

Chambre 10

En la cause

A_____

recourante

contre

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

intimés

B_____

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard
PETITAT , juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** B_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1982, au bénéfice de l'assurance-chômage depuis le 14 août 2023, était domicilié dans le canton d'Argovie et s'est installé à Genève le _____ 2024.
- b.** Le 30 septembre 2024, l'assuré a complété un formulaire de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA) et signalé une rechute le 26 août 2024 de son accident du 30 novembre 2002.
- c.** La SUVA a notamment reçu des rapports d'imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit du 23 mai 2024 et du genou gauche du 30 août 2024, un rapport de radiographie des genoux du 30 août 2024, des rapports des 17 mai et 29 août 2024 du docteur C_____, médecin praticien, du 9 septembre 2024 du professeur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, _____ un _____ certificat _____ du 16 septembre 2024 du Prof. D_____ attestant d'une totale incapacité de travail depuis le 26 août 2024 et de la nécessité de programmer une intervention chirurgicale.
- d.** Le 7 janvier 2025, le docteur E_____, médecin-conseil de la SUVA, a indiqué qu'en l'absence de documentation initiale disponible, que ce soit sur l'événement du 18 octobre 2001 ou sur celui du 30 novembre 2002, sans prise de position antérieure du service médical ou de l'administration de la SUVA, il n'était pas en mesure de se déterminer sur la prise en charge du cas. En l'état du dossier, il ne savait pas ce qu'il devrait comparer, étant encore observé que le premier document médical au dossier datait de 2016-2017.
- e.** Le 6 février 2025, l'assuré a complété un nouveau formulaire de la SUVA afin d'annoncer sa rechute du 26 août 2024.
- f.** Le 12 février 2025, le Dr E_____ a indiqué que le lien de causalité entre les problèmes du genou gauche et l'événement du 30 novembre 2002 était tout au plus possible. En l'état du dossier, l'assuré semblait avoir subi le 30 novembre 2002 une fracture du fémur gauche avec une fracture de l'acétabulum gauche. Aucune atteinte du genou gauche ne figurait dans les rapports médicaux mis à disposition, étant toutefois noté qu'aucune imagerie n'était disponible avant 2016.
- g.** Le lendemain, l'assuré s'est entretenu avec une gestionnaire de la SUVA et a demandé une réponse rapide car son dossier était en cours de clarification depuis août 2024 et une opération était planifiée.
- h.** Le 13 février 2025, la SUVA a déclaré refuser de verser des prestations, faute de lien de causalité entre les troubles du genou gauche et le sinistre de 2002.

- A/4217/2025

une arthroscopie le 12 mars 2018. Le 30 novembre 2016, il avait déclaré une rechute à la SUVA qui avait reconnu tous ces événements comme rechute ou séquelles tardives de l'événement du 30 novembre 2002. Malgré ses demandes, la SUVA n'avait rendu aucune nouvelle décision depuis qu'elle avait, le 16 septembre 2025, retiré celle du 23 avril 2025.

b. Dans sa réponse du 5 janvier 2026, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé qu'elle avait refusé, par décision du 23 avril 2025, de reconnaître l'existence d'une rechute à compter du 26 août 2024 pour un accident du 30 novembre 2002. Il incombait à l'intéressé et à sa caisse-maladie d'établir l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'atteinte au genou gauche alléguée et un accident assuré. Elle n'avait pas été inactive face aux troubles que l'intéressé avait mis sur le compte de l'accident du 30 novembre 2002, puis sur celui de l'accident du 18 octobre 2001, et n'avait pas ménagé ses efforts pour tenter d'obtenir les renseignements souhaités par son médecin-conseil. Elle avait entrepris des démarches concrètes et précisé quels documents étaient nécessaires à la reddition d'une décision, alors qu'elle aurait pu se résoudre simplement à rendre une décision de refus de prestations, l'existence d'un lien de causalité entre les troubles allégués et les accidents assurés n'ayant pu être établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Cela étant, il ne s'était écoulé que neuf mois entre les oppositions formées contre la décision du 23 avril 2025 et le dépôt du recours, ce qui n'était pas déraisonnable.

