

GE_GERICHTE A/2149/2013 vom 15. Oktober 2013

GE Cour de justice, 2013-10-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2149_2013

FR: GE_GERICHTE A/2149/2013 du 15 octobre 2013

IT: GE_GERICHTE A/2149/2013 del 15 ottobre 2013

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur S _____, domicilié à GENEVE recourant contre AVENIR ASSURANCES, Service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY intimée EN FAIT 1. Monsieur S _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1934, est affilié auprès de AVENIR ASSURANCE MALADIE SA (ci-après l'assurance ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins.![endif]>![if> 2. L'assuré a saisi à des nombreuses reprises depuis 2005 le Tribunal cantonal des assurances sociales, puis la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice dès 2011 de demandes, recours et autres réclamations contre son assurance-maladie et d'autres assureurs. Les causes A/779/2009, A/324/2010 et A/924/2011 par lesquelles il a contesté l'augmentation de sa prime d'assurance ont été suspendues jusqu'à droit jugé dans la cause A/1915/2007. Pour le surplus, bien que les recours intentés soient manifestement mal fondés, si ce n'est irrecevables, le Tribunal a dans un premier temps entendu l'assuré et concilié les parties, dans un but d'apaisement (A/391/2007 et A/3524/2008). Les autres recours ont abouti à une déclaration d'incompétence (A/1257/2007), des rejets (A/2340/2005; A/10/2008; A/1195/2009) et à la constatation que le recours n'avait pas d'objet (A/2215/2008).![endif]>![if> 3. Dans le cadre de la procédure A/2215/2008, le Tribunal a rappelé que l'attention du recourant avait déjà été attirée sur le fait que les crimes et délits sont, cas échéant, du ressort des juridictions pénales. Le recours a ainsi été déclaré sans objet, en tant qu'il était recevable et le Tribunal a précisé qu'il renonçait, cette fois, à la perception d'un émolument, mais à bien plaisir.![endif]>![if> 4. L'assuré a encore saisi le Tribunal les 21 novembre 2009 et 2 février 2010 d'actions formées par le dépôt de longs documents rédigés à la main et en majeure partie incompréhensibles (A/421/2010 et A/422/2010). L'intéressé a été dûment rendu attentif à la teneur de l'art. 88 LPA, par courrier du 25 mai 2010 de la Présidente chargée de ces procédures. Par arrêt du 30 juin 2010 (ATAS/721/2010), le Tribunal a dit que si le recourant devait introduire, dans le futur, de nouvelles procédures se révélant irrecevables ou manifestement infondées, il sera condamné à une amende au sens de la norme susmentionnée.![endif]>![if> 5. L'assuré a saisi la Chambre des assurances sociales le 25 juin 2013 par le dépôt d'une lettre manuscrite de deux pages, en majeure partie totalement illisible. Un délai lui a été fixé pour compléter sa demande et préciser, en particulier, quelles étaient les décisions attaquées.![endif]>![if> 6. Le 12 juillet 2013, l'assuré a déposé un complément de demande dactylographié. Il conclut à la tenue d'une audience, des « examens et conclusions pluridisciplinaires dans le but de faire cesser progressivement les souffrances négligées par les assurances », à la production, sous pli fermé, de tous les documents munis de leur date de réception, à l'annulation de toutes les décisions judiciaires, à l'audition de toutes les personnes concernées, y compris le directeur de l'assurance et celui du groupe auquel elle appartient, à la condamnation de ces deux assurances à une forte amende pour « abus d'autorité et

détournement des lois à leur profit, enrichissement pécunier, faux en statistiques, escroquerie, perception de subventions », à leur condamnation à la prison ferme, à l'interdiction de la pratique de la LAMal aux assurances impliquées, au paiement d'une indemnité de 5'000 fr., au paiement d'une somme forfaitaire de 30'000 fr., pour couvrir les frais, perte de temps, vitamines et autres médicaments de sauvetage, au paiement de l'ensemble des factures refusées et en suspens depuis cinq ans et demi, y compris les soins de la prostate ou des autres cancers dus à la création de l'anxiété par l'ineptie et l'incompétence permanente des assurances, au paiement d'une indemnité pour tort moral et insultes de 20'000 fr., au paiement des installations d'ascenseur et de matériel adéquat confortable nécessaire au déplacement en fauteuil roulant.!

Il expose une nouvelle fois les suites de l'opération de sa hanche droite de janvier 2007 et se plaint, en substance, de ce qu'aucune décision en bonne et due forme n'aurait été rendue à propos de la prise en charge des soins prodigués. En conséquence, l'ensemble des jugements rendus par le Tribunal des assurances sociales et le Tribunal fédéral doivent être annulés. Il produit en particulier la décision sur opposition de l'assurance du 29 mai 2008, ainsi que les arrêts du Tribunal du 7 octobre 2008 et 11 novembre 2008 (A/2215/2008 et A/3524/2008), ainsi qu'une partie des échanges de correspondance qu'il a eus avec l'assurance. 7.

L'assurance a répondu le 22 août 2013. Elle conclut à l'irrecevabilité du recours et à ce que le recours soit déclaré téméraire. Elle rappelle que les prétentions de l'assuré concernant la prise en charge d'une réadaptation à la Clinique de Joli-Mont, ainsi que le remboursement de divers moyens auxiliaires et de médicaments après l'opération du 12 janvier 2007 a fait l'objet d'une décision formelle le 31 mars 2008, d'une décision sur opposition du 29 mai 2008 et d'un arrêt du Tribunal du 7 octobre 2008, déclarant le recours sans objet. Pour le surplus, l'intimée relève la quérulence et la témérité du recourant, déjà soulignées à plusieurs reprises par le Tribunal et la Cour de céans.!

8. Dans le délai imparti pour produire les pièces et se déterminer, l'assuré ajoute que les assurances agissent contrairement au principe de la LAMal puisque leurs prestations ne sont ni humaines, ni efficaces, ni appropriées, ni économiques. Il conclut ainsi « qui a le droit LAMal de décider d'un cas à suivre, décidé par huit entités spécialistes qualifiées et presque tous payés par participation par les assureurs parfois aux forceps et séparément, n'est pas digne d'intérêt d'être soigné : sans examen ni consultation avec rapport par un groupe de spécialistes (de formation supérieure et plus nombreux). A cette question, les deux assurances n'ont jamais été capables de répondre, ni les tribunaux » (sic !).

9. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.!

10. L'assuré a encore déposé la copie du courrier qu'il a adressé à son médecin le 1^{er} octobre 2013. Il lui demande de le faire admettre à la clinique de Jolimont en raison de douleurs de 300 sur une échelle de 1 à 10, puis revient sur le refus de son assurance à ce sujet du 16 janvier 2007, fondée sur l'avis de son médecin-conseil. Il expose ensuite son avis sur ce médecin en ces termes: « cette personne fantôme a prouvé son incompétence (...) comment peut-on avoir confiance en une personne aussi abjecte, meurtrier, assassin et tortionnaire sadique avec préméditation = 24/244 tous les jours et toutes les nuits sans relâche jusqu'à l'assassinat calculé et ce depuis le 11 janvier 2007 en cachant et falsifiant avec préméditation des documents, niant les souffrances évidentes et prouvées scientifiquement (...) le TCAS est chargé de déterminer dans quelle mesure il est complice dans ces actions morbides ».

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; RS 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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. 1, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). De plus, il y a autorité de chose jugée, du point de vue matériel, lorsque le litige a le même objet que celui sur lequel s'est déjà prononcée l'autorité judiciaire par un jugement passé en force, de sorte que les parties ne sauraient remettre en cause, devant quelque juridiction que ce soit, un litige tranché par l'autorité compétente avec force de chose jugée. Ce principe se résume par l'adage latin « ne bis in idem » (cf. ATF 98 V 174 consid. 2). L'exception de chose jugée doit être considérée comme une condition de recevabilité de l'action (Prozessvoraussetzung), de sorte que, si l'exception est admise, la demande est irrecevable (ATF 105 II 159 consid. 4 ; J.-F. POUDRET, Commentaire de la loi sur l'organisation judiciaire, N. 1.3.2.15 ad art. 43 OJ).

3. La procédure devant le tribunal cantonal des assurances doit être gratuite pour les parties; que 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 (art. 61 let. a LPGA). Le point de savoir si un procès est téméraire doit être tranché en examinant non seulement l'attitude de la partie dans la procédure judiciaire, mais également son comportement avant le procès (ATF 124 V 285 consid. 4b). D'après la jurisprudence, agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou devrait savoir en faisant preuve de l'attention normalement exigible que les faits invoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie viole une obligation qui lui incombe ou lorsqu'elle soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi (ATF 124 V 285 , consid. 3b). En revanche, une partie n'agit pas par témérité ou par légèreté lorsqu'elle requiert du juge qu'il se prononce sur un point de vue déterminé qui n'apparaît pas d'emblée insoutenable (arrêt du Tribunal fédéral B 97/03 du 18 mars 2005, consid. 5.1. Il en va de même lorsque, en cours d'instance, le juge attire l'attention d'une partie sur le fait que son point de vue est mal fondé et l'invite à prendre les dispositions qui s'imposent, à savoir retirer le recours (ATF B 67/00 du 17 janvier 2001, consid. 2a). Un recours voué à l'échec ne saurait être assimilé à un recours présentant un caractère de légèreté ou de témérité (ATF 124 V 285 ; pratique VSI 1998 p. 194). Il faut qu'un élément critiquable s'ajoute subjectivement parlant. La partie concernée doit avoir entamé la procédure quand bien même elle pouvait sans autre se rendre compte, en usant de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle, que son recours était dépourvu de chance de succès. 4. L'art. 88 LPA permet à la juridiction administrative de prononcer une amende à l'égard de celui dont le recours, l'action, ou la demande est jugée téméraire ou constitutive d'un usage abusif des procédures prévues par la loi. L'amende n'excède pas 5'000 fr. (art 88 al. 2 LPA). Sauf à faire un usage abusif des procédures prévues par la loi, pouvant conduire au prononcé d'une amende pour téméraire plaideur au sens de l'art. 88 LPA, il n'est pas possible à un justiciable de resoumettre sempiternellement la même question aux tribunaux (ATA/168/2013 du 12 mars

2013).![endif]>![if> 5. En l'espèce, dans la mesure où l'action de l'assuré concerne la couverture des frais et soins consécutifs à l'intervention de janvier 2007, elle est irrecevable puisqu'elle a fait l'objet d'un arrêt définitif du 7 octobre 2008 (cause A/2215/2008; ATAS/1108/2008). Au demeurant, il avait alors déjà été établi que le recours n'avait pas d'objet, compte tenu du fait que l'assuré n'avait produit aucune facture démontrant des frais d'hospitalisation à la clinique de Jolimont et que l'assurance avait prouvé avoir remboursé les autres frais. ![endif]>![if> L'assuré ne recourt pas non plus contre une autre décision sur opposition. Par ailleurs, l'acte déposé ne peut pas être considéré comme un recours pour déni de justice, puisque l'assurance n'est pas en demeure de rendre une décision formelle sur des prétentions concrètes et individuelles de l'assuré, concernant les remboursements de frais de maladie, le paiement de primes, etc. Au surplus, dans la mesure où l'action de l'assuré est une dénonciation générale des assureurs-maladie, en particulier de l'intimée et du groupe auquel elle appartient, la Cour de céans n'est manifestement pas compétente. Finalement, le fait que le procureur général ne soit pas entré en matière sur la dénonciation pénale de l'assuré, transmise par le Tribunal par arrêt du 6 mai 2008 (A/1257/2008), à défaut de hausse de prime ou de décision litigieuse, n'est pas un motif de révision de cet arrêt. En conclusion, l'action est irrecevable. 6. Au demeurant, le Tribunal a déjà précisé au recourant dans l'arrêt précité du 7 octobre 2008 qu'il renonçait exceptionnellement à la perception d'un émolument, après lui avoir rappelé deux fois qu'il n'était ni compétent pour juger d'une plainte pénale, ni pour se saisir de récriminations générales contre les assureurs-maladie (cherté des primes, malhonnêteté, absence d'indépendance du médecin-conseil). De même, le Tribunal l'a clairement mis en garde sur les conséquences du dépôt, à l'avenir, d'un recours irrecevable ou manifestement infondé par arrêt du 30 juin 2010 (A/421/2010; ATAS/721/2010). Or, les actes des 25 juin, 12 juillet et 1 er octobre 2013 sont manifestement irrecevables, s'agissant de saisir pour la quatrième fois la Cour de céans de la question des soins admis ou refusés par l'assurance en janvier 2007, et ils sont toujours aussi quérulents que les précédentes procédures intentées, voire injurieux tant à l'égard de l'assurance que de la Cour de céans. Aussi, l'assuré fait non seulement preuve de témérité, mais également un usage abusif de la procédure de recours prévue par la LPGA et la LPA. Il n'est pas admissible que l'assuré continue à saisir impunément la justice d'actes de ce genre. Compte tenu de l'avertissement clair contenu dans l'arrêt du 30 juin 2010, il sera condamné à une amende.![endif]>![if> 7. Le recours est donc irrecevable et le recourant est condamné au paiement d'une amende de 500 fr., étant rappelé que celle-ci peut aller jusqu'à 5'000 fr. ![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant