

GE_GERICHTE ATAS/691/2014 vom 10. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_691_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/691/2014 du 10 juin 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/691/2014 del 10 giugno 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis 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-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10).

E. 2

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

E. 3

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont celui des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal).

E. 4

Aux termes de l'art. 49 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 (al. 1er). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (al. 4). Aux termes de l'art. 52 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnement de la procédure (al. 1er). Les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. Elles sont motivées et indiquent les

A/3457/2013 - 5/9 - voies de recours (al. 2). La procédure d'opposition est gratuite. En règle générale, il ne peut être alloué de dépens (al. 3). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414

consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

E. 5

En l'espèce, l'assurance n'a rendu aucune décision et, a fortiori, aucune décision sur opposition, de sorte que le recours de l'assurée n'a pas d'objet et est irrecevable sous réserve de ce qui suit.

E. 5.2

p. 331 s. et les références). 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 C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; ATF du 23 avril 2003 en la cause I 819/02 consid. 2.1 ; ATF 124 V 133, 117 Ia 117 consid. 3a, 197 consid. 1c, 108 V 20 consid. 4c). b) Selon la jurisprudence, il y a un retard injustifié lorsqu'une cause est pendante depuis 33 mois et en état d'être jugée depuis 27 mois (ATF 125 V 373). Par exemple, il y a un retard inadmissible à statuer lorsqu'un tribunal cantonal laisse s'écouler 25 mois entre la fin de l'échange d'écritures et le dépôt du recours pour déni de justice devant le Tribunal fédéral, respectivement plus de trois ans depuis le dépôt du recours cantonal, dans une affaire sans difficultés excessives en matière d'assurance-accidents (arrêt 8C_176/2011 du 20 avril 2011), ou lorsqu'il s'est écoulé un délai de 24 mois entre la fin de l'échange d'écritures devant la juridiction cantonale et le dépôt du recours pour déni de justice devant le Tribunal fédéral dans un litige qui avait uniquement pour objet le taux d'invalidité du recourant et où celui-ci avait circonscrit son argumentation à deux questions ne présentant pas de difficultés particulières (arrêt 8C_613/2009 du 22 février 2010). Dans une affaire où il s'agissait d'évaluer les revenus avec et sans invalidité d'un assuré et où il y avait eu un délai de 24 mois entre la fin de l'échange d'écritures et le prononcé du jugement cantonal, le Tribunal fédéral a admis un retard inadmissible à statuer, tout en relevant qu'un tel délai représentait une situation limite (arrêt 9C_831/2008 du

E. 6

a) Selon l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut également être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. L'intérêt juridiquement protégé, dans le cadre d'un recours contre un refus de statuer ou pour retard injustifié, est celui d'obtenir une décision qui puisse être déférée à une autorité judiciaire de recours, indépendamment du point de savoir si, sur le fond, le recourant obtiendra gain de cause (ATF 125 V 118 consid. 2b p. 121). Au niveau cantonal, le droit de recourir en cas de déni de justice ou retard injustifié est consacré par l'art. 63 al. 6 LPA. Il présuppose que la partie ait envoyé à l'administration une mise en demeure. b) Aux termes de l'art. 29 al. 1 Cst., 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 principe de célérité en matière d'assurance sociales est désormais consacré par l'art. 61 let. a LPGA,

en vigueur depuis le 1er janvier 2003; il exige des cantons que la procédure soit simple et rapide et constitue l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 61 consid. 4b; Ueli KIESER, Das einfache und rasche Verfahren, insbesondere im Sozialversicherungsrecht, in: RSAS 1992 p. 272 ainsi que la note no 28, et p. 278 sv.; RÜEDI, Allgemeine Rechtsgrundsätze des Sozialversicherungsprozesses, in: Recht, Staat und Politik am Ende des zweiten Jahrtausends, Festschrift zum 60.

A/3457/2013 - 6/9 - Geburtstag von Bundesrat Arnold Koller, Berne 1993, p. 460ss et les arrêts cités). La procédure judiciaire de première instance est ainsi soumise au principe de célérité, que ce soit devant une autorité cantonale ou devant une autorité fédérale. L'autorité viole le principe de célérité 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 119 Ib 311 consid. 5 p. 323; 117 Ia 193 consid. 1b in fine et c p. 197; 107 Ib 160 consid. 3b p. 165; Jörg Paul MÜLLER, Grundrechte in der Schweiz, Berne 1999, p. 505 s.; Georg MÜLLER, Commentaire de la Constitution fédérale, n. 93 ad art. 4 aCst.; HAEFLIGER / SCHÜRMAN, Die Europäische Menschenrechtskonvention und die Schweiz, Berne 1999, p. 200 ss).

E. 7

a) Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause et, entre autres critères, sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'assuré ainsi que le comportement de celui-ci et des autorités intimées. A 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 saurait reprocher à l'autorité quelques "temps morts", elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et

E. 12

décembre 2008, in Plädoyer 3/2009 p. 62). Un délai de dix-huit mois écoulé

A/3457/2013 - 7/9 - entre la fin de l'échange d'écritures devant la juridiction cantonale et le recours pour déni de justice interjeté devant le Tribunal fédéral n'a pas été qualifié de retard injustifié, compte tenu notamment de la nécessité de procéder à une appréciation minutieuse de nombreux rapports médicaux ou expertises (arrêt 8C_615/2009 du 28 septembre 2009).

c) Le Tribunal cantonal des assurances sociales a pour sa part jugé qu'un déni de justice doit être considéré comme établi quand l'assureur-maladie ne s'est pas formellement prononcé deux ans et demi après une demande de remboursement (ATAS/354/2007). Il en a jugé de même dans le cas d'un recourant qui était sans nouvelles de l'office cantonal de l'assurance-invalidité vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision qui avait été traitée diligemment dans un premier temps (ATAS/860/2006), et dix-huit mois après que la cause ait été renvoyée à l'office pour nouvelle décision suite à l'admission partielle de son recours (ATAS/62/2007). 8. En l'espèce, l'assuré souhaite obtenir de l'assurance qu'elle l'affilie avec effet rétroactif au 1er janvier 2012 et non pas seulement au 1er mai 2012 et qu'elle l'indemnise pour le dommage causé par les poursuites intentées par Mutuel, qui ont donné lieu à une saisie. D'une part, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée ait clairement mis en demeure l'assurance de statuer sur des prétentions précises, se contentant de tenir responsable Concordia du report de son

affiliation et des poursuites de Mutuel. D'autre part, si l'assurance n'a certes pas été très rapide, elle n'est pas restée inactive. Suite au courrier de l'assurée du 28 novembre 2012, un échange téléphonique a eu lieu à une date inconnue et un entretien s'est déroulé le 23 août 2013, lors duquel l'assurance a certainement indiqué à l'assurée qu'elle était disposée à payer la différence de primes entre celles de mutuel et de Concordia, si ces dernières étaient inférieures. Après le courrier de l'assurée du 11 septembre 2013 de l'assuré, l'assurance lui a immédiatement demandé sa police 2012 auprès de Mutuel afin d'examiner si elle pouvait l'indemniser, en cas de différence de prime. L'assurée n'a jamais donné suite à ce courrier, mais a saisi la chambre de céans le 9 décembre 2013, sans exiger au préalable de l'assurance une décision formelle. On ne peut ainsi pas retenir que l'assurance ait commis un déni de justice. A cet égard, au vu des conclusions de l'assurance, il est établi qu'elle aurait accepté de verser la différence de primes, mais il s'avère en réalité que celles de Concordia sont plus élevées que celles de Mutuel, ce qui explique peut-être que l'assurée n'a jamais transmis sa police 2012 auprès de Mutuel. 9. Au surplus, lorsque la chambre de céans est saisie d'un recours pour déni de justice, elle doit se borner à examiner l'affaire sous cet angle, sans trancher le fond, à savoir le bien fondé des prétentions de l'assurée, puisqu'il appartient d'abord à l'assurance de le faire sous forme d'une décision sujette à opposition. Cela étant, il ressort du relevé de compte de l'assurance que l'assurée a payé ses primes d'avril à décembre 2012, puis régulièrement celles de 2013, de sorte qu'elle est à jour. Si les deux

A/3457/2013 - 8/9 - versements de CHF 1'000.- qui lui ont été remboursés par l'assurance concernent son fils, cette somme devrait permettre à ce dernier de se mettre à jour partiellement avec Mutuel. Sinon, l'assurée peut consacrer cette somme à payer ses primes Mutuel de janvier à avril 2012, moins élevées que celles de Concordia. Finalement, rien n'indique que la saisie opérée sur son compte soit en lien avec Mutuel ou Concordia. De même, si Mutuel continue à réclamer à tort les primes au-delà d'avril 2012, l'assurée doit s'adresser à cette assurance-là. 10. L'assurance sera néanmoins invitée à rendre sans délai une décision motivée sujette à opposition, statuant sur les demandes de l'assurée telles que résumées ci-dessus. 11. Le recours pour déni de justice, mal fondé, est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.

A/3457/2013 - 9/9 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.