

GE_GERICHTE A/4006/2013 vom 10. Juni 2014

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4006_2013

FR: GE_GERICHTE A/4006/2013 du 10 juin 2014

IT: GE_GERICHTE A/4006/2013 del 10 giugno 2014

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____, à GENEVE recourant contre CONCORDIA ASSURANCE, Maître Juliane ABGOTTSPON, sise Bundesplatz 15, LUZERN intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) est affilié auprès de Mutuel assurance maladie SA pour l'assurance obligatoire des soins et pour une assurance complémentaire de soins. [endif]>[if> 2. Durant son service militaire, l'assuré n'a pas payé notamment sa prime de mai 2011 et s'est plaint, le 12 juillet 2011 vraisemblablement d'avoir reçu un rappel. Mutuel lui a répondu le 10 octobre 2011 seulement que c'était par erreur que l'assurance n'avait pas été suspendue, et qu'elle l'était désormais jusqu'au 31 mai 2011, de sorte que la prime de mai était annulée. [endif]>[if> Entretiens toutefois, Mutuel a intenté une poursuite no 1_____ pour la prime de mai 2011, notifiée en septembre 2011. 3. Le 28 septembre 2011, l'assuré a "annulé avec effet au 31 décembre 2011 son assurance" auprès de Mutuel. Il se plaignait notamment d'avoir reçu le commandement de payer précité à tort. [endif]>[if> 4. L'assuré a toutefois soldé cette poursuite à l'office des poursuites le 12 octobre 2011, payant ainsi sa prime de mai 2011. [endif]>[if> 5. Mutuel a pris acte de la résiliation par courrier du 21 octobre 2011, précisant que la résiliation de l'assurance obligatoire et de l'assurance complémentaire pouvait avoir lieu avec effet au 31 décembre 2011, à la double condition que le nouvel assureur fournisse, avant l'échéance, une attestation d'assurance et que l'intégralité des primes, participation aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite soient payés avant le changement d'assureur. [endif]>[if> 6. Concordia, Assurance suisse de maladie et d'accident SA (ci-après Concordia ou l'assurance ou l'intimée) a adressé deux offres d'assurance à l'assuré le 5 janvier 2012. Une proposition d'assurance a été signée le 11 février 2012 pour une prime mensuelle de CHF 279,10. La date d'entrée en vigueur a été modifiée du 1 er janvier 2012 au 1 er avril 2012. [endif]>[if> 7. Par pli du 1 er mars 2012, Concordia a attesté à Mutuel que l'assuré était assuré auprès d'elle pour l'assurance obligatoire des soins dès le 1 er avril 2012, précisant que cette attestation d'assurance n'était valable que s'il n'existait pas de prime, de participation aux coûts, d'intérêts moratoires et de frais de poursuite à payer auprès d'assureurs précédents. [endif]>[if> 8. Le 5 avril 2012, Mutuel a indiqué à l'assuré avoir reçu l'attestation de Concordia mais pas de lettre de résiliation, de sorte que la couverture d'assurance était maintenue. [endif]>[if> 9. Le 20 juillet 2012, Mutuel a répondu à Concordia que l'assuré ne répondait pas aux exigences légales, en matière de retard de paiement, de sorte que l'assurance obligatoire avait été maintenue. [endif]>[if> 10. Concordia a confirmé le 14 août 2012 à l'assuré l'annulation du contrat d'assurance avec effet au 31 mars 2012, suite au maintien de l'assurance obligatoire des soins auprès de Mutuel. [endif]>[if> 11. Entretiens, l'assuré avait payé sa prime d'avril 2012 le 3 avril 2012, celle de mai 2012 le 23 mai 2012 et celles de juin et juillet 2012 le 20 juillet 2012.

12. Concordia lui a remboursé la totalité des primes, soit CHF 1'116,40 le 1^{er} octobre 2012.

13. Mutuel a fait notifier à l'assuré un commandement de payer n° 2 _____ en mars 2012, pour la prime de décembre 2011 puis, un commandement de payer n° 3 _____ en juin 2012, pour les primes de janvier à mars 2012. L'assuré a soldé la première de ces poursuites le 2 avril 2012.

14. Par pli du 28 novembre 2012, une connaissance de l'assuré a exigé de l'assurance un rendez-vous afin de clore le litige opposant l'assuré à Concordia et à Mutuel, à défaut de quoi il suspendrait le versement des primes, résilierait les contrats et ouvrirait action auprès du Tribunal compétent.

15. Une entrevue a eu lieu à l'assurance le 23 août 2013.

16. Par pli du 11 septembre 2013 à Mutuel, l'assuré a exposé qu'il avait payé la prime de mai 2011 à l'office des poursuites. Or, ce montant n'était pas dû, de sorte que par compensation, il n'avait pas payé la prime de décembre 2011, ce qui lui avait valu la notification d'un commandement de payer, qui avait déclenché l'annulation de la police auprès de Concordia. Mutuel ayant transmis une information préjudiciable, elle était responsable du dommage causé.

17. Le même jour, l'assuré s'est adressé à Concordia.

18. L'assurance a répondu le 4 octobre 2013 qu'afin d'examiner la possibilité de rembourser éventuellement la différence entre la prime de Mutuel et celle de Concordia, qui aurait dû transmettre l'affiliation sans délai, l'assuré était prié de lui faire parvenir une copie de sa police d'assurance Mutuel valable dès le 1^{er} janvier 2012.

19. L'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 9 décembre 2013 d'une action contre Concordia, concluant à la confirmation de son affiliation à Concordia dès le 1^{er} janvier 2012, à la reconnaissance de la faute de l'assurance et à sa condamnation à la réparation du dommage causé par "l'annulation du commandement de payer du 26 juin 2012 n° 3 _____ du Groupe Mutuel".

20. L'intimée n'ayant pas reçu copie de l'acte déposé, elle n'a pas répondu dans le délai fixé.

21. Lors de l'audience du 4 mars 2014, l'assuré a précisé que, dans la mesure où Mutuel avait refusé de le libérer, Concordia lui avait remboursé les quatre mois de primes qu'il avait versés de janvier à avril 2012. Il avait quitté Mutuel qui avait, à tort, réclamé la prime du mois de mai 2011 et intenté une poursuite pour ce motif. Il a confirmé avoir versé à l'office des poursuites cette prime ainsi que celle de décembre 2011, alors que la prime de mai 2011 n'était pas due. L'intimée a indiqué que l'assuré n'avait jamais été valablement assuré à Concordia, ni au 1^{er} janvier 2012, ni au 1^{er} avril 2012, car Mutuel ne l'avait pas libéré.

22. Le 24 mars 2014, l'assurance a conclu à l'irrecevabilité du recours, subsidiairement à son rejet.

23. L'assuré a fait valoir, le 25 mars 2014, qu'en plus des versements effectués en 2012 à Concordia, il avait versé deux fois CHF 1'000.- les 3 septembre et 8 octobre 2013, précisant que Mutuel portait également une grande responsabilité, dans la transmission d'informations erronées à Concordia. Son action était désormais dirigée contre les deux assurances.

24. Le 10 avril 2014, l'assurance a précisé que les montants versés les 3 septembre et 8 octobre 2013, sans numéro de référence, avaient été crédités sur le compte de la mère de l'assuré, valablement assurée, mais qu'une somme de CHF 2'808.- lui avait été remboursée le 29 octobre 2013, car à l'époque des paiements, le contrat conclu avec l'assuré avait été annulé.

25. Le 28 avril 2014, l'assuré a prétendu que le contrat conclu avec Concordia était entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012 et que le report au 1^{er} avril 2012 était arbitraire.

26. L'assuré a également produit un extrait des poursuites en cours, toutes notifiées par Mutuel, soit les numéros 3 _____ (CHF 1'357,25), 4 _____ (CHF 1'634,65), 5 _____ (CHF 860,95) et 6 _____ (CHF 2'656,30).

27.

Sur quoi la cause a été gardée à juger le 30 avril 2014.![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; 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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).![endif]>![if> 3. 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. 1 er). 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).![endif]>![if> 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'ordonnancement de la procédure (al. 1 er). Les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. Elles sont motivées et indiquent les 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 attaquée. 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).

4. En l'espèce, l'assurance n'a rendu aucune décision et, a fortiori, aucune décision sur opposition, de sorte que le recours de l'assuré n'a pas d'objet et est irrecevable sous réserve de ce qui suit.![endif]>![if> 5. 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. 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).

6. 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 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 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 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 12 décembre 2008, in Plädoyer 3/2009 p. 62). Un délai de dix-huit mois écoulé 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). 7. En l'espèce, l'assuré souhaite obtenir de l'assurance qu'elle l'affilie avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2012 et qu'elle l'indemnise pour le dommage causé par les poursuites intentées à tort selon lui par Mutuel. D'une part, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ait clairement mis en demeure l'assurance de statuer sur des prétentions précises, se contentant de tenir responsable Concordia de l'annulation de son affiliation (et non pas de l'annulation de la poursuite). D'autre part, si l'assurance n'a certes pas été très rapide, elle n'est pas restée inactive. Suite au courrier de l'assuré 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'assuré qu'elle n'était pas en mesure de l'affilier aussi longtemps qu'il restait débiteur de Mutuel. Après le courrier de l'assuré 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'assuré 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. >![if> 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'assuré, puisqu'il appartient d'abord à l'assurance de le faire sous forme d'une décision sujette à opposition. Cela étant, en ne payant pas du tout les primes dues à Mutuel en 2012 et en 2013, malgré le maintien de l'affiliation, l'assuré s'est enfoncé dans une situation qui risque à la longue de lui être préjudiciable, de sorte qu'il aurait intérêt à prendre conseil auprès d'un mandataire professionnellement qualifié, voire une association de défense d'assurés, afin de régler sa situation. L'assurance sera néanmoins invitée à rendre sans délai une décision motivée sujette à opposition, statuant sur les demandes de l'assuré telles que résumées ci-dessus.

8. Le recours pour déni de justice, mal fondé, est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.>![if> **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant**