

GE_GERICHTE A/2455/2018 vom 24. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2455_2018

FR: GE_GERICHTE A/2455/2018 du 24 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/2455/2018 del 24 giugno 2019

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à VERSOIX recourante contre SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE, route de Frontenex 62 GENÈVE intimé EN FAIT 1. Par courrier du 13 juillet 2018, Madame A_____ (ci-après : la recourante ou la bénéficiaire) a adressé à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice une « demande de statuer sur le non-respect des dispositions légales en cours en rapport aux assurances sociales au niveau cantonal genevois (en matière d'assurance-maladie, LAMal) relatif à la non prise en charge du subsidé cantonal genevois; et pour non-réponse (à) sa demande de subsidé cantonal genevois d'assurance-maladie (SAM), effectuée dès février 2017, pour 2017 et 2018. Elle indique avoir adressé plusieurs courriers recommandés de demande de subsidé cantonal genevois, de prise en charge de ses cotisations d'assurance-maladie en raison de sa situation de minimum vital, et de bénéficiaire des prestations sociales et de chômage. Elle dit avoir également introduit une poursuite à l'encontre du SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE (ci-après : le SAM ou l'intimé) pour la prise en charge de ses primes d'assurance-maladie Philos. N'ayant obtenu à ce jour aucune réponse de la part du SAM elle déclare porter plainte auprès de la chambre de céans, légitimée, selon elle, à statuer. Elle indique annexer à sa demande le dossier confirmant sa situation de minimum vital ainsi que divers courriers envoyés ou transmis à ce sujet. 2. Une procédure pour déni de justice a dès lors été ouverte. 3. Le SAM s'est déterminé par mémoire du 20 septembre 2018. Il s'en rapporte à justice quant à la recevabilité du recours, et sur le fond il conclut à ce que le recours soit déclaré sans objet, le rejeter et débouter la recourante de toutes autres ou plus amples ou contraires conclusions. Il indique en substance que : - selon les données de l'office cantonal de la population et des migrations (OCPM), la recourante, née le _____ 1969, est domiciliée à Genève depuis le 16 janvier 2017 et affiliée pour l'assurance obligatoire des soins (AOS selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) auprès de Philos, depuis le 1^{er} février 2017 ; - selon attestation de subsidé du 13 avril 2017, en tant que personne suivie par l'Hospice général la recourante a bénéficié d'un subsidé dit 100 % (HG, art. 11C RaLAMal) du 1^{er} février au 30 avril 2017 ; - son droit au subsidé dit 100 % a ensuite été coupé dès le 30 avril 2017, selon décision du SAM du 23 mai 2017, la bénéficiaire continuant toutefois à bénéficier du subsidé partiel de CHF 90.- (par mois) pour le reste de l'année 2017. Cette décision n'a pas fait l'objet d'opposition ; - par courrier du 4 février 2018, la recourante a demandé au SAM de pouvoir bénéficier d'un subsidé d'assurance-maladie pour l'année 2018 ; - par courrier du 13 février 2018, le SAM a accusé réception de la demande susmentionnée, informant l'intéressée que, compte tenu du nombre très important de dossiers à traiter, une réponse ne lui parviendrait pas avant plusieurs semaines ; - en date du 21 mars 2018, la recourante laissé dans la boîte aux lettres du SAM un formulaire de demande de rendez-vous sans mentionner de moyen de la contacter par téléphone ; - le 27

mars 2018, le SAM a reçu divers documents ; - par courrier du 13 avril 2018, le SAM a demandé à la recourante de bien vouloir lui transmettre les documents utiles pour pouvoir statuer sur un éventuel droit aux subsides d'assurance-maladie pour l'année 2018 ; - par deux copies de courriers adressés l'un à FedPol et l'autre au SAM, reçues au SAM le 26 juin 2018, la recourante a informé ce dernier de sa demande de vérification faite auprès de la police fédérale (FedPol). En bas de la copie de son courrier à FedPol, elle indiquait attendre une confirmation écrite de la prise en charge de son assurance-maladie en 2018 ; - par courrier du 26 juin 2018, le SAM a accusé réception des deux copies des courriers précités, et a à nouveau informé l'intéressée qu'une réponse ne lui parviendrait pas avant plusieurs semaines ; - par courrier du 13 juillet 2018, la recourante a formé recours auprès de la chambre de céans pour déni de justice, estimant que le retard du SAM dans le traitement de sa demande de subsides d'assurance-maladie pour l'année 2018 était constitutif d'un déni de justice ; - le SAM s'est vu notifier, en date du 7 août 2018, un commandement de payer la somme de CHF 21'050.97, par l'office des poursuites de Genève (de la part de la recourante) ; - par courrier du 7 août 2018, le SAM a demandé à la recourante de bien vouloir lui transmettre une pièce supplémentaire nécessaire afin de pouvoir statuer sur son dossier, soit son avis de taxation 2016 ; - s'agissant de l'année 2018, selon copie de l'attestation de subside de l'assurance-maladie de l'Hospice général du 11 septembre 2018, la recourante bénéficie d'un subside dit 100 % de l'Hospice général du 1^{er} août au 31 décembre 2018. L'intimé, après avoir rappelé les principes généraux régissant l'octroi de subsides selon loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), et relevé notamment que selon l'art. 27 LaLAMal, n'ont pas droit aux subsides les assurés qui font l'objet d'une taxation d'office, et les bases légales d'un recours pour déni de justice, relève que la recourante a bénéficiée d'un subside dit 100 % (en tant que bénéficiaire de l'Hospice général) pour la période du 1^{er} février au 30 avril 2017, puis elle a continué à bénéficier du subside partiel de CHF 90.- par mois pour le reste de l'année 2017, comme cela ressort des pièces produites, et conformément à l'art. 11C al.3 RaLAMal. Il observe à cet égard qu'ainsi il est démontré que le droit aux subsides d'assurance-maladie de la recourante pour l'année 2017 a dûment été traité par l'intimée, le recours étant sur ce point sans objet. S'agissant d'un éventuel droit au subside de l'assurance-maladie pour l'année 2018, la recourante a déposé une demande de subside par courrier du 4 février 2018, dont l'intimé a accusé réception le 13 février 2018, informant l'intéressée qu'une réponse ne pourrait lui parvenir avant plusieurs semaines, en raison du grand nombre de dossiers à traiter. Se référant au déroulement chronologique de la demande de prestations 2018, l'intimé relève que, malgré les courriers qu'il a régulièrement adressés à l'intéressée (13 février, 13 avril et 26 juin 2018), la recourante a directement saisi la chambre de céans, le 13 juillet 2018, invoquant un déni de justice. L'intimé n'a eu connaissance de ce recours qu'en date du 9 août 2018 (courrier de la chambre de céans du 7 août). Dans le cas d'espèce, l'intimé a répondu à plusieurs reprises à la recourante, en lui expliquant notamment la nécessité qu'elle lui fasse tenir certaines pièces utiles pour qu'il puisse statuer sur sa demande de subside, en insistant dès le début sur le fait qu'une réponse ne pourrait lui parvenir avant plusieurs semaines en raison du très grand nombre de dossiers que le SAM devait traiter à cette période. Il a toutefois régulièrement tenu l'intéressée au courant de l'avancement du dossier. L'avis de taxation 2016 sollicité par courrier du 7 août 2018 l'a été afin qu'il puisse disposer (plus rapidement) d'un document officiel permettant d'exclure toute taxation d'office. Ceci démontre en tant que de besoin que le dossier de la recourante était bel et bien pris en charge et traité par l'intimé. Au jour de la réponse au recours, la

recourante n'avait toujours pas répondu à cette dernière demande, de sorte qu'elle était invitée à bien vouloir lui retourner ce document, faute de quoi il ne pourrait statuer sur sa demande de subside 2018, en particulier pour la période du 1^{er} janvier au 31 juillet 2018. Cela étant, il observait avoir été informé le 21 août 2018 par l'Hospice général que la recourante était (à nouveau) bénéficiaire des prestations de l'Hospice, et qu'ainsi, l'intimé avait informé l'assureur-maladie de l'administrée, le 28 août 2018, de ce que cette dernière était bénéficiaire d'un subside. Enfin, il a adressé directement à la recourante, une décision de subside, susceptible d'opposition, en date du 11 septembre 2018. Il observe enfin que selon l'art. 4 al. 4 LPA, la recourante aurait dû quoi qu'il en soit, préalablement à l'introduction de son recours auprès de la chambre de céans, mettre le SAM en demeure de lui répondre, ce qui n'avait pas été le cas en l'espèce. Et l'intimé de conclure qu'au vu de ce qui précède, il ne saurait lui être reproché un déni de justice. Sans objet, le recours devait être rejeté. 