RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3076/2020 **ATAS/50/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 janvier 2021

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à VEYRIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yvan JEANNERET	recourante

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise Mythenquai 2, ZÜRICH	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseures

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1960, de nationalité suisse, a travaillé comme éducatrice à un taux de 90 % pour l'association du secteur petite enfance de B_____. Elle a été licenciée pour le 31 août 2017. Elle était assurée à ce titre selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832 20) auprès de la Zürich, Compagnie d'assurance accidents (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
2. Le 27 août 2009, l'assurée a été victime d'un accident de scooter et s'est notamment blessée au genou gauche.
3. Un rapport d'expertise du Centre d'expertise médicale (ci-après : le CEMed) du 30 juin 2010 a conclu à une incapacité de travail totale de l'assurée.
4. Le 29 juillet 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
5. Le CEMed a rendu un rapport d'expertise orthopédique le 13 mai 2011 en concluant à un diagnostic de chondropathie rotulienne interne du genou gauche entrainant une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et nulle dans une activité adaptée.
6. Le 20 novembre 2014, l'assurée a été victime d'un autre accident de scooter. Elle a été heurtée par un véhicule.
7. Par décision du 29 janvier 2015, l'assurance a alloué à l'assurée une rente d'invalidité de 18 % en raison des limitations dues à une chondropathie rotulienne.
8. Le 5 mai 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité en raison de « douleurs générales du côté droit ».
9. Les Docteurs C_____, D_____(orthopédie) et E_____(neurologue) ont rendu, à la demande de l'assurance, un rapport d'expertise bidisciplinaire fondé sur un examen de l'assurée du 29 février 2016 (rapport du 8 septembre 2016). Ils ont posé les diagnostics de compression postérieure de la moelle épinière due à un kyste arachnoïdien ; l'incapacité de travail était totale dans l'ancienne activité ainsi que dans une activité de secrétariat ; le pronostic dépendait d'une chirurgie. Les plaintes actuelles, soit des paresthésies de la nuque et du bras droit étaient en lien avec une souffrance médullaire déjà existante, en raison du kyste arachnoïdien qui préexistait à l'accident de 2014, mais dont les symptômes neurologiques avaient été possiblement décompensés par le traumatisme.
10. L'assurée a séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 18 au 31 mai 2016 pour un diagnostic de myélopathie dorsale sur kyste arachnoïdien et attachement de la moelle épinière « type arachnoïd web » à hauteur de D1- laminectomie D1, fenestration et résection partielle d'un kyste arachnoïdien comprimant la moelle épinière.

11. Par décision du 13 octobre 2016, l'assurance a admis un syndrome douloureux depuis l'accident de 2014 jusqu'au 19 novembre 2015, et nié toute prestations au-delà.

12. Le 11 novembre 2016, l'assurée a fait opposition à la décision précitée, en concluant à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise complémentaire et à l'octroi de prestations LAA.

13. A la demande de l'assurance, les Drs F_____ (orthopédie) et G_____ (neurochirurgie), du CEMEDEX, ont rendu un rapport d'expertise daté des 20 juillet et 17 octobre 2017.

    Du point de vue orthopédique, l'assurée présentait les diagnostics d'arthrose de l'interligne de Lisfranc au niveau du pied droit ; fractures de la 4ème et de la 5ème côtes à droite ainsi que la 12ème côte à gauche ; traumatisme de l'hémi-bassin droit ; chondropathie rotulienne interne du genou gauche ; traumatisme de la partie droite du bassin sans lésion radiologique séquellaire à ce jour. L'ancienne activité n'était plus exigible mais une activité adaptée l'était à 100 % (port de charge ponctuel limité à 5kg, sans déplacement répété dans les escaliers).

    Du point de vue neurochirurgical, l'assurée se plaignait de devoir se déplacer à l'extérieur avec son rolateur, de lâchage au niveau de la hanche droite, de brachialgies gauches survenant à la position semi-statique, d'un tinnitus à haute fréquence avec céphalées, de paresthésies des membres supérieurs, de la position assise possible que trente minutes, de douleurs au repos et à l'effort, de gestes ralentis par la douleur, d'impossibilité de soulever des charges de plus de 5 kg, de faiblesse, de brulures et décharges électriques avec fourmillement et picotements aux bras, à la nuque, au membre inférieur droit, à l'hypochondre droit, au genou gauche et à l'occiput, au toucher ou frottement des habits, d'une cheville droite rigide et d'un fort ralentissement psychomoteur dû aux médicaments. L'examen neurologique montrait des séquelles de la lésion médullaire se manifestant par un syndrome cortico-spinal bilatéral partiel ; l'ensemble des trouvailles parlait en faveur d'un CRPS post-traumatique. Les deux accidents étaient à 100 % responsables des atteintes à la santé.

    L'ancienne activité n'était plus exigible mais une activité adaptée l'était à 50 % (activité légère, avec alternance des positions, une activité principalement assise étant impossible, sans position accroupie, pas de port de charge au-delà de 5 kg). Une petite pause après chaque heure de travail était nécessaire et une reprise de préférence en paliers de 20 %. Une activité de 4h par jour était un grand maximum.

14. Le 30 janvier 2018, l'assurée s'est déterminée sur l'expertise précitée et a conclu à l'octroi d'une IPAI de 90 % et d'une rente entière d'invalidité.

15. Le 21 septembre 2018, l'assurance a proposé, sur la base de l'avis de son médecin-conseil, de verser à l'assurée une IPAI de 15 %, en attendant la fixation du taux définitif et, le 25 septembre 2018, l'assurée a requis le versement d'un taux de 20 %.

16. Le 28 janvier 2019, l'assurée a requis de l'assurance qu'elle rende une décision.

17. Par courrier du 19 février 2019, l'assurance a admis l'opposition de l'assurée et renvoyé la cause à son siège régional pour décision sur les prestations.

18. Le 26 mars 2019, l'assurée a requis des nouvelles de son dossier.

19. Courant avril 2019, l'assurance a demandé des renseignements médicaux à l'assurée qu'elle a obtenu le 29 avril 2019.

20. Par décision du 6 juin 2019, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2015 au 30 novembre 2017 et une demi-rente dès le 1er décembre 2017, en considérant que la date du 24 août 2017 devait être retenue comme le début de l'aptitude à la réadaptation.

21. Le 2 juillet et 7 août 2019, l'assurée a requis des nouvelles de son dossier.

22. Le 8 juillet 2019, l'assurée, représentée par son avocat, a recouru à l'encontre de cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle, par arrêt du 27 avril 2020, a admis le recours et alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2017 (ATAS/305/2020).

23. Le 9 août 2019, l'assurance a requis des renseignements complémentaires auprès des HUG et de la Bâloise assurance.

24. Dès le 12 novembre 2019, l'assurance a établi un décompte d'indemnité LAA (acompte de rente) mensuel, depuis septembre 2019.

25. Le 12 novembre 2019, l'assurée a requis des nouvelles de son dossier.

26. Le 2 décembre 2019, l'assurance a demandé au docteur H_____, FMH neurochirurgie, s'il était disposé à rendre une expertise concernant le taux de l'IPAI et la répartition de la causalité entre les deux accidents et a requis des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée.

27. Le 17 décembre 2019, l'assurée a requis des nouvelles de son dossier.

28. Le 18 décembre 2019, le Dr H_____ a indiqué qu'il était disponible pour établir une expertise mais seulement à la fin de la saison de ski.

29. A la demande de la chambre de céans, la Dresse G_____ a donné les 23 décembre 2019 et 20 janvier 2020 des renseignements complémentaires. L'assurée pouvait travailler à un taux de 50 %, avec une diminution de rendement. Le taux était exigible dès le 1er janvier 2020. Antérieurement, elle était capable de travailler à 25 % dès le 1er janvier 2018 ; elle était entièrement d'accord avec le rapport du docteur I_____, FMH anesthésiologie, du 14 juillet 2017. La diminution de rendement était de 50 % de manière générale mais tout dépendait de la charge et du type de travail à effectuer.

30. Le 13 janvier 2020, l'assurance a écrit au Dr H_____ qu'elle acceptait le délai qu'il avait mentionné.

31. Le 27 avril 2020, l'assurée a requis des nouvelles de son dossier.

32. Le 7 mai 2020, l'assurance a mandaté le Dr H_____ pour rendre un second avis sur pièces, lequel a indiqué qu'il était indisponible jusqu'aux vacances d'été ; l'assurance l'a informé qu'elle lui soumettrait une nouvelle demande en juillet 2020.

33. Le 3 juillet 2020, l'assurée a communiqué à l'assurance une copie de l'ATAS/305/2020 et a mis en demeure celle-ci de statuer sur ses droits.

34. Le 7 juillet 2020, l'assurance a derechef requis du Dr H_____ qu'il indique s'il était prêt à donner un second avis sur pièces.

35. Le 8 juillet 2020, le Dr H_____ a indiqué qu'il était dans l'impossibilité d'accepter le mandat, en raison d'une surcharge de travail et qu'il ne pourrait donner une réponse avant d'avoir pu ressentir une accalmie en début d'automne.

36. Le 9 juillet 2020, l'assurance a demandé au docteur J_____, FMH neurochirurgie, s'il pouvait réaliser une évaluation sur pièces, lequel a refusé le 11 juillet 2020.

37. Le 14 juillet 2020, le docteur K_____, FMH neurochirurgie, a également refusé.

38. Le 30 juillet 2020, le docteur L_____, FMH neurochirurgie, a accepté le mandat et le 3 août 2020, l'assurance lui a communiqué les documents médicaux pertinents.

39. Le 31 août 2020, l'assurance a requis des documents radiologiques auprès de plusieurs médecins. Des rappels ont été envoyés les 2 et 29 septembre 2020.

40. Le 1er octobre 2020, l'assurée, représentée par son avocat, a déposé auprès de la chambre de céans un recours pour déni de justice à l'encontre de l'assurance.

    Après l'opposition formée à l'encontre de la décision du 13 octobre 2016, l'assurance avait requis une expertise dont le rapport avait été rendu en octobre 2017. D'innombrables relances avaient été nécessaires pour obtenir une décision sur opposition, qui renvoyait le dossier pour instruction, le 19 février 2019.

    Depuis cette date, malgré de multiples relances, l'assurance ne faisait aucun effort pour faire avancer sérieusement le dossier 18 mois après la décision sur opposition ; elle souhaitait en réalité obtenir un troisième avis afin de remettre en cause l'expertise de 2017. Or, le dossier était instruit de façon complète depuis octobre 2017, de sorte que l'inertie de l'assurance constituait un déni de justice ; celle-ci devait être condamnée à rendre une décision dans les trente jours suivant la notification de l'arrêt.

41. Le 23 octobre 2020, l'assurance a informé l'assurée qu'elle lui versait CHF 23'030.- au titre d'acompte sur le capital invalidité de l'assurance-accidents complémentaire.

42. Le 30 novembre 2020, l'assurance a conclu au rejet du recours. Suite à l'expertise du CEMEDEX d'octobre 2017, des discussions transactionnelles avaient eu lieu entre les parties, sans aboutir à un accord. Un acompte IPAI avait été versé à l'assurée et le 19 février 2019, la cause avait été renvoyée pour examen des prestations. L'instruction médicale s'était ensuite avérée difficile et le médecin-

conseil avait requis une expertise sur pièces. Un expert de l'Inselspital de Berne avait finalement accepté la mission d'expertise, en exigeant un dossier radiologique complet. La mise sur pied de cette expertise avait pris beaucoup de temps en raison du refus de plusieurs experts. L'acompte de rente mensuel avait récemment été augmenté.

