

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1371/2026

ATAS/634/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 juillet 2026

Chambre 9

En la cause

A_____

recourant

contre

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA

intimée

Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré) a été engagé en qualité de monteur en installations sanitaires par l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur) dès le 6 janvier 2025, au taux de 100%. À ce titre, il était assuré auprès de PHILOS ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : l'assurance) pour la perte de gain maladie LAMal par le biais du contrat collectif de son employeur.
- b.** Le 23 décembre 2025, l'employeur de l'assuré a annoncé à l'assurance une incapacité de travail de celui-ci dès le 13 décembre 2025. Il a joint un certificat médical signé par « C_____ ».
- c.** Par décision du 7 janvier 2026, l'assurance a exclu l'assuré de l'assurance collective de son employeur, au motif que « C_____ » n'existait pas et qu'il s'agissait d'un faux certificat médical.
- d.** L'assuré a formé opposition à cette décision le 18 février 2026, relevant que le document litigieux n'était destiné qu'à son employeur et non à l'assurance.
- e.** Par décision sur opposition du 16 mars 2026, l'assurance a maintenu sa position. L'assuré avait transmis à son employeur un certificat médical acheté sur internet afin de justifier son absence professionnelle. Il ne pouvait ignorer qu'il s'agissait d'un document qui servait à faire valoir des prétentions pécuniaires, quel que soit le destinataire auquel il était adressé. Il avait donc volontairement produit un faux certificat.
- B.** **a.** Par acte du 14 avril 2026, complété le 11 mai 2026, l'assuré a formé recours devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, concluant à son annulation.

Son incapacité de travail était réelle et médicalement constatée. Il était suivi par le docteur D_____, psychiatre. L'exclusion définitive de toute couverture d'assurance apparaissait particulièrement sévère au regard de son état psychiatrique, du suivi médical mis en place, ainsi que du contexte psychologique dans lequel les faits étaient intervenus. Il sollicitait un nouvel examen attentif de sa situation, en tenant pleinement compte des éléments médicaux relatifs à son état psychique durant la période concernée.

b. Le 18 juin 2026, l'assurance a indiqué qu'après examen du dossier, sa décision devait être reconsidérée. Elle l'avait donc annulée et retourné le dossier au secteur compétent afin qu'il prenne les mesures d'instruction ou décisions qui s'imposaient dans le cadre de la gestion administrative. Le recours était donc devenu sans objet et la cause devait être rayée du rôle.

Elle a produit une « décision de reconsidération » datée du 18 juin 2026, annulant la décision sur opposition du 16 mars 2026 et renvoyant le dossier au secteur « Santé Entreprise », afin qu'il reprenne l'instruction médicale du dossier pour établir le droit aux prestations de l'assuré. Selon la décision, après réexamen du

dossier, il apparaissait que l'exclusion du recourant du cercle des assurés ne remplissait pas le critère de proportionnalité.

c. Le 1^{er} juillet 2026, l'assuré a sollicité une prolongation de délai pour se déterminer sur la suite à donner à la procédure.

d. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimée.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2.

2.1 À teneur de l'art. 53 al. 3 LPGA, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision contre laquelle un recours a été formé. Il reprend ainsi le contenu de l'art. 58 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), à teneur duquel l'autorité inférieure peut, jusqu'à l'envoi de sa réponse, procéder à un nouvel examen de la décision attaquée. Si la nouvelle décision rendue pendente lite par l'assureur fait entièrement droit aux conclusions du recourant, en d'autres termes donne entière satisfaction à celui-ci, le recours devient sans objet et la cause doit être radiée du rôle, la décision y afférente de l'autorité de recours devant au surplus statuer sur les frais et dépens en tenant compte de l'intervention des deux parties. Dans le cas contraire, la procédure se poursuit à propos de ce qui reste litigieux, sans qu'il soit nécessaire de recourir contre la nouvelle décision (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb ; 113 V 237 ; 107 V 250 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_22/2019 du 7 mai 2019 consid. 3.1 ; 8C_1036/2012 consid. 3.3 ; 8C_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 et I 278/02 du 24 juin 2002 consid. 2 ; ATAS/393/2021 du 29 avril 2021 consid. 3c ; ATAS/173/2021 du 1er mars 2021 consid. 7b).

2.2 En l'espèce, l'assurance a annulé la décision entreprise et renvoyé le dossier au secteur « Santé Entreprise », afin qu'il reprenne l'instruction médicale du dossier pour établir le droit aux prestations de l'assuré. Elle a relevé que l'exclusion du recourant du cercle des assurés ne remplissait pas le critère de

proportionnalité. Cette décision fait donc entièrement droit aux conclusions du recourant.

La décision attaquée ayant été annulée dans son intégralité, le recours doit être déclaré sans objet et rayé du rôle, décision que le juge qui préside la composition peut prendre seul en application de l'art. 133 al. 4 let. a LOJ.

Le recourant, qui obtient entièrement gain de cause, n'est pas représenté par un mandataire et n'a pas allégué des frais particulièrement importants pour défendre ses droits dans le cadre de la présente procédure de recours, de sorte qu'aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à d'éventuels frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

1. Prend acte de la nouvelle décision rendue le 18 juin 2026 par l'intimée qui annule entièrement sa décision sur opposition du 16 mars 2026.
2. Constate que le recours est devenu sans objet.
3. Raye la cause du rôle.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le