c. Par écriture du 29 janvier 2026, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a souligné que le litige portait exclusivement sur sa plainte pour retard injustifié, et non pas sur le lien de causalité. Depuis le retrait du 16 septembre 2025, aucune nouvelle décision n'avait été rendue. L'intimée se limitait à invoquer des clarifications encore en cours, sans présenter de démarches nouvelles et substantielles. Les anciens documents exigés n'existaient pas, étant rappelé qu'il n'y avait pas eu de second événement accidentel. Si l'intimée considérait que les avis médicaux qui existaient déjà avant le retrait étaient insuffisants, elle aurait dû mandater une expertise médicale indépendante au lieu d'attendre plusieurs mois. Elle a rappelé que l'intéressé avait été victime d'un grave accident de la circulation le 30 novembre 2002 et avait subi des traitements répétés du genou gauche entre 2016 et 2018 avec notamment des arthroscopies les 6 avril 2017 et 12 mars 2018. L'intimée avait alors reconnu les événements comme des rechutes ou séquelles tardives et avait accordé plusieurs garanties de prise en charge pour le genou gauche. L'intimée, qui avait l'obligation d'apporter les moyens de preuve nécessaires lorsque le dossier comportait inévitablement des lacunes, devait ordonner des mesures d'instruction appropriées si elle estimait que la question de la causalité ne pouvait être tranchée avec les pièces disponibles. La durée globale dépassait largement la limite admissible, d'autant plus que l'intimée instruisait le dossier depuis octobre 2024 et disposait de vastes documents médicaux. L'inaction prolongée malgré des investigations terminées ou

prévisiblement vaines apparaissait systématique et constituait un comportement illicite. Des actes de procédure dépourvus de finalité ou des demandes répétées et non pertinentes ne suffisaient pas à contrer le constat de retard injustifié.

d. Invité à se déterminer, l'assuré a requis l'annulation de la décision du 23 avril 2025 et la confirmation de la poursuite de l'obligation de prester. Il avait été traité pendant de nombreuses années pour divers troubles à la suite de son accident survenu en 2002, en particulier dès 2016 pour des douleurs croissantes au genou gauche ayant conduit à des opérations. Ces troubles avaient été reconnus à plusieurs reprises par l'intimée comme des rechutes ou des séquelles tardives, étant rappelé qu'elle avait pris en charge les opérations de 2016 et 2017, et les traitements prodigués en 2023. En novembre 2023, l'intimée lui avait une nouvelle fois confirmé par écrit que ses troubles constituaient des suites d'un accident assuré. Depuis lors, une nouvelle aggravation était survenue, avec les diagnostics de début de gonarthrose médiale prédominante à gauche, une perte de correction après l'ancienne ostéotomie du plateau tibial, la persistance d'une laxité postérieure du genou de grade II. Ces constatations étaient directement liées aux lésions du genou déjà reconnues et à leurs conséquences. Le changement de position abrupt de l'intimée le laissait déstabilisé et abandonné. La caisse avait soumis un argumentaire médical complet en mars 2025 démontrant le lien entre ses troubles actuels et l'accident, mais l'intimée n'en avait pas tenu compte. Celle-ci se référait principalement à l'absence de documents d'imagerie antérieurs à 2016, alors qu'elle-même avait reconnu et indemnisé les prestations de 2016 à 2023 pendant de nombreuses années.

e. Le 25 février 2026, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours, faisant valoir qu'il ne lui appartenait pas d'établir la preuve de l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre les sinistres assurés et les troubles de l'intéressé. D'autre part, sa responsabilité ne saurait être engagée sur la seule base de la reconnaissance, passée, d'un lien de causalité naturelle pour le dommage initial ou une rechute.

f. Copie de cette écriture a été transmise à la recourante et à l'intéressé.

g. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du

6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 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). 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 (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.

2. À titre préalable, la chambre de céans constate que les pièces du dossier de l'intimée et celles produites par la recourante sont pour l'essentiel rédigées en allemand. Il en va ainsi, notamment, de la décision du 23 avril 2025, de l'opposition de la recourante du 19 mai 2025, de la contestation de l'intéressé du 23 mai 2025, du courrier de l'intimée du 16 septembre 2025, de la missive de la recourante du 9 octobre 2025, et de la plupart des rapports médicaux.

2.1 Selon l'art. 5 de la Constitution de la République et canton de Genève du 14 octobre 2012 (Cst-GE - A 2 00), la langue officielle est le français.

