

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/574/2026

ATAS/635/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 juillet 2026

Chambre 10

En la cause

A_____,
représentée par ASSUAS Association suisse des assurés

recourante

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCE SA

intimée

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente; Andres PEREZ et
Christine TARRIT-DESHUSSES, juges assesseurs**

EN FAIT

A. **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1977, était employée par l'entreprise B_____ SA et assurée à ce titre contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels auprès d'ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCE SA (ci-après : ALLIANZ).

b. Le 12 novembre 2002, l'assurée a été victime d'une chute de cheval, ayant entraîné une fracture ouverte de la mandibule droite, une fracture fermée de la mandibule gauche, des lésions dentaires et une fracture de l'omoplate droite. L'évolution a en outre été compliquée par l'apparition d'importants troubles visuels à l'œil droit et les investigations ont révélé une neuropathie optique ischémique droite sur une hypoperfusion de l'artère carotidienne interne droite, soit sur vasospasme, soit sur dissection.

c. L'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a mandaté la clinique C_____ (ci-après : C_____), laquelle a réalisé une expertise médicale et rendu son rapport le 5 juin 2007.

d. Par décision du 22 octobre 2008, ALLIANZ a octroyé à l'assurée une rente fondée sur un degré d'invalidité de 46% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant au taux de 47.5%, et précisé que la prise en charge de toutes les prestations médicales prenait fin au 1^{er} juin 2007.

e. Le 26 septembre 2022, l'assurée a annoncé une rechute en raison de douleurs à l'épaule droite entraînant une incapacité totale de travail.

f. Le 23 novembre 2023, l'intéressée s'est soumise à une arthroscopie, avec ténodèse du biceps, suture du tendon supraépineux et acromioplastie.

g. ALLIANZ a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du centre d'expertise médicale de D_____ (ci-après : D_____), comportant des volets en orthopédie, neurologie, neuropsychologie, ophtalmologie et psychiatrie, dont le rapport a été rendu le 3 avril 2023.

Au niveau orthopédique, la docteure E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu que l'assurée avait présenté une rupture transfixiante des tendons de la coiffe des rotateurs qui avait justifié l'intervention du 23 novembre 2022. L'état de santé de l'expertisée s'était détérioré depuis le 1^{er} juin 2007 puisqu'une nouvelle opération avait été nécessaire, étant relevé que les douleurs et l'impotence s'étaient aggravées depuis 2021. Avant la rechute, l'intéressée n'arrivait pas à porter des poids de plus de « 5 kg » ni à effectuer des mouvements répétitifs au-delà du plan horizontal. Les limitations fonctionnelles visaient le port de charges de plus de « 2 kg » et le travail au-delà du plan horizontal de façon répétitive. L'atteinte à la santé encore évoquée était en une conséquence de l'accident du 12 novembre 2002, au degré de la vraisemblance prépondérante. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50%.

h. À la demande d'ALLIANZ, la Dre E_____ s'est déterminée dans un rapport complémentaire daté du 15 juin 2023, dans lequel elle a confirmé que l'opération du 23 novembre 2022 était en rapport de causalité avec l'accident du 12 novembre 2002, au degré de la vraisemblance prépondérante.

i. Par rapport du 22 février 2024, le professeur F_____ et la docteure G_____, médecins au service de chirurgie maxillo-faciale des HUG, ont retenu un syndrome myofacial droit, découlant potentiellement des suites de l'accident de 2002. Ils ont sollicité la prise en charge d'un traitement de physiothérapie et d'une gouttière de désocclusion dentaire.

j. L'assurée a été examinée une nouvelle fois le 8 juillet 2024 auprès du D_____.

k. Dans son rapport du 29 juillet 2024, la Dre E_____ a fait état d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée, citant à cet égard une infiltration de l'articulation acromio-claviculaire, avec des chances de succès très bonnes dans un délai de un à deux mois. L'état définitif de l'épaule avait été atteint un an après l'intervention chirurgicale, soit le 23 novembre 2023. L'assurée se plaignait encore de douleurs, en particulier lors des mouvements d'antépulsion et d'abduction. Elle ne prenait plus aucun médicament et avait arrêté la physiothérapie en février 2024. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges lourdes de 5 kg et l'abduction limitée, ainsi que les mouvements répétitifs, l'utilisation d'échelles ou le travail au-delà du plan horizontal. La capacité de travail s'était améliorée au niveau orthopédique, d'autant que l'échographie du 8 juillet 2024 ne mettait pas en évidence de lésion au niveau de la coiffe des rotateurs, mais tout simplement une arthropathie acromio-claviculaire qui pourrait bénéficier d'une infiltration avec un résultat très positif, et que l'imagerie par résonance magnétique du 25 janvier 2024 avait montré une coiffe compétente et une minime bursite sous-acromiale. Il y avait une nette amélioration par rapport à l'examen réalisé lors de la première expertise, puisque la mobilité de l'épaule était désormais quasi normale. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux restrictions énoncées.

l. Le 11 octobre 2024, le docteur H_____, spécialiste en ophtalmologie, a indiqué que l'assurée souffrait également de photophobie importante, ce qui la contraignait à travailler dans l'obscurité, ne supportant plus la lumière. Il s'agissait d'une séquelle liée à l'accident cérébral avec compression du nerf optique droit du 12 novembre 2002.

m. Par courrier du 3 décembre 2024, ALLIANZ a informé l'assurée qu'il envisageait de clôturer la rechute au 30 novembre 2023 et de renoncer à demander le remboursement des prestations fournies depuis lors.

n. Par courrier du 5 janvier 2025, l'assurée a contesté cette détermination et indiqué être encore en traitement concernant sa mâchoire droite.

B. a. Par décision du 19 mars 2025, ALLIANZ a retenu que le droit aux indemnités journalières pour donner suite à la rechute annoncée le 26 septembre 2022 prenait fin au 30 novembre 2023, que les prestations fournies depuis lors ne seraient pas réclamées et que le droit à la rente d'invalidité actuelle pour un degré d'invalidité de 46% était maintenu. Elle a estimé que l'état de santé orthopédique s'était amélioré à la suite de l'intervention du 23 novembre 2022, mais que cette amélioration n'était pas significative pour une révision de la rente, car les troubles orthopédiques n'étaient pas déterminants pour l'incapacité de travail. Aux niveaux neurologique, neuropsychologique et ophtalmologique, il n'y avait pas de changement de l'état de santé, et aucun diagnostic n'avait été retenu sur le plan psychiatrique. Elle a également rappelé qu'après un reclassement professionnel de l'OAI entre 2004 et 2006, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée au moment de l'examen de la rente. En 2023/2024, les experts du D_____ retenaient toujours une incapacité de travail à 50% par suite des troubles neuropsychologiques et ophtalmologiques. En conclusion, l'état de santé n'avait pas évolué de manière significative avec un effet sur la capacité de travail depuis la fixation de la rente d'invalidité en 2008, de sorte que les conditions d'une révision de cette prestation n'étaient pas remplies.

b. En date du 2 mai 2025, l'assurée, représentée par un mandataire, a formé opposition contre la décision précitée et conclu à son annulation, ainsi qu'à la reprise des versements des indemnités journalières, à la révision de sa rente d'invalidité et à une instruction complémentaire notamment sur les aspects de photosensibilité, de douleurs mandibulaires et de fatigabilité.

c. Le 2 octobre 2025, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a demandé à ALLIANZ quelles étaient les mesures d'instruction envisagées ou les motifs du manque de célérité de son affaire. Sans réponse de l'assureur dans les plus brefs délais, elle ne manquerait pas de saisir la Cour de justice pour déni de justice.

d. Le lendemain, ALLIANZ lui a répondu que le temps de traitement moyen d'une opposition pouvait durer entre quatre et cinq mois selon la complexité du dossier et qu'elle lui ferait parvenir sa détermination dans le courant du mois.

e. Le 31 octobre 2025, l'intéressée a écrit à ALLIANZ qu'elle n'avait toujours pas reçu de décision et qu'à sa connaissance, aucune mesure d'instruction justifiant ce délai de traitement. Elle sollicitait le prononcé d'une décision sur opposition d'ici la semaine prochaine, faute de quoi une action pour déni de justice serait formée.

