

GE_GERICHTE A/1536/2014 vom 19. Mai 2015

GE Cour de justice, 2015-05-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1536_2014

FR: GE_GERICHTE A/1536/2014 du 19 mai 2015

IT: GE_GERICHTE A/1536/2014 del 19 maggio 2015

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE recourant contre SANITAS, Service Center Lausanne, sise avenue de la Gare 1, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ est assuré pour l'assurance obligatoire des soins auprès de SANITAS (ci-après l'assureur). Par courrier du 28 mai 2014, il a saisi la chambre de céans d'une demande dirigée contre l'assureur et visant à ce que soient reconnus un déni de justice et le non-respect des jugements rendus, et à ce qu'un nouvel avocat lui soit commis d'office. Il se plaint de ce que l'assureur « refuse tout et veut se débarrasser de moi par tous les moyens ». 2. Invité à se déterminer, l'assureur a expliqué, le 26 juin 2014, qu'il avait tenté de joindre par téléphone l'assuré à plusieurs reprises, afin d'avoir des explications complémentaires sur les motifs de sa demande. Enfin, lors d'un entretien téléphonique du 25 juin 2014, il avait compris que la demande portait sur une décision du 6 juillet 2012 et que l'assuré sollicitait d'être mis au bénéfice de l'art. 37 al. 4 LPGa. L'assureur a ainsi informé la chambre de céans qu'un entretien aurait lieu avec l'assuré, celui-ci souhaitant, dans un premier temps, tenter de régler ce litige à l'amiable. L'assureur conclut dès lors à ce que la chambre de céans n'entre pas en matière et éventuellement suspende la procédure jusqu'au 1er septembre 2014. 3. Par courrier du 27 octobre 2014, l'assureur a déclaré que l'entretien prévu n'était pas intervenu, et que l'assuré ne l'ayant plus contacté, il considérait que celui-ci avait implicitement retiré sa demande. 4. L'assuré a toutefois indiqué le 12 novembre 2014 qu'il confirmait « mon déni de justice de 2014 ». Il considère que l'assureur n'a pas exécuté un arrêt rendu par le Tribunal administratif le 15 février 2002 (A/361/2001), ainsi qu'un arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales (A/4557/2006) et ne comprend pas pour quelle raison. Il demande à ce qu'un nouvel avocat lui soit désigné, et à ce qu'une comparution personnelle des parties soit ordonnée. 5. Le 2 décembre 2014, l'assuré a ajouté qu'il souhaitait également la présence de deux juges assesseurs. 6. La chambre de céans a ordonné la comparution personnelle des parties le 9 décembre 2014. Les parties ont déclaré que : « L'assuré : Il m'est expliqué la teneur de l'art. 133 LOJ s'agissant des juges assesseurs de la Chambre des assurances sociales. Je me réfère à un arrêt rendu par le Tribunal administratif le 15 janvier 2002 dans la cause A/361/02. J'attends toujours la réponse. J'ai reçu un courrier de l'assureur daté du 16 mai 2014 concernant un acte de défaut de biens du 13 août 2004 d'un montant de CHF 130.90. C'est la raison pour laquelle j'ai écrit à la chambre de céans le 28 mai 2014. Je reproche à l'assureur de ne pas respecter ses engagements. Mon recours du 28 mai 2014 est un recours pour déni de justice. Je me plains de ce que l'assureur ne donne pas suite aux différents arrêts rendus par les tribunaux. Je ne comprends pas pourquoi l'assureur me réclame de payer un montant de CHF 130.90 alors qu'il sait que seuls des actes de défaut de biens pourront lui être délivrés. Le

représentant de l'assureur : J'ignorais l'existence de ce courrier du 16 mai 2014. Toutefois, je proposerais que nous réglions l'affaire en considérant ce courrier comme annulé. Nous ne réclamerons plus ce montant de CHF 130.90. Je vais par ailleurs voir avec le service du contentieux s'il y a d'autres actes de défaut de biens et le cas échéant trouver une solution.

