

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1953/2013

ATAS/1102/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 novembre 2013

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur S _____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE, sis route de Frontenex
62, GENEVE

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Par courrier du 25 septembre 2012, Monsieur S _____, domicilié à Genève s'est adressé, par l'intermédiaire de son épouse, au SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE (ci-après le SAM), expliquant que

"Au vu de la situation grave qui est venue se créer par de défaillances techniques diverses au niveau du système et erreurs humains, dont vous avez connaissance, car nous avons eu une longue conversation téléphonique au sujet.

J'ai sollicité et obtenu un entretien comme vous m'aviez conseillé à l'époque avec un responsable de Sanitas pour « repartir à zéro » si la compagnie était d'accord.

Il vous a adressé un courrier dans ce sens car il avait besoin de l'aval du SAM, pour démarrer un contrat.

Le courrier ainsi que les différents appels, sont restés sans réponse..."

L'intéressé a sollicité du SAM qu'il fasse le nécessaire "pour que cette situation soit réglée dans le plus bref délai, au vu de la gravité de la situation et de ses conséquences qui pourraient emmener mon mari à perdre son activité professionnelle avec des suites encore plus catastrophiques. J'ai consulté un avocat. Il interviendra si la situation ne sera pas réglée d'ici au 30 août par une action légale à l'encontre de votre institution et des assurances à la source du litige. Je vous rappelle aussi que depuis trois ans, mon mari n'a aucune couverture d'assurance, car je n'ai pas le droit d'en CHOISIR une, car « le dossier est en cours et ceci est contre la loi »."

2. Renseignements pris auprès des caisses-maladie CSS et SANITAS, le SAM a été en mesure, par courrier du 12 octobre 2012, de confirmer l'historique de son affiliation à l'intéressé comme suit : auprès de la caisse-maladie CSS du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2009, et auprès de SANITAS depuis le 1^{er} janvier 2010, ce sans interruption à ce jour.
3. Le 12 avril 2013, l'intéressé a indiqué qu'il souhaitait avoir un entretien.

Le SAM lui ayant demandé d'en préciser la raison, l'intéressé a finalement expliqué, par courriel du 7 mai 2013, que

"je peux confirmer que c'est bien à vous-même qu'il a été adressé un courrier qui se référerait à un long échange téléphonique sur le sujet houleux du dossier de mon époux, or je vous rappelle qu'à cette occasion vous m'aviez fait part de beaucoup de soucis que le canton de Genève avait avec les assurances etc. etc. et vous étiez prêt à « faire repartir à zéro » le contrat d'assurance avec une compagnie de notre choix pour mettre fin à cet « imbroglio ».

Sanitas était aussi d'accord et attendait votre Ok !..

Or non seulement vous n'avez pas répondu dans le sujet, mais encore vous récusez cette affirmation.

Donc à ce stade je demande expressément de :

1. Revenir sur cette affirmation et engagement, sur laquelle nous avons FAIT CONFIANCE.
 2. Libérer mon époux des obligations envers Sanitas.
 3. Permettre de choisir son assurance LaMal (la moins chère du marché).
 4. Si cela n'est pas de votre compétence passer le dossier à un supérieur qui a le pouvoir d'analyser et statuer."
4. En réponse, le SAM s'est expressément référé à son courrier du 15 octobre 2012 (*recte 12 octobre 2012*) et déclaré qu'il ne pouvait revenir sur sa position.
5. Par courrier du 21 mai 2013 adressé au SAM, l'intéressé a formé une réclamation "envers l'un de vos collaborateurs qui refuse de prendre ses responsabilités sur un engagement pris et de plus qui refuse de donner un rendez-vous pour faire le point d'une situation".
6. Le 31 mai 2013, l'intéressé a saisi la Cour de céans, déclarant que
- "- en 2009 j'ai résilié en bonne et due forme mon Assurance Maladie auprès de CSS je n'ai jamais eu d'accusé de réception ni de confirmation.
 - Par Internet j'ai demandé une offre à Sanitas, un contrat a été généré.
 - Je me suis rendu dans une Pharmacie pour prendre les medics d'une ordonnance, la Pharmacienne m'a dit que je n'étais pas assuré à Sanitas ??? J'ai payé les medics.
 - J'ai immédiatement contacté Sanitas par tel. On m'a dit que je ne suis plus assuré chez eux, la police a été annulée et je peux jeter la carte.
 - Après différents courriers, téléphones, j'arrive à la Direction de CSS qui en la personne de Mme T_____ arrive enfin à dénouer le problème chez eux, avec des excuses.
 - Sanitas envoie tout de même des factures soi-disant le contrat a été réactivé ?? Mais moi je n'ai jamais RIEN SIGNE ni donné un accord quelconque...de plus le rapport de confiance est tombé vu que on m'a éjecté (cf. Courrier pce 2).
 - Conscient de l'obligation de s'assurer selon la LaMal, je commence à chercher une autre Assurance qui me donne confiance vu les deux échecs.
 - Impossible... avec un litige en cours...
-