C. a. Le 12 février 2026, l'assurée a déposé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice une action en déni de justice à l'encontre d'ALLIANZ, reprochant à ce dernier un silence qualifié à la suite de son opposition contre la décision du 19 mars 2025.

Elle a relevé que plus de dix mois s'étaient écoulés depuis le dépôt de son opposition, sans qu'aucune décision ne soit notifiée. Un tel délai excédait

manifestement ce qui pouvait être considéré comme raisonnable en matière d'assurance-accidents, même pour un dossier médicalement complexe. Plusieurs expertises avaient été réalisées, de sorte que l'intimée disposait de l'ensemble des éléments médicaux nécessaires. Elle a encore précisé qu'elle avait transmis à l'intimée, à l'appui de son courrier du 5 janvier 2025, la demande de prise en charge de traitement du Dr F_____ du 22 février 2024 et un rapport du docteur I_____ du 24 décembre 2024 décrivant ses amplitudes de l'épaule, Elle avait également indiqué qu'elle suivait un traitement de psychiatrie auprès du docteur J_____, « qui transmettait un rapport de traitement et retenait un diagnostic de stress *post*-traumatique ». La décision du 19 mars 2025 ne disait rien de ses objections et aucune mesure d'instruction complémentaire n'avait été annoncée. En outre, aucun comportement dilatoire ne pouvait lui être reproché. L'inaction prolongée de l'intimée la privait d'une décision sujette à recours, de la possibilité d'obtenir un contrôle juridictionnel et de la poursuite effective de ses droits à des prestations. Cette situation constituait un retard injustifié assimilable à un déni de justice formel. L'argument tiré d'une durée « moyenne » de traitement ne saurait justifier l'absence de décision, étant rappelé que les considérations internes d'organisation ne pouvaient être opposées à l'assuré.

Subsidiairement, sur le fond, la recourante a conclu à l'annulation de la décision du 19 mars 2025, à ce qu'il soit dit que la stabilisation de son état de santé au 30 novembre 2023 n'était pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante et à ce qu'elle avait droit à la poursuite des indemnités journalières au-delà de cette date, à ce que la reprise de l'instruction médicale complète soit ordonnée, à ce que la révision du taux d'invalidité soit ordonnée en tenant compte des nouvelles limitations fonctionnelles et à ce que la reprise de l'instruction relative au droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité soit ordonnée. En substance, la recourante a rappelé que lors de la décision de rente d'invalidité du 22 octobre 2008, l'intimée s'était fondée sur l'expertise du 5 juin 2007 de la C_____, laquelle avait retenu une sérieuse atteinte psychiatrique, neuropsychologique et ophtalmologique, mais aucune limitation fonctionnelle sur le plan orthopédique. Il avait alors été conclu que le métier de palefrenière n'était plus exigible, mais qu'une capacité de travail partielle subsistait dans un métier adapté, soit de vendeuse. Or, les expertises réalisées en 2023 et 2024 avaient mis en évidence de nouvelles restrictions, notamment en lien avec le port de charge limité à 2 kg, une phobie de la lumière, des douleurs au niveau de la mâchoire non investiguées et une perte de concentration limitée par une fatigabilité avérée. Elle poursuivait un traitement de kinésithérapie, de psychiatrie pour un choc *post*-traumatique non retenu par l'intimée, laquelle n'avait pas répondu à sa demande de prise en charge d'une physiothérapie et d'un appareil pour la mâchoire. En outre, aucune instruction n'avait été menée sur l'exigibilité du métier de vendeuse qu'elle avait exercé à 50% jusqu'à sa rechute. Elle avait par ailleurs demandé l'enregistrement de l'expertise psychiatrique, après avoir constaté des erreurs dans la description de la journée type, contesté la cohérence de l'expertise

orthopédique, en particulier concernant la limitation du port de charge, et remis en cause le rapport d'expertise ophtalmologique, requérant la prise en compte de la phobie de la lumière décrite et objectivée par le Dr H_____. Par conséquent, elle contestait la stabilisation de son état de santé au 30 novembre 2023, évaluation qui reposait sur l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique, et demandait la révision de sa rente d'invalidité en tenant compte de ses nouvelles limitations fonctionnelles.

b. Le 20 février 2026, la recourante a informé la chambre de céans que l'intimée avait rendu une décision sur opposition la veille. Elle a rappelé que malgré ses relances, aucune mesure d'instruction n'avait été prise ni aucune décision rendue. Ce n'était qu'après le dépôt de son action que l'intimée avait statué. Dès lors que le retard excédait manifestement ce qui pouvait être considéré comme raisonnable en matière d'assurance-accidents, son action était non seulement recevable, mais aussi fondée au moment de son dépôt. Il se justifiait donc de lui allouer une indemnité de dépens, l'intimée ayant, par son inertie, rendu nécessaire l'introduction de la présente procédure.

La recourante a annexé la décision sur opposition du 19 février 2026 de l'intimée.

c. Dans sa réponse du 18 mars 2026, l'intimée a conclu à ce que la cause soit rayée du rôle et les dépens mis à la charge de la recourante. Elle a relevé que le laps de temps entre l'opposition et la saisine de la chambre de céans était considéré comme raisonnable par la jurisprudence. Elle a allégué avoir demandé au Dr H_____ le 25 juin 2025 son rapport du 1^{er} juillet 2025 et avoir reçu de l'intéressée, par courrier du 1^{er} décembre 2025, un rapport du 6 juin 2025 du Dr J_____. La production de nouvelles pièces médicales impliquait nécessairement leur examen ce qui prolongeait le temps de traitement du dossier. Elle avait respecté le principe de célérité en rendant sa décision deux mois après avoir reçu le dernier rapport médical de la recourante.

d. Par écriture du 1^{er} avril 2026, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a rappelé avoir demandé plusieurs actes de procédure dans son opposition et relevé que l'intimée n'avait donné suite à aucune de ses requêtes et n'avait procédé à aucune mesure d'instruction sans raison valable. Lors des différentes interpellations de son mandataire, l'intimée avait promis, par écrit ou par téléphone, de transmettre sa décision au mois de septembre, puis octobre, puis novembre 2025, sans jamais respecter ses engagements. Ce n'était que le 1^{er} décembre 2025 qu'elle avait demandé le rapport de son psychiatre qui avait déjà été transmis au mois de juin 2025. Son action pour déni de justice était la conséquence directe de l'inaction de l'intimée durant près d'une année.

e. Copie de cette missive a été transmise à l'intimée.

f. 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.

2.1 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).

2.2 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).

2.2.1 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, la juridiction de céans 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 même, aucun déni de justice n'a été retenu s'agissant d'une procédure dans laquelle il s'était écoulé quinze mois entre l'éventuelle rechute et le recours, étant observé que la durée de la procédure, dans son ensemble, ne pouvait être qualifiée de déraisonnable vu les circonstances de la cause, et plus particulièrement le prononcé d'une décision, l'interpellation du médecin-conseil dans le cadre de la procédure d'opposition, l'annulation de la décision contestée en vue de reprendre l'instruction, des démarches tendant à l'obtention de pièces complémentaires, la réception de nouveaux rapports et une nouvelle interpellation du médecin-conseil, étant relevé qu'il ne s'était écoulé que deux mois et demi entre l'annulation de la décision initiale et l'introduction de l'action en justice, et que la partie intimée avait effectivement instruit le dossier (ATAS/544/2026 du 16 juin 2026).