Le Tribunal fédéral a précisé à plusieurs reprises les aspects linguistiques du droit d'être entendu. Sa jurisprudence à ce sujet peut être résumée de la manière suivante : les échanges entre l'assureur social et l'assuré doivent avoir lieu dans la langue officielle que parle ce dernier. En application du principe de la territorialité, s'il s'agit d'un organisme cantonal, c'est la langue officielle du canton qui doit être utilisée. L'assureur social a le droit de rédiger certaines pièces du dossier, en particulier des notes internes, dans une autre langue que celle de la procédure, qui est la langue utilisée dans les rapports avec l'assuré. Ce dernier ne peut alors en exiger la traduction dans la langue de la procédure, pas plus qu'il ne peut, en vertu du droit d'être entendu, exiger la traduction du dossier ou de certains éléments du dossier dans sa langue maternelle (Anne-Sylvie DUPONT *in* Commentaire romand LPGA, 2018, n. 7 ad art. 48 LPGA et les références).

2.2 En l'espèce, si l'assuré a précédemment habité en Suisse alémanique et si les parties au litige ont correspondu en allemand, il n'en demeure pas moins que la présente procédure a été introduite à Genève et que les pièces pertinentes auraient dû être traduites en français.

Cela étant, au vu des écritures des parties et de l'objet du litige, la chambre de céans renoncera à solliciter la traduction des documents pertinents.

3. 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.

3.1 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.

En vertu de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2).

Une décision qui n'est pas désignée comme telle et qui n'indique pas les moyens de droit à disposition de l'assuré est un prononcé selon la procédure simplifiée qui doit susciter de la part de l'assuré une demande de décision formelle (DUPONT / MOSER-SZELESS, Commentaire romand, Loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales, 2025, p. 696 *ad* art. 49 n. 43).

La prise de position de l'assureur selon la 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).

Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, avant d'être soumises à la chambre de céans, les décisions d'un assureur doivent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues.

Conformément à l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (al. 1). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (al. 2).

3.2 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).

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 ; 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 ex. ; 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 ; 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 ; 117 Ia 117 consid. 3a et 197 consid. 1c ; arrêts du Tribunal fédéral I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 ; 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).

3.3 À titre d'exemple, un déni de justice a été admis par la chambre de céans 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). 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). Elle a également nié tout déni de justice dans le cas d'une assurance-accidents qui

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 notamment nié l'existence d'un retard injustifié notamment dans les cas où il y avait eu un intervalle d'environ vingt et un 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).

3.4 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 ; 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 ; 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. En l'espèce, l'intimée a rendu une décision le 23 avril 2025 par laquelle elle a refusé de reconnaître l'existence d'une rechute à compter du 26 août 2024 et de verser des prestations en lien avec un accident survenu en 2002. À la suite des oppositions formées par la caisse puis par l'assuré, l'intimée a annulé la décision précitée le 16 septembre 2025 et indiqué reprendre l'instruction du dossier.

Aucune décision n'a été rendue à ce jour, alors que la rechute alléguée remonte au mois d'août 2024. Il s'est donc écoulé quinze mois entre l'éventuelle rechute et le recours interjeté par l'intimée le 28 novembre 2025. La durée de la procédure, dans son ensemble, ne saurait être qualifiée de déraisonnable, vu les circonstances de la cause et plus particulièrement le prononcé d'une décision le 23 avril 2025, l'interpellation du médecin-conseil à la suite des oppositions, le manque de documentation médicale déplorée par ledit médecin, l'annulation de la décision frappée d'oppositions en vue de reprendre l'instruction. Depuis lors, l'intimée a sollicité des pièces complémentaires de la part de l'assuré le 16 septembre 2025, relancé ce dernier le 29 octobre 2025, reçu de nouveaux rapports le 6 novembre 2025 et requis l'avis de son médecin-conseil le 17 novembre 2025.

Ainsi, durant l'intervalle de deux mois et demi séparant l'annulation de la décision du 23 avril 2025 et l'introduction de la présente demande, l'intimée a effectivement instruit le dossier.

Dans ces conditions, aucun déni de justice ne saurait être retenu.

5. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

**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

Laurine CHAPUIS

Joanna JODRY

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