- Je contacte le SAM pour faire le point, on me dit qu'il y a possibilité selon une loi particulière (sic !) à Genève d'annuler si Sanitas est d'accord et repartir sur une nouvelle Assurance dès le mois prochain.

- Je prends un rdv avec la Direction de Sanitas en la personne de Mr V _____, il est d'accord, il doit contacter Mr U _____ (mon contact au SAM) (pièces assemblés 2 b).

- Ne pouvant pas le joindre par téléphone malgré maints essais il lui adresse un courrier.

- Le SAM récuse sa proposition d'accord... et Sanitas est obligé de refuser l'offre d'annulation de la police (que je n'ai jamais signée).

- Je vois un avocat à la permanence juridique Me Chiesa, il dit que je dois écrire un courrier au SAM pour qu'ils prennent leurs responsabilités, il m'explique que j'ai le droit de choisir mon Assurance, c'est seulement en cas de refus que le SAM attribue une Assurance d'Office, ce qui n'est PAS MON CAS !

- Le courrier est envoyé (pièce 3).

- Je rappelle sans succès... je demande un rdv, qui ne sera jamais accordé !!!

- On me dit d'aller au social ?????????? Mais je ne veux pas de l'aide sociale je demande juste le droit de m'assurer selon les termes de loi LaMal à une assurance de mon choix dans laquelle je peux faire confiance et qui soit acceptable dans mon budget.

- J'ai adressé une lettre à Mr. T _____ directeur du SAM (pièce 4) parce que j'en ai vraiment marre de manque de responsabilité, j'estime avoir le droit de m'exprimer et de mettre les choses au clair et que chacun assume ses erreurs et prenne ses responsabilités. La mienne est celle d'être assuré, faut-il encore me laisser la possibilité de le faire.

- Mais il y a encore autre chose en revenant au début de l'historique c'est que CSS a néanmoins demandé ma mise en faillite alors que le dossier était clos avec les excuses de la Direction... cela m'a coûté environ 1000 CHF du stress de la perte de temps. (pièces assemblées 5).

Toute cette histoire complètement insensée et pleine de contradictions et plus, a causé beaucoup d'ennuis, le plus grave c'est tout récent, à savoir un besoin d'une attestation de poursuites vierge, qui ne l'est pas à cause de ce problème. Cela pourrait m'emmener à perdre une soumission pour un chantier important, dans le cadre de mon activité d'entreprise dans la rénovation.

(Valefer RC CH660.1.295.009-8)

(A titre confidentiel c'est pour le BIT GE et leurs exigences en matière de documents sont très strictes).

Donc si je perds le travail à cause des poursuites je fais quoi ? Qui va payer les conséquences ?

Madame, Monsieur le Juge, je vous demande de bien vouloir examiner mon dossier et m'aider à me faire justice, l'erreur est bien humaine, mais il y a des limites acceptables et d'autres moins surtout quand les conséquences sont assez graves."

