

GE_GERICHTE A/1283/2017 vom 17. Juli 2017

GE Cour de justice, 2017-07-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1283_2017

FR: GE_GERICHTE A/1283/2017 du 17 juillet 2017

IT: GE_GERICHTE A/1283/2017 del 17 luglio 2017

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à SCIEZ, France recourant contre MUTUEL ASSURANCES MALADIE SA, Service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY intimée EN FAIT 1. Par courrier du 10 avril 2017, intitulé « déni de justice », Monsieur A_____, (ci-après : l'assuré) ressortissant italien, né le _____ 1981 et domicilié à Sciez /F, s'est adressé à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève, indiquant « porter plainte » contre Mutuel assurance maladie SA (ci-après : Mutuel ou l'assureur-maladie) concernant un litige portant sur le remboursement de la somme de CHF 5'342.65. Il vise un courrier du 22 mars 2017 par lequel l'assureur-maladie lui retournait des factures relatives à des traitements médicaux entrepris en France : l'assureur-maladie y précise qu'en application de l'accord sur la libre circulation des personnes et des directives européennes, ces factures doivent être remboursées par la Sécurité sociale française à qui elles doivent être présentées à l'aide du formulaire E106. L'assuré réclame (et conclut) en substance que Mutuel : 1. lui renvoie une attestation d'assurance obligatoire des soins selon LAMal du 1^{er} juillet 2013 au 31 octobre 2015 sans interruption d'assurance ; 2. lui rembourse les frais de poursuite (CHF 212.65) indus générés par des sommations de primes impayées de décembre 2015 à juillet 2016, totalement abusives ; 3. lui rembourse les intérêts générés « pro-rata sur la base du taux d'inflation » de la somme de CHF 5'692.65 qu'il affirme avoir indûment versée à l'assureur-maladie, le 27 juillet 2016 ; 4. lui rembourse la somme de CHF 5'342.65. Il demande enfin à la chambre de céans « de répondre dans son arrêt aux quatre points susmentionnés ». 2. L'assureur-maladie s'est prononcé sur ce "recours", par pli recommandé du 27 juin 2017. Il conclut à son irrecevabilité. Après avoir exposé le contexte des faits dans le cadre duquel se situe la démarche de l'assuré - dont les éléments seront repris dans la mesure utile dans les considérants - il observe : - qu'en tant que recours pour déni de justice, l'assuré ne reproche à aucun moment à l'assureur d'avoir refusé de statuer ni d'avoir accusé un retard inexplicable pour le faire, ni ne motive son recours sur ce point. Il ne fait qu'énoncer les objets du litige de fond soit ses prétentions à la prise en charge de frais médicaux et la contestation des frais relatifs à des retards de paiement. Dans cette mesure le recours doit être déclaré irrecevable. Serait-il recevable que l'on ne saurait reprocher un déni de justice à l'assureur-maladie, et au demeurant celui-ci ayant rendu en date du 13 juin 2017 une décision formelle - jamais demandée par l'assuré avant le dépôt de son « recours » -, celui-ci est devenu sans objet, conformément à la jurisprudence - que sur le fond du litige, aucune décision formelle n'ayant été rendue avant le dépôt du recours de l'assuré pour déni de justice, un recours sur le fond serait lui aussi irrecevable, car prématuré - enfin par surabondance l'acte de recours ne répond pas aux exigences de forme de l'art. 61 let.b LPGA (exposé succincts des faits, motifs et conclusions) et serait également