2.2.2 La chambre de céans a admis, dans une affaire dans laquelle une décision avait finalement été rendue une année après l'envoi de la déclaration de sinistre, que les chances de succès du recourant, si la procédure avait été menée à son terme, étaient avérées de sorte qu'il y avait lieu de lui allouer des dépens. Elle a notamment relevé les multiples relances de l'intéressé et que le fait qu'il ne ressortait pas de la décision finalement rendue que l'autorité intimée ait procédé à une instruction particulièrement compliquée, ni qu'elle ait dû entreprendre des démarches particulières avant de statuer (ATAS/495/2024 du 20 juin 2024).

Elle a également condamné l'intimée à des dépens dans une action pour déni de justice devenue sans objet, au motif que la décision était intervenue 19 mois après l'opposition et que, contrairement à ce qui avait été annoncé, l'intimée n'avait pas procédé à une instruction complémentaire, ni dû entreprendre des démarches particulières avant de statuer. Les chances de succès du recourant si la procédure avait été menée à son terme étaient avérées, de sorte qu'il avait droit à des dépens (ATAS/339/2024 du 16 mai 2024).

Elle en a jugé de même dans une affaire dans laquelle l'intimée disposait de tous les éléments de fait mais avait laissé s'écouler un laps de temps d'environ sept mois, sans aucun acte d'instruction, entre la première demande de prononcé de décision formelle et la notification de sa décision, sans le justifier d'aucune façon, et alors que l'intéressée lui avait adressé cette demande à quatre reprises, la

dernière avec fixation d'un délai sous peine d'un recours pour déni de justice (ATAS/382/2021 du 27 avril 2021).

Elle a également condamné l'intimée à verser à la recourante une participation à ses frais et dépens, dans un cas où l'intervalle entre l'opposition et la décision sur opposition était de près de deux ans. Elle a constaté que, durant ce laps de temps, l'assureur n'avait mis en œuvre aucune mesure d'instruction, et que la décision sur opposition se contentait en substance de reprendre l'argumentation déjà développée deux ans plus tôt dans la décision initiale. Dès lors, rien ne justifiait le laps de temps écoulé depuis que l'intéressée a formé opposition. Ce délai était bel et bien constitutif d'un déni de justice, car il était particulièrement urgent de statuer, dès lors que la rente avait déjà suspendue deux ans auparavant (ATAS/198/2017 du 9 mars 2017).

2.3 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 ; 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.

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 (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).

4. En l'occurrence, au vu de la décision rendue le 19 février 2026 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 de la recourante, dûment représentée, à des dépens pour la procédure qu'elle a initiée, en déterminant si l'intimée a fait preuve d'un retard injustifié.

4.1 Il est rappelé que la présente action en justice a été déposée le 12 février 2026, soit neuf mois et demi après l'opposition formée par la recourante le 2 mai 2025 à l'encontre de la décision du 19 mars 2025, et qu'une décision sur opposition est finalement intervenue le 19 février 2026.

L'intimée ne saurait se prévaloir d'une instruction active durant cet intervalle. En effet, les seules démarches qu'elle a effectuées sont, selon les écritures des parties, l'envoi d'une demande au Dr H_____ le 25 juin 2025 suivi de la réception du rapport de ce médecin le 1^{er} juillet 2025, d'une part, et l'envoi d'un courriel à la recourante le 1^{er} décembre 2025 suivi de la réponse de l'intéressée le jour même contenant un rapport du 6 juin 2025 du Dr J_____, d'autre part.

Concernant sa première action, il sera relevé que la motivation de la décision sur opposition du 19 février 2026 repose exclusivement sur les rapports du D_____ des 30 mars 2023 et 29 juillet 2024. Le rapport reçu par le Dr H_____ le 1^{er} juillet 2025 n'a même pas été cité, si bien qu'on ignore s'il s'agit de l'évaluation qu'il avait rendue le 11 octobre 2024 et qui figurait déjà au dossier, ou si ce médecin a établi un nouveau rapport. Cela étant, la décision de l'intimée se limite à rappeler que les indemnités journalières avaient été versées pour l'incapacité de travail due à la rechute de l'épaule, que la photophobie était reconnue mais n'empêchait pas une activité adaptée selon les experts, et qu'il n'y avait aucun changement de l'état de santé du point de vue ophtalmologique selon le rapport du D_____.