4. Par courrier du 26 septembre 2018, la chambre de céans a communiqué copie des écritures de l'intimée à la recourante, en invitant cette dernière à lui indiquer avant le 8 octobre 2018 si elle maintenait ou non son recours pour déni de justice. Dans la négative, elle était invitée à répliquer dans le même délai. Il lui était également loisible de demander à consulter le dossier au siège de la juridiction. 5. La recourante a répliqué par courrier formellement daté du 13 juillet 2018, mais reçu le 8 octobre 2018. Invoquant diverses dispositions légales tirées de la LAMal notamment, elle rappelle qu'en 2017 elle était au bénéfice de l'aide sociale et de prestations du chômage. Elle observe que le SAM, « organe de révision et de contrôle de l'assurance-maladie obligatoire, se doit également de vérifier scrupuleusement tous les documents et de les faire valider de manière officielle afin de pouvoir statuer librement et conformément au respect des lois en vigueur. Il doit également se rendre responsable d'engager des collaborateurs habilités à exercer leurs fonctions. » Sur quoi, elle réitérait son droit aux prestations de subside cantonal genevois et demandait "le respect total de toutes les législations en la matière". 6. Sur quoi, la chambre de céans a informé les parties de ce que la cause était 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), 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. En vertu de la LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA). Selon la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), lorsqu'une autorité mise en demeure refuse sans droit de statuer ou tarde à se prononcer, son silence est assimilé à une décision (art. 4 al. 4 LPA-GE). Une partie peut recourir en tout temps pour déni de justice ou retard non justifié si l'autorité concernée ne donne pas suite rapidement à la mise en demeure prévue à l'article 4 alinéa 4 (art. 62 al. 6 LPA). En l'espèce, le recours pour déni de justice est interjeté par-devant l'autorité compétente (art. 58 al. 1 LPGA) ; ce recours n'est certes pas soumis à un délai, et dans cette mesure il paraît en principe recevable. Force est toutefois de constater qu'à teneur de l'art. 56 al. 2 LPGA, cette voie est ouverte lorsque l'assureur social, ne rend pas de décision, ou de décision sur opposition, malgré la demande de l'intéressé. Il ressort toutefois du dossier de l'intimé qu'à aucun moment la recourante ne s'est sérieusement plainte auprès de l'intimé du fait qu'il tarderait à rendre sa décision, et qu'à aucun moment elle n'a invité ce dernier, notamment en lui fixant un délai raisonnable, à

rendre une décision. En tout état, en tant que le recours porte sur l'octroi de subsides d'assurance-maladie pour l'année 2017, il est manifestement irrecevable, dans la mesure où ce subside lui a en effet été accordé, dans un premier temps par décision susceptible d'opposition, du 13 avril 2017, pour la période du 1^{er} février au 31 décembre 2017, cette décision étant entrée en force, l'administrée ne l'ayant pas remise en question dans le cadre d'une opposition. Dans un deuxième temps, le SAM a rendu une nouvelle décision, en date du 23 mai 2017, rapportant partiellement la décision précédente, le subside à 100 % qui lui avait été consenti prenant fin au 30 avril 2017, les conditions n'étant plus réunies après cette date, l'intéressée continuant à bénéficier d'un subside partiel à hauteur de CHF 90 par mois du 1^{er} mai au 31 décembre 2017. Là encore, cette décision est entrée en force, faute d'avoir fait l'objet d'une opposition de la part de l'intéressée. En réalité, son recours pour déni de justice tend bien plutôt à obtenir de la chambre de céans qu'elle vérifie après coup la légalité de cette seconde décision, entrée en force. Elle n'est manifestement pas l'objet de la procédure initiée, la chambre de céans, comme on le verra, ne pouvant, saisie d'un recours pour déni de justice, ne se prononcer que sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'on pourrait reprocher à l'autorité intimée un retard ou un refus de statuer. En revanche, en tant que le recours pour déni de justice porte sur la demande de subside 2018, la question de la recevabilité peut rester ouverte, dans la mesure où, comme on le verra, il est quoi qu'il en soit devenu sans objet, respectivement doit être rejeté.

3. a. Aux termes de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), 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 droit de recours de l'art. 56 al. 2 LPGA sert à mettre en oeuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. Le retard injustifié à statuer, également prohibé par l'art. 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101) - qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue que la disposition constitutionnelle (ATF 103 V 190 consid. 2b) -, est une forme particulière du déni de justice formel (ATF 119 Ia 237 consid. 2). b. 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 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 mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2.2), mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 130 I 312 consid. 5.2; ATF 125 V 188 consid. 2a). À 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 peut reprocher à l'autorité quelques « temps morts », celle-ci ne saurait en revanche invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur 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. 5.1 et 5.2 et les références). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 244 consid. 4a). 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 124 V 133 ; ATF 117 Ia 117 consid. 3a et 197 consid. 1c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 et C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2). c. La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 et 129 V 411 consid. 1.3). 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). L'art. 69 al. 4 LPA prévoit que si la juridiction administrative admet le recours pour déni de justice ou retard injustifié, elle renvoie l'affaire à l'autorité inférieure en lui donnant des instructions impératives. 4. a. À titre d'exemple, un déni de justice a été admis par la chambre de céans ou antérieurement par le tribunal cantonal des assurances sociales dans un cas où : - la décision de l'OAI était intervenue cinq mois après son arrêt, lequel rétablissait simplement la rente que l'OAI avait supprimée, car aucune instruction complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation (ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006) ; - aucune décision formelle n'avait été rendue neuf mois après la demande en ce sens de l'assuré, faute de mesures d'instruction durant six mois (ATAS/711/2015 du 23 septembre 2015) ; - 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 du 10 mai 2005) ; - l'OAI avait attendu quatorze mois depuis l'opposition de l'assuré au projet pour mettre en oeuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle l'assuré avait conclu d'emblée (ATAS/484/2007 du 9 mai 2007) ; - aucune décision n'avait été rendue dans un délai de plus quinze mois depuis la date du rapport d'expertise alors que la demande de précision faite au SMR au sujet de la divergence entre celui-ci et l'expert quant à la capacité de travail du recourant aurait pu être formée plus de six mois auparavant et que le SMR n'avait répondu qu'au bout de huit mois (ATAS/788/2018 du 10 septembre 2018) ; - l'OAI avait ordonné un complément d'expertise dix-sept mois après avoir obtenu les renseignements des médecins traitants (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006) ; - une nouvelle décision avait été rendue dix-huit mois après que la cause ait été renvoyée à l'office à la suite de l'admission partielle du recours (ATAS/62/2007 du 24 janvier 2007) ; - un recourant qui était sans nouvelle de l'OAI vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006) ; - l'OAI n'avait rendu aucune décision plus de cinq ans après le dépôt de la demande de prestations et avait notamment tardé à instruire le cas par le biais d'une expertise pluridisciplinaire et à demander l'intégration dans la plateforme SuisseMED@P, alors même qu'il connaissait la longueur des délais pour la mise en place d'une telle expertise, le recourant ayant par ailleurs régulièrement pris contact avec l'intimé pour demander des nouvelles de son dossier (ATAS/1116/2013 du 18 novembre 2013) ; En revanche, elle a nié l'existence d'un déni de justice dans un cas où : - la caisse cantonale de compensation n'avait pas rendu de décision un peu plus de quatre mois après l'opposition de l'assuré, soit dans un délai qui ne violait pas le principe de célérité, ce d'autant plus que le cas ne pouvait pas être qualifié de simple (ATAS/1035/2018 du 7 novembre 2018) ; - la caisse-maladie n'avait pas rendu de décision neuf mois après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral pour instruction complémentaire afin d'établir le tarif hospitalier du canton de Bâle, dès lors que l'instruction complémentaire n'était pas terminée et qu'elle n'avait cessé d'interpeller l'Hôpital universitaire de Bâle à ce

sujet (ATAS/1502/2012 du 19 décembre 2012) ; - l'assurance-accidents n'avait pas versé de prestations à la suite d'une rechute annoncée quinze mois auparavant étant donné que les parties avaient échangé des courriers pendant treize mois dans le but d'aboutir à une solution transactionnelle (ATAS/264/2014 du 5 mars 2014). b. De son côté, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un retard injustifié notamment dans les cas où : - l'OAI n'avait pas rendu de nouvelle décision un peu moins de onze mois après un arrêt de renvoi pour nouveau calcul du montant de la rente. Il a admis que les prétentions en compensation du service social devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire et que se posait également une problématique de chevauchement des indemnités journalières avec le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 241/04 du 15 juin 2006) ; - il s'était écoulé environ quinze mois entre le moment où l'assurée avait requis la prise en charge de son reclassement professionnel et la décision de la Caisse suisse de compensation. Pendant ce laps de temps, cette autorité avait procédé à une trentaine d'interventions, qui s'étaient échelonnées à un rythme soutenu d'une à plusieurs mesures par mois (envoi de questionnaires, production de pièces, consultation du dossier de l'assurance accident, soumission du cas au médecin-conseil, examen de divers problèmes: capacité résiduelle, comparaison des revenus, éventuel droit à une rente). La cause revêtait en outre une certaine complexité en raison de la nationalité et du domicile de l'assurée ainsi que de l'application d'une convention internationale de sécurité sociale (arrêt du Tribunal fédéral 5A.8/2000 du 6 novembre 2000). Le Tribunal fédéral avait rappelé que l'exigence de célérité ne pouvait l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète (ATF 119 Ib 311 consid. 5b). Il avait considéré que, tout au plus, on aurait pu reprocher à la Caisse de compensation d'avoir mené ses investigations de façon peu systématique. Il était ainsi étonnant qu'il ait fallu cinq mois pour constituer un dossier complet à l'intention du médecin-conseil. Une étude préalable et approfondie du cas aurait permis d'éviter les démarches ultérieures en complément d'informations et production de radiographies et, partant, de gagner un certain temps. Ces atermoiements n'avaient cependant, à ce stade, pas retardé de façon intolérable la procédure, ce d'autant plus qu'ils étaient en partie imputables à l'assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 4.2) ; - il y avait eu un intervalle d'environ vingt mois entre le moment où l'OAI avait été en mesure de statuer, soit dans les semaines qui avaient suivi la réception de l'avis du SMR, jusqu'au dépôt du recours. Il a considéré que l'OAI avait activement mené son instruction, ainsi que cela ressortait des rapports médicaux régulièrement versés au dossier jusqu'au dépôt du recours pour déni de justice et que les investigations mises en oeuvre n'apparaissaient pas superflues au point de constituer un déni de justice (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014). En revanche, il a admis un déni de justice dans un cas où : - il s'était écoulé un délai de vingt-quatre 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) ; - un tribunal cantonal avait laissé s'écouler vingt-cinq 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 du Tribunal fédéral 8C_176/2011 du 20 avril 2011) ; - une cause était pendante depuis trente-trois mois et en état d'être jugée depuis vingt-sept mois (ATF 125 V 373). c. La chambre de céans a admis que l'introduction d'un mandat dans la plateforme SuisseMED@P dans un délai de quatre

mois après la notification d'un arrêt de renvoi - en dehors de toute complexité de l'affaire - constitue un retard injustifié dès lors que plusieurs dénis de justice avaient déjà été constatés sur une période de trois ans (ATAS/942/2014 du 27 août 2014). En revanche, elle a considéré que le délai de douze semaines entre la rédaction de l'avis du SMR et l'inscription effective de l'intéressé sur la plateforme informatique SuisseMED@P peut apparaître comme long mais n'est pas excessif (ATAS/93/2018 du 6 février 2018). Le Tribunal fédéral a confirmé que dans un tel cas, il n'y a pas de déni de justice (arrêt du Tribunal fédéral 9C_230/2018 du 4 juin 2018 consid. 3.3). La chambre de céans a également nié l'existence d'un déni de justice dans un cas où aucune décision quant au centre d'expertise désigné n'était encore intervenue dix mois après que l'OAI avait informé l'assurée de la mise en oeuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire car l'introduction du mandat dans le système SuisseMED@P avait été effectué moins de dix jours après la communication à la recourante. Si un délai de près d'une année pour l'attribution d'un mandat par le biais de cette plateforme apparaissait excessif, ce retard n'était pas imputable à l'intimé (ATAS 237/2014 du 26 février 2014). 5. En l'espèce, force est de constater que l'on ne saurait suivre la recourante, et ceci pour les raisons suivantes. a. Comme relevé ci-dessus, en tant que le recours porte sur la demande de subside 2017, il est irrecevable. b. En tant qu'il porte sur l'octroi d'un subside pour l'exercice 2018, il convient de retenir ce qui suit : - La demande de subside 2018 datée du 4 février 2018, est parvenue au SAM le 12 février 2018, et a fait l'objet d'un accusé de réception confirmant l'enregistrement de la demande, sous forme de lettre type, le 13 février 2018, selon les explications non contestées de l'intimé, qui a produit une réimpression dudit courrier, laissant apparaître la date du jour de l'édition (18 septembre 2018) ; ce courrier indique à l'intéressée qu'en raison du volume extrêmement important de correspondance reçue durant cette période par le SAM, ce service ne pourrait probablement pas lui adresser une réponse avant huit semaines. Cette information ne présupait toutefois en rien que le dossier présenté fut complet à cette date, notamment en termes de justificatifs produits, qui à ce stade, hormis la formule de demande de subside annexé au courrier de la requérante, ne comportait en pratique aucun document permettant à l'administration de statuer sur la demande. - Il ressort du dossier et des explications de l'intimé que ce dernier a reçu, le 22 mars 2018, une formule de demande de rendez-vous « urgent ». L'intimé relève que cette formule n'indiquait aucun numéro de téléphone où atteindre l'intéressée. On remarquera toutefois que sous la rubrique « heure de rappel souhaitée », la requérante a indiqué : « il faut m'écrire je suis victime de cybercriminalité et d'usurpation d'identité ». - Le 27 mars 2018 le SAM a encore reçu une liasse de documents divers, faisant état de multiples plaintes de l'intéressée, adressées à diverses autorités administratives ou judiciaires qui pour la plupart, pour autant qu'elles soient compréhensibles, ne permettaient pas à l'autorité de statuer sur la demande de subside. - Raison pour laquelle, par courrier du 13 avril 2018, l'intimé a adressé un nouveau formulaire à l'intéressée, en l'invitant à le retourner dûment rempli et signé, en y annexant copie des fiches mensuelles de salaire et/ou chômage de janvier à mars 2018, ainsi que des justificatifs de tous autres revenus 2018 (rente, indemnités, pensions, allocations, bourses, etc. et enfin un relevé des comptes bancaires/postaux au 31 mars 2018. - Le 26 juin 2018, le SAM a reçu de l'intéressée, par recommandé, une copie du courrier que le SAM lui avait adressé le 13 février 2018, comportant des annotations manuscrites de la part de l'intéressée (" faux document ? Demande de vérification par la police fédérale de la validation ou non ? ?,... ") ainsi qu'une copie d'un courrier adressé par l'intéressée le 20 juin 2018 à Fedpol, pour l'essentiel incompréhensible, sinon que la police fédérale était priée de vérifier ou