L'assuré : Je souhaiterais que les actes de défaut de biens me concernant soient annulés. Je souhaiterais que l'assureur rende des décisions ou des décisions sur opposition concernant mes primes pour faire suite au jugement de 1999. Il a baissé le montant des franchises à options sans base légale. Je m'étonne de ce que l'arrêt du Tribunal administratif du 15 janvier 2002 n'ait été suivi d'aucune décision rendue par l'assureur. (...) Je reproche également à l'assureur de ne pas avoir fait application de l'art. 106 LAMal sauf erreur lorsque j'ai eu mon accident en 2012 et de ne pas avoir recherché le responsable. J'avais alors donné tous les renseignements utiles à l'assureur. J'avais rempli à cet égard la déclaration d'accident en février 2012 ». A l'issue de l'audience, l'assuré a produit : - un courrier du Service de l'assurance-maladie du 9 octobre 2009, lui confirmant qu'il n'existe pas de base légale pour contraindre un usager à modifier sa franchise.!

!

- un courrier de l'assureur du 16 mai 2014, le sommant de s'acquitter de la somme de CHF 130.90 concernant des actes de défaut de biens relatifs à la période du 21 mars au 2 août 2002.!

- un arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 4 décembre 2007 (ATAS/1399/2007 , cause A/1106/2007), lequel !

1. « Donne acte à WINCARE ASSURANCES de son engagement à rendre les décisions sur opposition d'ici au 31 janvier 2008.!

2. L'y condamne en tant que de besoin.!

3. Lui donne acte que cette procédure est couverte par l'assistance juridique.!

4. Donne acte au recourant que vu ce qui précède, le présent recours devient sans objet ».!

- un arrêt du Tribunal administratif du 23 mars 1999 (A/53/1999) dont le dispositif est libellé comme suit :!

« déclare irrecevable le recours interjeté le 19 janvier 1999 par Monsieur A_____ ; le transmet à WINCARE ASSURANCES pour qu'elle rende une décision formelle, voire une décision sur opposition ». 8. Le 27 février 2015, l'assureur a fait part de sa détermination.!

- il a confirmé qu'il n'existait pas d'acte de défaut de biens encore actif.!

- aucun document concernant le jugement de 1999 auquel s'est référé l'assuré n'a été trouvé. L'assureur relève que l'assuré n'a plus d'intérêt juridique à protéger si son recours concerne les primes de 1996 à 2013, vu l'information de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) du 26 février 2015, selon laquelle les litiges concernant les primes de 1996 à 2013 dans le canton de Genève ont été réglées.!

- s'agissant de l'éventuelle question de la subrogation selon l'art. 72 LPGA, il rappelle que l'assureur n'est pas tenu de rechercher un responsable s'il parvient à la conclusion que l'exécution de ses droits n'est pas possible ou est vaine (cf. déclaration d'accident, février 2012).!

9. Le 17 mars 2015, l'assuré a persisté à reprocher à l'assureur de ne pas donner suite aux nombreux jugements rendus en sa faveur depuis 2002 contre SWICA devenue SANITAS. Il déclare que « je porte plainte pour non-respect de décisions qui sont sans réponse à ce jour depuis et que j'ai reçu des juges sociaux en plus du jugement présent, plus un traducteur et une indemnité le 1er janvier 2009 de 5% l'an pour non réponse et de CHF 2'500.- avec comparution personnelle ».!

10. Le 15 avril 2015, l'assureur a produit l'arrêt rendu par le Tribunal administratif le 15 janvier 2002 dans la cause A/361/2001, et souligne qu'il ne peut plus dire après dix ans s'il y a eu ou non un paiement de CHF 1'000.- versé en faveur de l'assuré en février 2002.!

Il produit également un arrêt du Tribunal cantonal

des assurances sociales daté du 4 juillet 2006 (ATAS/627/2006), et attire l'attention de la chambre de céans sur le fait que le dispositif ne contient aucune condamnation à payer une indemnisation. 11. Ce courrier a été transmis à l'assuré, et la cause gardée à juger.!

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 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. L'assuré a expliqué qu'il avait écrit à la chambre de céans le 28 mai 2014 pour contester la sommation de paiement à lui notifiée par l'assureur le 16 mai 2014. A cet égard, le courrier du 28 mai 2014 vaut recours interjeté contre la sommation et est en tant que tel, recevable (art. 56, 58 et 60 LPGA). Il y a lieu de constater que lors de l'audience du 9 décembre 2014, l'assureur a proposé d'annuler ce courrier et déclaré que le paiement de ce montant de CHF 130.90 ne serait plus réclamé. Il a, par courrier du 27 février 2015, confirmé que plus aucun acte de défaut de biens n'existait. Le recours sur ce point est, en conséquence, devenu sans objet. 3. L'assuré reproche également à l'assureur de ne pas avoir recherché le responsable lorsqu'il avait été victime d'un accident en 2012. Cette question a été réglée par un jugement rendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, le 31 juillet 2012 (ATAS/940/2012). Ce jugement étant entré en force, la chambre de céans n'y reviendra pas. 4. L'assuré a déclaré lors de l'audience du 9 décembre 2014 que, par son acte du 28 mai 2014, il entendait recourir pour déni de justice. 5. Conformément à 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. 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). A 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'Etat 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 (H 134/02 Arrêt 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).

6. L'assuré se plaint de ce que l'assureur n'a pas donné suite aux différents arrêts rendus par les tribunaux, soit ceux du Tribunal administratif des 23 mars 1999 (A/53/1999) et 15 janvier 2002 (A/361/2001), et celui du Tribunal cantonal des assurances sociales du 4 décembre 2007 (A/1106/2007, ATAS/1399/2007).
7. Le recours ayant donné lieu au premier de ces jugements portait sur le refus de l'assureur de rembourser à l'assuré des frais médicaux à l'étranger non urgents. Cet arrêt a été suivi de plusieurs recours au Tribunal fédéral des assurances (TFA), lequel a reconnu que la solution retenue par les premiers juges - consistant à déclarer irrecevable le recours, et à transmettre le dossier à l'assureur pour que celui-ci rende une décision - apparaissait conforme au droit fédéral (arrêts du 4 août 1999, et K 53/99 du 12 octobre 1999).
Le 3 avril 2001, constatant, ce nonobstant, que l'assureur ne lui avait toujours pas notifié de décision sur opposition, l'assuré s'était à nouveau adressé au Tribunal administratif. L'assureur avait alors reconnu qu'en effet il avait omis de donner suite à l'arrêt du 23 mars 1999. Aussi le Tribunal administratif, dans son arrêt du 15 janvier 2002, avait-il considéré que le déni de justice était flagrant, impartit à l'assureur un délai au 28 février 2002 pour rendre une décision sur opposition et mis à sa charge un émolument de CHF 1'000.-. En l'occurrence, l'assureur a indiqué qu'il n'avait trouvé aucun document concernant le jugement de 1999, et qu'il ne pouvait dès lors pas dire, vu le temps écoulé, s'il y avait eu ou non versement de la somme de CHF 1'000.- en faveur de l'assuré suite à l'arrêt du 15 janvier 2002. La chambre de céans considère que le fait que l'assureur n'ait retrouvé aucun document faisant suite au jugement de 1999, permet d'affirmer, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, qu'il n'a encore rendu aucune décision sur opposition. Force est d'en conclure que l'assureur a commis un déni de justice.
8. L'assureur ne peut par ailleurs pas non plus prouver qu'il a versé à l'assuré la somme de CHF 1'000.-, au paiement de laquelle il avait été condamné par le Tribunal administratif.
Or, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Il y a dès lors lieu d'inviter l'assureur à verser ladite somme à l'assuré.
9. Il ressort de l'arrêt d'accord entre les parties rendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 4 décembre 2007 enfin, que l'assureur s'était engagé à rendre des décisions sur opposition d'ici au 31 janvier 2008, ce qu'il n'a pas fait.
L'assureur ne le conteste pas, mais rappelle que l'OFAS a annoncé le 26 février 2015, que les litiges concernant les primes des années 1996 à 2013 dans le canton de Genève avaient été réglés. Il y a en effet lieu de constater que le litige faisant l'objet de l'arrêt du 4 décembre 2007 concernait précisément les primes d'assurance-maladie dues par l'assuré de 2003 à 2007. L'assureur n'en a toutefois pas informé directement et formellement l'assuré. Aussi le recours pour déni de justice doit-il être admis ici aussi. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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