S'agissant de la seconde action, la recourante allègue, sans que cela ne soit contesté par l'intimée, que le rapport du 6 juin 2025 du Dr J_____ avait déjà été transmis à l'intimée au mois de juin 2025. Il appert donc que l'intimée disposait, sur le plan psychiatrique, de toutes les pièces qu'elle jugeait utiles au 1^{er} juillet 2025 déjà.

L'argumentation développée dans la décision sur opposition, qui consiste essentiellement à confirmer la valeur probante des expertises du D_____ sans examen du contenu des rapports des médecins traitants, permet de conclure que l'intimée aurait pu statuer très rapidement sur la contestation de la recourante, l'affaire n'étant pas, à tout le moins selon l'appréciation de l'intimée, particulièrement complexe. Dans ces conditions l'inactivité de l'intimée durant plusieurs mois dénote un retard injustifié.

Il convient également de relever que la recourante s'est enquis de l'état d'avancement de la procédure par courriel du 2 octobre 2025, reprochant à l'intimée un manque de célérité et évoquant une possible action en justice. L'intimée lui a répondu le lendemain que le temps de traitement moyen d'une opposition était de quatre à cinq mois selon la complexité du dossier et qu'une

décision serait rendue dans le courant du mois. Sans nouvelles de l'intimée dans le délai indiqué, la recourante lui a rappelé, par courriel du 31 octobre 2025, qu'elle demeurait dans l'attente d'une décision relative à son opposition du 2 mai 2025, ajoutant qu'elle saisirait la chambre de céans si une telle décision n'était pas rendue « d'ici la semaine prochaine ». Il s'est encore écoulé trois mois et demi avant que la recourante ne saisisse la chambre de céans, sans que l'intimée ne lui fasse part de circonstances particulières permettant d'expliquer l'absence de décision.

En outre, l'issue de la procédure revêt une importance certaine pour la recourante, étant rappelé qu'elle a requis, dans le cadre de son opposition, la reprise du versement des indemnités journalières et la révision de sa rente d'invalidité.

Enfin, s'agissant du comportement de l'intimée, il sied de relever que cette dernière avait indiqué à la recourante qu'une décision serait notifiée au mois d'octobre 2025, précisant que le délai de traitement d'une opposition était de quatre à cinq mois. Rien ne permet d'expliquer pour quelle raison la gestion du dossier de la recourante avait requis deux fois plus de temps.

Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que l'intimée a agi avec retard

4.2 S'agissant des conclusions subsidiaires au fond de la recourante, il sera rappelé que, dans un recours pour déni de justice, l'assuré ne peut conclure qu'à l'obtention d'une décision par l'autorité intimée.

Ainsi, les questions de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a considéré que le cas était stabilisé au 30 novembre 2023, si la recourante a droit à la poursuite des indemnités journalières au-delà de cette date, si elle peut prétendre à la révision de son taux d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, relèvent du fond et devront être examinées dans le cadre du recours interjeté à l'encontre de la décision sur opposition du 19 février 2026.

Au vu des circonstances, les chances de succès de la recourante si la procédure avait été menée à son terme sont avérées, de sorte qu'il y a lieu de lui allouer des dépens.

5. Aux termes de l'art. 61 let. g LPGa, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige.

Selon l'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03), la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de CHF 200.- à CHF 10'000.-.

En l'espèce, compte tenu de la nature du litige limité au déni de justice et du nombre d'activités afférentes à la procédure, les dépens seront fixés à CHF 500.-.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours pour déni de justice recevable.

Au fond :

2. Constate que le recours pour déni de justice est devenu sans objet.
3. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de CHF 500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

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