L'assurée passait sous silence, dans son recours, les nombreuses discussions ayant eu lieu entre les parties, les acomptes versés régulièrement par l'intimée, également pour le volet assurance complémentaire qui ne faisait pas l'objet du présent litige, de même que les nombreuses démarches accomplies par l'intimée pour mener à bien l'instruction de l'affaire. On ne pouvait donc lui reprocher une quelconque passivité dans la gestion du dossier, ni une quelconque violation du principe de la célérité.

En résumé, elle n'était pas encore en mesure de trancher matériellement le dossier de l'assurée, l'instruction médicale étant encore en cours. Il ne faisait nul doute qu'aucun retard injustifié ne pouvait lui être reproché. Bien au contraire, elle s'était constamment efforcée de faire avancer l'instruction du dossier ainsi que le démontrait le volumineux dossier joint. Par ailleurs, en regard de la mise en œuvre difficile de l'instruction complémentaire, une solution provisoire avait été trouvée par le versement d'acomptes sur rente. Les démarches nécessaires étaient en cours et elle ferait tout son possible pour que l'assurée puisse recevoir la décision définitive prise sur le fondement d'une évaluation médicale probante. En ce sens, il était douteux que des démarches telles que ce recours, qui engendrait un surcroît inutile de travail, participait à faire évoluer positivement les choses et à les accélérer, ce d'autant que l'autorité saisie d'un tel recours ne pouvait se substituer à l'assureur pour statuer sur le fond, mais ne pouvait qu'inviter ce dernier à statuer à bref délai, ce qui impliquait que l'assureur dispose pour ce faire des appréciations médicales utiles.

43. Le 5 janvier 2021, l'assurée a répliqué, en relevant que l'assurance confirmait que le dossier était complètement instruit depuis octobre 2017 et qu'elle tentait de s'écarter du taux d'IPAI fixé en requérant une troisième appréciation médicale. Elle n'avait demandé que le 2 décembre 2019 au Dr H_____ de donner un avis médical. L'assurance s'était enfin décidée à contacter un autre expert. La défense de l'assurance prétendant qu'une instruction complexe devait encore être mise en œuvre prêtait ainsi franchement à sourire, de même que la bonté dont elle pensait faire preuve en accordant des avances sur rente, alors que, d'une part, ces avances avaient été consenties après que la recourante avait dû déployer d'importants efforts pour les obtenir (l'augmentation de cette avance ayant d'ailleurs été uniquement consentie après le dépôt du présent recours, ce qui attestait de sa parfaite utilité) et, d'autre part, que le mécanisme des avances découlait de la loi elle-même.

L'assurance avait finalement l'outrecuidance de reprocher à l'assurée d'avoir déposé un recours pour déni de justice, de sorte que l'arrêt devrait être communiqué à l'autorité de surveillance de l'assurance LAA, pour y donner suite utile.

44. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. En vertu de la LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA).

   Selon la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), lorsqu'une autorité mise en demeure refuse sans droit de statuer ou tarde à se prononcer, son silence est assimilé à une décision (art. 4 al. 4 LPA-GE). Une partie peut recourir en tout temps pour déni de justice ou retard non justifié si l'autorité concernée ne donne pas suite rapidement à la mise en demeure prévue à l'article 4 alinéa 4 (art. 62 al. 6 LPA).

   En l'espèce, le recours pour déni de justice, interjeté par-devant l'autorité compétente (art. 58 al. 1 LPGA), est recevable.

3. a. 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).

   b. Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (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 mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple; arrêt du Tribunal

fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2.2), mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 130 I 312 consid. 5.2; ATF 125 V 188 consid. 2a). À cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. Si on ne peut reprocher à l'autorité quelques « temps morts », celle-ci ne saurait en revanche invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure; il appartient en effet à l'État d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 et les références). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 244 consid. 4a). Peu importe le motif qui est à l'origine du refus de statuer ou du retard injustifié; ce qui est déterminant, c'est le fait que l'autorité n'ait pas agi ou qu'elle ait agi avec retard (ATF 124 V 133; ATF 117 Ia 117 consid. 3a et 197 consid. 1c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 et C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2).

c. 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). 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.

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

- la décision de l'OAI était intervenue cinq mois après son arrêt, lequel rétablissait simplement la rente que l'OAI avait supprimée, car aucune instruction complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation (ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006);

- aucune décision formelle n'avait été rendue neuf mois après la demande en ce sens de l'assuré, faute de mesures d'instruction durant six mois (ATAS/711/2015 du 23 septembre 2015);

- l'OAI, 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);

- l'OAI avait attendu quatorze mois depuis l'opposition de l'assuré au projet pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle l'assuré avait conclu d'emblée (ATAS/484/2007 du 9 mai 2007).

4. En l'occurrence, la recourante reproche à l'intimée de ne pas avoir encore rendu de décision sur son droit aux prestations, à la suite de la décision sur opposition du 19 février 2019 de l'intimée, soit depuis 23 mois.

   Il apparait que, depuis la décision sur opposition précitée, l'intimée a requis, en avril 2019, des pièces médicales auprès de la recourante, qu'elle a reçues fin août 2019 ; elle a ensuite requis d'autres renseignements médicaux en août 2019, puis, le 2 décembre 2019, elle a sollicité le Dr H_____ pour un avis médical sur pièces.

   Or, dès le 18 décembre 2019, l'intimée savait que le Dr H_____ n'était pas en mesure de rendre une expertise sur pièces avant plusieurs mois, au vu de la réponse de celui-ci. Elle a néanmoins renoncé à chercher un autre expert et cela jusqu'au 7 mai 2020. De surcroit, bien que le Dr H_____ ayant, à cette dernière date, à nouveau décliné le mandat en se déclarant seulement éventuellement disponible dès les vacances d'été, l'intimé a derechef attendu le mois de juillet 2020, sans chercher à contacter un autre expert, en prenant le risque, qui s'est finalement réalisé, que le Dr H_____ renonce encore une fois à assumer ledit mandat.

   Il s'est ainsi écoulé presque sept mois (du 18 décembre au 9 juillet 2020) pendant lesquels le dossier de la recourante n'a pas été instruit du tout. Or, l'intimée n'a donné aucune explication qui justifierait qu'elle n'était pas en mesure, au 18 décembre 2019, de chercher un autre expert à même de se prononcer sur le dossier de la recourante, ce qu'elle a d'ailleurs fait par la suite, en mandatant le Dr L_____, en août 2020. En particulier, le versement d'acomptes à la recourante, ainsi que les nombreuses discussions entre les parties (dont le dossier ne contient cependant pas de traces) ne sont pas à même d'expliquer en quoi l'intimée ne pouvait chercher un médecin disponible pour mener à bien la mission d'expertise.

   Quant à la recourante, elle a régulièrement requis des nouvelles de l'avancement de son dossier, auprès de l'intimée (notamment les 17 décembre 2019, 27 avril et 3 juillet 2020).

   Dans ces conditions, il y a lieu de constater que l'intimé a commis un retard injustifié dans le traitement du dossier de la recourante.

   Elle sera en conséquence invitée à rendre une décision dans les meilleurs délais, étant relevé que le Dr L_____ est saisi de la mission d'expertise depuis plus de cinq mois, de sorte qu'il incombera à l'intimée de solliciter de sa part une remise rapide de son rapport d'expertise.

   Enfin, au vu de l'admission du recours, la question de savoir si la récolte de renseignements médicaux postérieurement à l'expertise d'octobre 2017 ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise auprès du Dr L_____ étaient inutiles et de nature à retarder la gestion du dossier, peut rester ouverte.

5. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et l'intimée invitée à rendre une décision dans les meilleurs délais.

   Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimée.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Invite l'intimée à rendre une décision dans les meilleurs délais.
4. Alloue une indemnité de CHF 2'000.- à la recourante, à la charge de l'intimée.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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