

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/603/2026

ATAS/503/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 mai 2026

Chambre 9

En la cause

A_____
représentée par Me Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente; Andres PEREZ et Michael RUDERMANN, juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1976, a été engagée en date du 25 mai 2008 en qualité de caissière par la société B_____. À ce titre, elle travaillait à un taux de 76% et était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de SWICA ASSURANCES SA (ci-après : SWICA ou l'assurance).
- b.** Le 9 décembre 2017, l'assurée a été percutée par une voiture alors qu'elle traversait la route sur un passage piéton. À teneur de la déclaration d'accident transmise à l'assurance par l'employeur en date du 14 décembre 2017, l'assurée avait été blessée « sur tout son côté droit ».
- c.** Selon les déclarations écrites de l'automobiliste ayant percuté l'assurée, recueillies par la police le jour de l'accident, celle-ci roulait entre 15 et 20 km/h.
- d.** L'assurance a pris en charge les suites de cet événement. L'assurée s'étant trouvée en incapacité de travail totale dès le 9 décembre 2017, elle a perçu des indemnités journalières de l'assurance à compter du 12 décembre suivant.
- e.** L'assurée a été licenciée en date du 13 décembre 2019 avec effet au 5 janvier 2020.
- B.** **a.** Par courrier du 16 novembre 2021, envoyé par pli simple, l'assurance a informé l'assurée de son intention de mettre sur pied une expertise médicale pluridisciplinaire auprès du Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed) à Nyon. L'assurée était invitée à se déterminer, dans un délai de quinze jours, sur les experts retenus, soit le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, et le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie. L'assurance a également indiqué à l'assurée qu'elle pouvait se déterminer sur le catalogue des questions qui était joint à son courrier.
- b.** Par courrier du 7 décembre 2021, l'assurance, se référant à son courrier du 16 novembre 2021, a informé l'assurée de ce que le délai pour se déterminer sur les experts était échu. Elle lui a dès lors communiqué les détails de la mise sur pied de l'expertise médicale pluridisciplinaire auprès du CEMed, dont les dates d'examens (soit les 8 janvier et 1^{er} février 2022) et le catalogue des questions qui serait adressé aux experts.
- c.** Par courrier du 10 décembre 2021, l'assurance a informé l'assurée qu'une erreur s'était produite dans la communication des dates d'examen, qui auraient lieu les 28 janvier et 1^{er} février 2022.
- d.** Par courriers des 15 et 17 décembre 2021, le CEMed a informé l'assurée des dates et horaires d'examens par les Drs C_____, D_____ et E_____, l'invitant à confirmer sa présence.

e. Par courrier du 22 décembre 2021, l'assurée a informé l'assurance de ce qu'elle n'avait pas reçu son courrier du 16 novembre 2021. Elle n'avait dès lors pas pu s'exprimer sur les médecins que l'assurance souhaitait mandater. Il convenait ainsi d'annuler le mandat confié au CEMed, étant précisé qu'elle ne souhaitait pas se soumettre à une expertise auprès de ce centre, « qui effectu[ait] presque exclusivement des expertises pour les assureurs sociaux et dont l'impartialité [était] économiquement impossible ». L'assurée proposait à l'assurance d'autres noms de médecins en vue de la réalisation de l'expertise pluridisciplinaire.

f. Par courrier du 11 janvier 2022, l'assurance a fait part à l'assurée de sa surprise qu'elle n'ait pas reçu sa communication du 16 novembre 2021. Le fait que le CEMed effectuait des expertises pour les assureurs sociaux ne signifiait pas que les médecins-experts n'étaient pas impartiaux. Compte tenu de la récusation injustifiée, l'assurée était invitée à lui faire part de sa position en choisissant l'une des trois options suivantes : retirer sa demande de récusation, maintenir sa demande de récusation en invoquant des arguments plausibles à l'encontre du CEMed ou demander la notification d'une décision incidente, étant précisé que les éventuels frais d'annulation du CEMed seraient à sa charge et déduits des prestations en sa faveur.

g. Par courrier du 14 janvier 2022, l'assurée a précisé qu'elle n'avait pas invoqué de motif formel de récusation à l'encontre du CEMed. L'application du principe consensuel voulait que l'assurance ne pouvait pas nommer unilatéralement des médecins pour une expertise sans discuter du choix des médecins avec l'assurée et lui permettre de formuler des objections, et cela en dehors même de tout motif de récusation. Les médecins qu'elle avait proposés devaient être pris en compte et choisis en l'absence de motifs de les refuser.

h. Par courrier du 21 janvier 2022, l'assurance a relevé que le choix du CEMed avait été communiqué à l'assurée par courrier du 16 novembre 2021, de sorte qu'elle n'avait pas décidé unilatéralement de ce choix. La proposition était par ailleurs convenable et dans l'intérêt de l'assurée. L'assurance renonçait ainsi à entrer en matière sur d'autres propositions.

i. Le 27 janvier 2022, l'assurée a précisé qu'il ne s'agissait pas d'un problème de récusation, mais d'un problème de droit d'être entendu. Il incombait à l'assurance de discuter du choix de l'expert et de chercher un consensus. Les Drs E_____ et C_____ avaient fréquemment rendu des expertises qui n'étaient pas objectives. Dans bien des procédures, ils avaient été désavoués par la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Sa représentante avait des clients qui avaient indiqué s'être sentis traités de manière irrespectueuse par le Dr E_____ et qui avaient très mal vécu leur expertise avec lui. Enfin, les frais d'annulation des rendez-vous d'expertise ne sauraient être à sa charge, l'assurance ayant été dûment informée qu'ils ne pourraient avoir lieu. Elle avait informé le CEMed qu'elle ne se présenterait pas au rendez-vous fixé. L'assurée concluait

ainsi à ce que l'assurance rende une décision incidente, regrettant toutefois la perte de temps induite par une procédure judiciaire.

j. Par décision incidente du 1^{er} février 2022, l'assurance a confirmé sa position, précisant que les éventuels frais d'annulation des examens du 28 janvier 2022 seraient mis à la charge de l'assurée et déduits des prestations en sa faveur.

k. Le 16 mai 2022, le CEMed a facturé le montant de CHF 1'643.35 à l'assurance en raison de l'annulation du rendez-vous relatif à l'expertise. Ce montant était composé comme suit : CHF 843.35 (préparation du dossier), CHF 400.- (expert – « no show »), CHF 250.- (traducteur – « no show ») et CHF 150.- (frais administratifs).

C. a. Par acte du 4 mars 2022, l'assurée a formé recours contre la décision incidente du 1^{er} février 2022 par-devant la CJCAS concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'assurance pour la mise sur pied d'une expertise « dans le respect du principe consensuel ». Elle a également conclu à ce que les frais d'annulation du rendez-vous auprès du CEMed ne soient pas mis à sa charge.

b. Les parties ont été entendues lors d'une audience de comparution personnelle le 20 mai 2022. L'avocate de la recourante a notamment déclaré ne pas s'opposer à ce que l'expertise soit confiée au Dr D_____ s'agissant du volet orthopédique. Elle n'avait pas d'opposition de principe s'agissant du CEMed, mais estimait que les experts mandatés pour les volets psychiatrique et neurologique devaient être acceptables pour l'assurée. Elle s'opposait à ce que le mandat soit confié aux docteurs F_____ et G_____. L'assurance ne s'est pas opposée à ce qu'un autre expert neurologue soit mandaté pour l'expertise et à ce qu'un autre expert psychiatre soit mandaté s'il figurait sur la liste des experts CEMed.

c. Par arrêt du 30 septembre 2022, la chambre de céans a partiellement admis le recours de l'assurée contre la décision incidente du 1^{er} février 2022, annulé cette décision en tant qu'elle confirmait la désignation du Dr E_____ comme expert neurologue et désigné la docteure H_____, spécialiste FMH en neurologie, en cette qualité. La conclusion de l'assurée visant à faire constater que les frais d'annulation du rendez-vous auprès du CEMed ne pouvaient pas être mis à sa charge était irrecevable, étant précisé qu'il lui était loisible de faire valoir ce grief dans le cadre d'un recours contre la décision finale (ATAS/863/2022).

d. Les Drs H_____, D_____ et C_____ ont rendu leur rapport d'expertise pluridisciplinaire en date du 24 avril 2023.

e. Par courrier du 10 octobre 2023, l'assurance a informé l'assurée que les prestations d'indemnités journalières prendraient fin en date du 31 octobre 2023. Depuis le mois de mai 2021, la prise en charge des traitements médicaux incombait à son assurance-maladie. L'assurance renonçait à demander le remboursement des prestations versées à tort à compter du mois de mai 2021 et informait l'assurée que l'IPAI s'élevait à CHF 17'784.- (12%).

f. Le 17 novembre 2023, l'assurance a notifié à l'assurée une décision correspondant en tous points à son courrier du 10 octobre 2023.

g. Par courrier du 18 décembre 2023, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision de l'assurance, en concluant à son annulation, à la poursuite du versement des indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2024, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% dès le 1^{er} février 2024 et à l'octroi de toutes les autres prestations légales dues.