irrecevable pour ce motif.![endif]>![if> 3. Par courrier du 30 juin 2017, la chambre de céans a communiqué copie de la réponse de Mutuel à l'assuré; les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément ;![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3) ; 3. Selon l'art. 56 LPGA les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (al.1). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (al.2).![endif]>![if> 4. La demande n'est pas soumise à condition de délai, partant elle est recevable, sous cet angle.![endif]>![if> Selon l'art. 61 LPGA, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit satisfaire aux exigences suivantes: a. elle doit être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties; des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté; b. l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. En l'espèce, à Genève, la procédure de recours en matière d'assurances sociales est régie par les art. 89A LPA et s'agissant en particulier des exigences de forme de la demande ou du recours, l'art. 89B al. 1 lettres b et c et al. 3 LPA reprend les principes énoncés à l'art.61 let. b LPGA. En l'espèce, comme l'a soulevé l'intimé, la question de savoir si le « recours » de l'assuré répond aux exigences minimales de forme de l'art. 89B al. 1 lettres b et c LPA peut se poser ; mais dans le cas particulier cette question-ci peut souffrir de rester indécise, et la chambre de céans pouvait également se dispenser d'impartir un bref délai au recourant pour lui permettre de régulariser son "recours", celui-ci devant de toute manière être écarté pour les autres motifs qui vont suivre. 5. a. Le retard injustifié à statuer est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst et l'art. 6 § 1 CEDH (qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue [ATF 103 V 190 consid. 2 p. 192]). 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 p. 409 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 130 I 312 consid. 5.2 p. 332; 125 V 188 consid. 2a p. 191). À cet égard, il appartient, d'une

part, 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. D'autre part, si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques " temps morts ", qui sont inévitables dans une procédure, elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur excessive 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. 5.2 p. 332 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) ;

En droit des assurances sociales, la procédure de première instance est par ailleurs gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est consacré à l'art. 61 let. a LPGA qui 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 54 consid. 4b p. 61). La sanction du dépassement du délai raisonnable consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, la constatation d'un comportement en soi illicite étant en effet une forme de réparation (arrêt H 134/02 du 30 janvier 2003 consid. 1.5; ATF 122 IV 111 consid. I/4). 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).

b. Dans un cas où l'OAI, à la suite d'un jugement du Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais du 25 avril 2003, avait rendu de nouvelles décisions le 17 mars 2004, soit un peu moins de onze mois plus tard, le Tribunal fédéral (TF) a considéré que l'OAI n'avait pas commis de déni de justice. Il s'agissait d'un cas où le montant de la rente devait être calculé à nouveau par l'OAI, les prétentions en compensation du service social devant faire l'objet d'une instruction complémentaire ; se posait également un problème de chevauchement des indemnités journalières avec le droit à la rente (arrêt I 241/04 du 15 juin 2006). Dans une autre cause en matière d'assurance-invalidité, le TF a jugé que bien que l'on puisse considérer que la limite du tolérable pour un litige de cette nature était proche, un laps de temps de quinze mois entre le recours auprès de la commission de recours AVS/AI et le recours pour déni de justice au TF n'apparaissait pas excessif au point de constituer un retard injustifié prohibé (arrêt I 819/02 du 23 avril 2003). Dans un arrêt ATAS 237/2014 du 26 février 2014, la chambre de céans a également nié l'existence d'un déni de justice, dans un cas où l'OAI avait informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et où aucune décision quant au centre d'expertise désigné n'était encore intervenue dix mois plus tard. En effet, l'introduction du mandat dans le système SuisseMED@P avait été effectuée moins de dix jours après la communication à l'assurée. Si un délai de près d'une année pour l'attribution d'un mandat par le biais de cette plateforme apparaissait certes excessif, ce retard n'était en l'occurrence pas imputable à l'office AI.

c. En revanche, dans un arrêt ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) a admis que le fait, pour l'office AI, d'attendre cinq mois pour rendre une décision après un arrêt du tribunal qui rétablissait simplement la rente supprimée par l'office constituait un déni de justice dès lors qu'aucune instruction complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation. Le TCAS a aussi jugé qu'un déni de justice devait être considéré comme établi dans le cas d'un assureur-maladie ne s'étant pas formellement