valider toute une série de documents, pour la plupart sans relation avec la demande de subside 2018. Il figure également sur ce document, une annotation manuscrite destinée au SAM: « attente d'une confirmation écrite le 22.06.2018 de prise en charge de l'assurance copie : poursuite. Copie : suspicion falsification. ». - Le 7 août 2018, le SAM a à nouveau écrit à la requérante, - cette dernière n'ayant manifestement pas donné suite à la demande de documents selon courrier du 13 avril 2018 - la priant, pour lui permettre de statuer sur son droit au subside, de lui retourner le formulaire annexé, dûment rempli et signé (déjà demandé par courrier du 13 avril 2018), en y joignant la copie de l'avis de taxation 2016 impôts cantonaux et communaux, la copie des décomptes d'indemnités journalières de l'assurance-chômage de mars et avril 2018, ainsi que les justificatifs de tous autres revenus 2018 et des extraits de solde des comptes bancaires/postaux au 31 juillet 2018 ; - Le 9 août 2018, le SAM recevait un courrier de la chambre de céans du 7 août 2018 faisant référence à un entretien téléphonique du même jour avec la greffière de juridiction au cours duquel l'intimé indiquait ne pas avoir reçu le courrier de la chambre des assurances sociales du 17 juillet 2018 lui donnant connaissance du recours pour déni de justice et lui impartissant un délai au 14 août pour répondre. Force est de constater que, depuis le dépôt de la demande de subside 2018 de la recourante, le SAM n'est pas resté inactif, tentant régulièrement d'obtenir de la requérante les documents nécessaires au traitement de sa demande, et réagissant dans des délais convenables aux courriers ou aux communications de pièces nouvelles que lui adressait la recourante. Les demandes de pièces complémentaires précises (courrier du 13 avril et rappel du 7 août 2018) démontrent en tant que de besoin que le SAM poursuivait régulièrement l'instruction de la demande. Il en va toutefois différemment de la recourante, laquelle n'a pas donné suite à la demande de renseignements et documents complémentaires du 13 avril 2018, pas plus d'ailleurs qu'au rappel et demande complémentaire de documents du 7 août 2018, selon les explications non contestées de l'intimé dans sa réponse au recours du 20 septembre 2018. Ainsi, au lieu de simplement donner suite aux demandes de renseignements que lui adressait l'intimé, la recourante qui, dans ces circonstances, eût d'ailleurs été bien mal inspirée de reprocher directement au SAM de tarder à statuer sur sa demande, en lui impartissant au besoin un délai raisonnable pour rendre la décision attendue, a choisi de s'adresser directement à la chambre de céans, en alléguant implicitement un déni de justice, et la priant de se prononcer plutôt sur le fond de la demande que sur l'existence éventuelle d'un retard inadmissible à statuer. On rappellera incidemment que, comme rappelé précédemment, 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). Ainsi on ne saurait reprocher à l'intimé le moindre retard à statuer, le recours étant ainsi mal fondé. c. Quoi qu'il en soit, et par surabondance, la chambre de céans observe que selon la réponse de l'intimé, au 20 septembre 2018 encore, la recourante n'avait pas répondu au courrier du SAM du 7 août 2018, n'avait toujours pas fourni son avis de taxation 2016 : il lui était ainsi toujours réclamé, notamment pour permettre au SAM de statuer sur la demande de subside d'assurance-maladie pour l'année 2018, en particulier pour la période du 1^{er} janvier au 31 juillet 2018; ceci dans la mesure où depuis le 1^{er} août 2018, et pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2018, la recourante bénéficiait du subside d'assurance-maladie entier, en tant que bénéficiaire de prestations de l'Hospice général, une décision lui ayant été notifiée, susceptible d'opposition, par courrier du 11 septembre 2018. Ainsi, en tout état, le recours serait devenu sans objet. 6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). PAR CES MOTIFS, LA

CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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