h. Par décision du 27 août 2024, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée, en considérant que cette dernière n'avait pas valablement contesté le rapport d'expertise du CEMed, lequel devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

i. Par acte du 27 septembre 2024, l'assurée a saisi la CJCAS d'un recours contre la décision sur opposition du 27 août 2024, en concluant à l'annulation de la décision querellée, au renvoi du dossier à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise dans le respect du principe consensuel en se prononçant sur les médecins proposés par l'assurée et au constat que les frais d'annulation du rendez-vous auprès du CEMed ne pouvaient pas être mis à sa charge.

j. Par réponse du 26 novembre 2024, l'assurance a conclu au rejet du recours, en reprenant en substance les arguments exposés dans la décision querellée. Elle a également indiqué que les frais d'annulation de l'expertise devaient être mis à la charge de l'assurée, cette dernière ne s'étant pas présentée aux examens prévus, sans motif de récusation valable.

k. Le 27 mars 2025, l'assurée a notamment fait valoir que les frais d'annulation de l'expertise ne pouvaient pas être mis à sa charge, l'assurance ayant été informée du fait qu'elle refusait les experts nommés et qu'elle sollicitait une recherche consensuelle d'experts.

l. L'assurance a maintenu que l'assurée ne parvenait pas à démontrer l'inexactitude des conclusions des experts et qu'elle devait s'acquitter des frais d'annulation du rendez-vous annulé auprès du CEMed.

m. Par arrêt du 22 août 2025, la CJCAS a partiellement admis le recours et réformé la décision du 27 août 2024 en ce sens qu'elle avait droit à une IPAI de 25%.

Les conclusions visant à faire constater que les frais d'annulation du rendez-vous auprès du CEMed ne pouvaient pas être mis à sa charge étaient irrecevables. L'intimée ne s'était pas prononcée, dans ses décisions des 17 novembre 2023 et 27 août 2024, sur la question des frais d'annulation du rendez-vous auprès du CEMed, si bien que les conclusions de la recourante à cet égard excédaient l'objet de la contestation. Dans l'hypothèse où l'intimée décidait *in fine* de mettre les frais précités à sa charge, il serait loisible à l'assurée de s'opposer à cette décision.

- D. a.** Par décision du 28 novembre 2025, l'assurance a retenu que les frais engendrés pour la non-présentation à l'expertise médicale du 28 janvier 2022 à hauteur de CHF 800.- devaient être mis à la charge de l'assurée. Ce montant serait récupéré par le versement de l'IPAI.

Tout au long de la procédure, l'assurée n'avait eu de cesse de critiquer le CEMed et ses experts, sans réelles justifications. En raison de son entêtement à ne pas vouloir se faire expertiser auprès du CEMed, elle avait prolongé la mise en œuvre de l'expertise de deux ans. Cette prolongation de la procédure était inexcusable. L'assurée avait été avertie du fait que d'éventuels frais d'annulation du CEMed seraient mis à sa charge et déduits des prestations en sa faveur. Faisant fi de cela, le jour de l'expertise du 28 janvier 2022, elle avait appelé le CEMed pour annoncer qu'elle ne se présenterait pas aux examens prévus. Sans motif de récusation valable, les frais devaient être mis à sa charge. Ce n'était pas parce qu'un expert avait été modifié qu'elle pouvait se prévaloir de ne pas devoir supporter les frais d'annulation de l'expertise du 28 janvier 2022 et du 10 février 2022. La retenue de ce montant avait été dûment communiquée à l'assurée par son courrier du 11 janvier 2022 et sa décision du 1^{er} février 2022. C'était partant à juste titre qu'elle avait récupéré les frais d'annulation d'un montant de CHF 800.-, soit CHF 400.- pour l'expert, CHF 250.- pour le traducteur et CHF 150.- de frais administratifs.

b. Le 4 décembre 2025, l'assurée a formé opposition à cette décision, rappelant que c'était en raison du refus de l'assurance d'appliquer le principe consensuel qu'elle avait dû renoncer à se présenter à l'expertise. Elle avait immédiatement signalé à l'assurance qu'elle n'avait pas reçu le courrier relatif à la nomination du CEMed. L'assurance pouvait donc parfaitement annuler l'expertise et procéder dans le respect de ses droits procéduraux. Elle ne s'était, à juste titre, pas présentée à l'entretien d'expertise, compte tenu de sa demande de respect du principe consensuel. L'assurance ne pouvait pas procéder à une compensation avec l'IPAI. Le montant de ladite indemnité avait fait l'objet d'une décision, entrée en force et exécutoire.

c. Par courrier du 8 décembre 2025 adressé à SWICA, l'assurée a indiqué avoir reçu le montant de l'IPAI, sous déduction des CHF 800.- retenus à titre de frais d'annulation de l'expertise. Ces frais ne constituaient pas une créance établie, si bien qu'ils ne pouvaient pas être compensés avec l'IPAI, qui faisait l'objet d'une décision de justice exécutoire.

d. Par décision du 20 janvier 2026, l'assurance a maintenu sa position.