prononcé deux ans et demi après une demande de remboursement (ATAS/354/2007), dans celui d'un assuré resté sans nouvelles de l'office AI vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006), dans celui d'un assuré qui avait attendu dix-huit mois après que la cause avait été renvoyée à l'office pour nouvelle décision suite à l'admission partielle de son recours (ATAS/62/2007), dans celui où 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) ; dans un cas où l'office AI avait attendu quatorze mois pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle l'assurée avait conclu d'emblée (ATAS/484/2007), ou encore dans un autre, où l'office AI avait attendu dix-sept mois pour ordonner un complément d'expertise après avoir obtenu les renseignements des médecins-traitants (ATAS/860/2006). Un déni de justice a aussi été admis s'agissant d'un assuré n'ayant pas obtenu de décision de la part de l'office AI plus de cinq ans après le dépôt de la demande de prestation, l'office ayant tardé à mettre en œuvre l'expertise nécessaire à l'instruction du cas (il avait attendu cinq mois pour demander l'enregistrement du dossier dans la plateforme MED@P [ATAS/1116/2013]). Enfin, la chambre de céans a également constaté l'existence d'un déni de justice s'agissant d'un assuré n'ayant toujours pas reçu d'indemnités journalières de son assurance-accidents plus de cinq mois après l'annonce du sinistre, alors même que ni l'accident, ni l'atteinte à la santé, ni l'incapacité de gain, ni l'existence d'un lien de causalité entre celui-ci et l'évènement n'étaient contestés et que seule se posait la question de la fixation du montant de l'indemnité journalière due à l'intéressé (ATAS/699/2016). Plus récemment la chambre de céans a encore considéré qu'il convient d'admettre qu'un délai de plus de huit mois pour proposer des experts et mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire apparaît excessif (ATAS/74/2017).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

7. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).

L'assuré a déposé un recours pour déni de justice à l'encontre de l'assureur-maladie. Le litige porte donc sur la question de savoir si dans le cas d'espèce un déni de justice est avéré. Le recourant a pris des conclusions quant au fond, mais aucune concernant un supposé déni de justice, dont il n'a d'ailleurs pas même tenté de justifier l'existence.

Force est de constater qu'à aucun moment dans son recours l'assuré ne fait le grief à l'intimé de ne pas avoir rendu une décision formelle, ou d'avoir tardé à le faire malgré une demande de sa part (art. 56 al. 2

LPGA). L'intimé a exposé en détail et chronologiquement le déroulement documenté des faits qui ont conduit à la situation litigieuse dont se plaint le recourant. Le 18 novembre 2015, l'assuré avait transmis à l'assureur-maladie une demande de statut dûment complétée, par laquelle il demandait la résiliation de son contrat d'assurance-maladie suisse et son souhait de s'affilier dans son nouveau pays de domicile (France voisine), produisant une attestation d'affiliation de la CPAM de Haute-Savoie au 4 novembre 2015. Le contrat d'assurance suisse a donc été résilié au 31 octobre 2015, la caisse française en ayant dûment été informée par l'intimé, par la formule officielle requise. Toutefois, en date du 20 novembre 2015, l'assuré a informé l'assureur-maladie par courriel, que la CPAM refusait en définitive de l'affilier en France, dès lors qu'il avait perçu une rente pour des indemnités journalières de l'assurance perte de gain en Suisse. Ainsi l'affiliation en Suisse était maintenue, et des rappels ont dû être adressés à l'assuré pour non-paiement des primes d'assurance. En date du 22 juillet 2016, l'assuré a transmis à Mutuel un courrier de la CPAM - apparemment consécutif à une nouvelle demande d'affiliation du début avril 2016 - confirmant le refus de l'affilier au motif qu'indemnisé en Suisse il aurait ainsi définitivement renoncé à son droit d'option. Le 13 octobre 2016, l'assureur perte de gain maladie (Zurich Assurances) a attesté de ce que le versement des indemnités journalières avait pris fin le 9 septembre 2016, par suite de l'épuisement du droit aux prestations. Depuis le 1^{er} janvier 2017, les factures de soins des travailleurs frontaliers provenant de leur pays de résidence ne doivent plus transiter par l'assureur-maladie suisse mais être directement transmises à la sécurité sociale française au moyen du formulaire E106. Or, suite à l'envoi de factures par l'assuré à Mutuel et au refus de prise en charge de celles-ci par courrier du 22 mars 2017, l'intéressé avait demandé à ce que les primes d'assurance de novembre 2015 à septembre 2016 lui soient restituées. Le 31 mars 2017, Mutuel avait par erreur résilié le contrat de manière rétroactive au 30 novembre 2015, et les primes d'assurance que l'assuré avait versées lui ont été erronément restituées. Cependant, selon les explications de l'intimé, au vu des indemnités touchées par l'intéressé jusqu'au 9 septembre 2016 par l'assureur perte de gain, l'intéressé aurait dû rester assuré auprès de Mutuel jusqu'à cette date, comme c'était le cas avant la résiliation erronée du 31 mars 2017. Les choses en étaient là, lorsque l'assuré a déposé sa demande pour déni de justice, le 10 avril 2017. 8. Pour ce qui est des conclusions du recourant sur le fond, au vu des principes de jurisprudence et de doctrine rappelés ci-dessus les conclusions que l'intéressé a prises sur le fond de ses prétentions ne sont pas recevables. 9. La cause apparaissant manifestement mal fondée (art. 72 LPA), des écritures supplémentaires n'étant pas nécessaires (art. 74 LPA), et au vu de la jurisprudence susmentionnée (appréciation anticipée), la chambre de céans estime qu'un second échange d'écritures ou des observations complémentaires du recourant sont inutiles dans la mesure où elles ne pourraient plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, modifier son appréciation. 10. Au vu de ce qui précède, et notamment de l'abondante jurisprudence citée, arrêts dans lesquels le Tribunal fédéral ou la chambre de céans ont admis ou refusé de considérer que l'assureur social aurait violé le principe de célérité, il apparaît que l'on ne saurait admettre que l'intimé aurait, en l'espèce, d'une quelconque manière, violé le principe de célérité. L'assuré n'ayant du reste préalablement ni sollicité une décision formelle de l'assureur, ni imparti à ce dernier un délai raisonnable pour statuer, et que dans son recours, au-delà du titre de son courrier, il ne reproche à aucun moment à l'assureur intimé de ne pas avoir statué malgré une demande de sa part, et n'indiquant pas même la durée du supposé retard, le recours pour déni de justice doit être rejeté. 11. Aux termes de l'art. 89H al. 1 LPA, sous réserve de

l'alinéa 4 non pertinent en l'espèce, la procédure est gratuite. Toutefois les débours et un émolument peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. Au vu de ce qui précède, la démarche du recourant apparaît téméraire, en même temps qu'elle témoigne de légèreté. Ce n'est pas la première fois que le recourant saisit la chambre de céans d'un recours pour déni de justice : par arrêt du 14 mars 2017, la chambre des assurances sociales, dans une autre composition, l'a débouté d'un tel recours, cette décision lui rappelant à quelles conditions et dans quelle mesure on pouvait admettre que soient réalisées les conditions d'un retard injustifié. (ATAS/204/2017). Plus récemment, par arrêt du 18 avril 2017 - (ATAS/304/2017), - rendu après le dépôt du présent recours la chambre de céans l'a à nouveau débouté d'un recours pour déni de justice, la chambre de céans l'avertissant en ces termes: « Dans le cas d'espèce, quand bien même l'attitude du recourant et la procédure qu'il a engagée en vue de faire constater un prétendu déni de justice étaient largement injustifiées, la chambre de céans renoncera à mettre un émolument à charge du recourant. Elle attire toutefois son attention sur le fait qu'il serait bien inspiré, à l'avenir, d'observer une plus grande retenue avant de considérer que l'administration aurait tardé à lui répondre et saisir intempestivement la justice. Désormais averti, il est invité à l'avenir à respecter les principes rappelés ci-dessus, et selon lesquels il lui incombe notamment, avant de saisir l'autorité judiciaire, de relancer l'autorité administrative en lui fixant au besoin un délai raisonnable pour statuer, sans quoi il saisirait l'autorité judiciaire. À défaut la chambre de céans pourrait fixer un émolument à sa charge, s'il était avéré qu'une fois encore il aurait agi de manière téméraire ou en faisant preuve de légèreté au sens de la disposition qui précède. » (ATAS/304/2017 p. 7 consid. 9) Au vu de ce qui précède et dans la seule mesure où l'avertissement susmentionné lui a été notifié après le dépôt de son recours dans la présente cause - ce qui ne l'aurait du reste pas empêché de retirer son nouveau recours -, il lui est adressé un ultime avertissement. **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.