- E. a.** Par acte du 19 février 2026, l'assurée a saisi la CJCAS d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation, au constat que les frais d'annulation du rendez-vous auprès du CEMed ne pouvaient pas être mis à sa charge et à ce que SWICA soit condamnée à lui verser la somme de CHF 800.-, compensée indûment sur les prestations, avec intérêts à 5% dès le 1^{er} décembre 2025.

b. Par réponse du 17 mars 2026, l'assurance a conclu au rejet du recours, reprenant la motivation de la décision querellée.

c. Par réplique du 20 avril 2026, l'assurée a relevé que c'était l'entêtement de l'assurance à ne pas respecter le principe consensuel qui avait ralenti de deux ans la mise en œuvre de l'expertise. Il suffisait qu'ils échangent sur ce point et se mettent d'accord pour progresser dans le dossier. L'intimée avait choisi de maintenir les rendez-vous fixés au CEMed alors que l'assurée avait indiqué qu'elle ne s'y présenterait pas vu la violation du principe consensuel. Une annulation immédiate des rendez-vous, deux mois à l'avance, n'aurait entraîné aucun frais.

d. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'assurance.

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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre les frais d'annulation du rendez-vous auprès du CEMed à la charge de la recourante.

2.1 L'art. 45 al. 1 LPGA pose le principe de la gratuité de la procédure en matière d'assurances sociales. L'art. 45 al. 3 LPGA prévoit une exception au principe de la gratuité fixé à l'art. 45 al. 1 LPGA (KIESER, ATSG-Kommentar, 5^e éd., 2024, n. 2 et 38 *ad* art. 45 LPGA). Selon cette disposition, les frais peuvent être mis à la charge de la partie qui empêche ou entrave l'instruction de manière inexcusable après sommation et indication des conséquences.

La notion de comportement inexcusable dépasse le simple fait de se dérober ou s'opposer à une mesure. Il faut bien plutôt qu'un comportement blâmable soit clairement reconnaissable, ce qui signifie qu'aucune raison sérieuse n'explique de manière reconnaissable le comportement. Ces conditions ne sont par exemple par remplies lorsque la personne concernée omet par inadvertance un rendez-vous (KIESER, *op. cit.*, n. 39 *ad* art. 45 LPGA). Si ces conditions sont remplies, le surplus de coûts d'une instruction rendue plus difficile ou empêchée par le

comportement de la partie, peut être mis à sa charge (KIESER, *op. cit.*, n. 41 *ad* art. 45 LPGA).

2.2 Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique. En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire – ou simple –, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; 124 V 400 consid. 2a et 2b ; 121 V 5 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_621/2007 du 5 mai 2008 consid. 4.2). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; 129 I 8 consid. 2.2 ; 124 V 400 consid. 2a et 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_30/2020 du 6 avril 2020 consid. 1.1.1 ; 8C_621/2007 précité consid. 4.2). Si une autorité veut s'assurer qu'un envoi parvienne effectivement à la connaissance de son destinataire, elle doit le notifier par lettre recommandée, voire par lettre avec avis de réception. La seule présence au dossier de la copie d'une lettre n'autorise pas à conclure avec un degré de vraisemblance prépondérante que cette lettre a été effectivement envoyée par son expéditeur et qu'elle a été reçue par le destinataire (ATF 101 Ia 7 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 6/02 du 21 janvier 2003 consid. 3.2). La preuve de la notification d'un acte peut néanmoins résulter d'autres indices ou de l'ensemble des circonstances, en particulier de la correspondance échangée ou du comportement du destinataire, par exemple de l'absence de protestation de la part d'une personne qui reçoit des rappels (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; 105 III 43 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_30/2020 précité consid. 1.1.1 et C 6/02 précité consid. 3.2). Le destinataire ne peut invoquer l'absence de notification s'il a connaissance, d'une autre manière, de l'existence de la communication. En effet, les règles de la bonne foi imposent une limite au droit de se prévaloir d'un tel motif (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_621/2007 précité consid. 4.3).

2.3 En l'occurrence, par courrier du 16 novembre 2021, envoyé par pli simple, l'assurance a informé l'assurée de son intention de mettre sur pied une expertise médicale pluridisciplinaire auprès du CEMed et l'a invitée à se déterminer sur les experts retenus et la mission d'expertise. N'ayant pas reçu de réponse dans le délai imparti, l'assurance a adressé un nouveau courrier à l'assurée le 7 décembre 2021, lui communiquant les dates d'examens et la mission d'expertise. Par courrier du 22 décembre 2021, l'assurée a informé l'assurance de ce qu'elle n'avait pas reçu son courrier du 16 novembre 2021. Elle n'avait dès lors pas pu s'exprimer sur les experts que l'assurance souhaitait mandater. S'en est suivi un échange de courriers entre l'assurance et l'assuré, qui a abouti à la prise d'une

décision incidente le 1^{er} février 2022, par laquelle l'assurance a maintenu le choix des experts et retenu que les éventuels frais d'annulation des examens du 28 janvier 2022 seraient mis à la charge de l'assurée et déduits des prestations en sa faveur.

Or, comme la chambre de céans a eu l'occasion de relever dans son arrêt du 30 septembre 2022, l'intimée, à qui incombait le fardeau de la preuve, n'a pas été en mesure de démontrer que son courrier du 16 novembre 2021 – qui n'a pas été expédié par pli recommandé – a bien été notifié à la recourante. Elle ne pouvait donc en conclure, comme elle l'a fait dans son courrier du 21 janvier 2022, qu'en l'absence de réaction de la recourante à son courrier du 16 novembre 2021, le choix des experts avait été effectué de manière consensuelle. Il appert au contraire que par courriers des 22 décembre 2021, 14 janvier et 27 janvier 2022, la recourante s'est catégoriquement opposée à la désignation des experts et a demandé à pouvoir participer au choix et à la mise en œuvre de l'expertise. Or, dans le cadre de ses échanges de correspondance avec l'intimée, celle-ci a refusé de participer à une discussion consensuelle, se contentant de répondre que le choix des experts était convenable et dans l'intérêt de l'assurée. Il a fallu attendre la prise d'une décision incidente sur ce point, suivi d'un recours devant la CJCAS, pour qu'une discussion consensuelle ait finalement lieu. Il apparaît en effet que, lors de l'audience de comparution personnelle devant la chambre de céans, les parties ont trouvé un consensus s'agissant de l'expert en neurologie, soit la Dre H_____ en remplacement du Dr E_____. Quant au volet psychiatrique, l'intimée a déclaré qu'elle s'engageait à contacter cinq autres experts pour reprendre le mandat du Dr C_____, démarche qui n'a finalement pas abouti, et cela malgré des efforts jugés suffisants de la part de l'intimée.

Dans ces circonstances, on ne saurait reprocher à la recourante d'avoir entravé l'instruction de manière inexcusable. On ne se trouve pas dans la situation où aucune raison sérieuse n'explique de manière reconnaissable le comportement de l'assurée, ni dans celle où l'assurée omet un rendez-vous par inadvertance. Bien au contraire, dès son courrier du 22 décembre 2021, la recourante n'a eu de cesse de manifester son désaccord avec le choix des experts, faute pour l'intimée d'avoir participé à une discussion consensuelle. L'assurance avait donc tout loisir de solliciter du centre d'expertise le report des examens prévus les 28 janvier et 1^{er} février 2022 afin d'éviter les frais d'annulation.

Dans ces conditions, l'intimée n'était pas en droit de demander à la recourante le paiement des CHF 800.- facturés par le CEMed en raison de l'annulation des examens d'expertise. Il appartient ainsi à l'intimée de verser à la recourante le montant de CHF 800.- déduit à tort du montant de l'IPAI.

3. La recourante réclame enfin des intérêts moratoires sur le montant de CHF 800.- dû par l'intimée.

3.1 Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA - RS 830.11]).

De par la loi, le versement d'intérêts moratoires pour les créances de prestations sociales est subordonné au respect des trois conditions cumulatives suivantes : le délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, le délai de douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir son droit, le devoir incombant à l'assuré de collaborer (Sylvie PÉTRAMAND, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2025, n. 31 *ad* art. 26 LPGA).

3.2 En l'espèce, il ressort du dossier que l'intimée a déduit le montant de CHF 800.- du versement de l'IPAI au mois de décembre 2025. Le délai de deux ans n'est donc pas encore arrivé à échéance, de sorte que la recourante n'a pas droit à des intérêts moratoires.

4. Le recours est donc admis et la décision litigieuse annulée.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 500.- lui sera accordée au 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]).

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. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimée du 28 novembre 2025.
4. Condamne l'intimée à restituer à la recourante le montant de CHF 800.- correspondant aux frais d'annulation, selon la facture du CEMed du 16 mai 2022.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 500.-, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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