7. Invité par le greffe à préciser contre qui exactement il souhaitait diriger son action, l'intéressé a indiqué qu'il entendait agir contre le SAM pour déni de justice.
8. Dans sa réponse du 18 juillet 2013, le SAM a, préalablement, rappelé quelle était sa mission au sens des art. 6 LAMal et 4 LaLAMal. Il a également souligné qu'aucune promesse et/ou engagement n'avait été fait par l'un de ses collaborateurs, ne pouvant quoi qu'il en soit pas promettre le fait d'une assurance-maladie. S'agissant du droit d'être entendu de l'intéressé, il relève qu'il l'a dûment renseigné, par ses courriers des 12 octobre 2012 et 21 mai 2013, et par plusieurs courriels. Il ne saurait dès lors lui être reproché un déni de justice.

Le SAM a dès lors conclu à ce que le "recours interjeté par l'intéressé soit déclaré sans objet, ou à ce qu'il soit rejeté.

9. La Cour de céans a ordonné la comparution personnelle des parties le 3 septembre 2013.
10. Dans l'intervalle, soit le 13 août 2013, l'intéressé a adressé à la Cour de céans un courrier dont la teneur est en tout point identique à celui par lequel il avait saisi la Cour de céans le 31 mai 2013.
11. Par courrier du 17 juin 2013, posté le 19 août 2013, l'intéressé s'est déterminé sur le mémoire de réponse du SAM.
12. Lors de l'audience du 3 septembre 2013, l'intéressé, assisté de son épouse, a déclaré que

« Je confirme que mon mari était à jour dans le paiement des primes d'assurance auprès de la caisse-maladie CSS lorsqu'il a résilié sa police au 31 décembre 2009. La caisse-maladie CSS n'a pris en considération notre résiliation que dans le courant de l'année 2010, soit environ six mois après la résiliation elle-même. J'ai fait appel au SAM sur les conseils d'un avocat d'une permanence juridique. J'ai eu un entretien avec Monsieur U_____ qui m'a expliqué que la seule solution était de demander à SANITAS de "repartir à zéro". Il appartiendrait ainsi à SANITAS, sur la base d'une loi genevoise, de faire la démarche auprès du SAM. Ce dernier pourrait ensuite libérer mon époux de l'affiliation. C'est ce que j'ai fait. J'ai

vu quelqu'un de SANITAS. Cette personne a essayé de joindre Monsieur U_____. En vain. (...)

J'estime que c'est à Monsieur U_____ de régler cette histoire. »

Le représentant du secteur affiliation assurance-maladie du SAM, Monsieur U_____, a quant à lui expliqué que

« Nous avons constaté que la caisse-maladie CSS avait commis une erreur. Nous nous sommes renseignés auprès des deux caisses-maladie. L'historique de l'affiliation a ainsi pu être établi. Pour le SAM, ce qui est essentiel, c'est qu'il n'y ait pas d'interruption de la couverture d'assurance-maladie. Si SANITAS était d'accord de libérer l'assuré plus tôt, il n'y aurait eu aucun problème s'agissant de la couverture, pour autant qu'une nouvelle assurance soit conclue. Le SAM aurait demandé à l'assuré une preuve de la nouvelle couverture. Je précise que je n'ai pas été contacté par Monsieur V_____ de SANITAS.

Il m'est lu le mail adressé à Madame S_____ par Monsieur V_____ le 15 mars 2012 (annexe pièce 7 chargé SAM). Je n'ai pas reçu de demande de la part de SANITAS. Si SANITAS avait formulé une telle demande auprès du SAM, nous l'aurions bien entendu approuvée pour autant que la couverture d'assurance ne soit pas interrompue. Ni SANITAS, ni l'assuré n'avait en réalité besoin de demander notre approbation pour cette résiliation. Je ne m'explique pas pour quelle raison Monsieur V_____ attendait "une décision du canton de Genève" et ce qu'il entendait par là. »

13. Prenant note de ce que Monsieur V_____, chef du service Underwriting de SANITAS ASSURANCE-MALADIE, aurait indiqué à l'épouse de l'intéressé qu'il prendrait contact avec le SAM, afin que SANITAS soit en mesure de le « libérer plus tôt ». La Cour de céans a invité SANITAS ASSURANCE-MALADIE à lui expliquer à quelles démarches précisément, Monsieur V_____ entendait procéder.

Le 3 octobre 2013, SANITAS ASSURANCE-MALADIE a confirmé que Monsieur V_____ avait joué un rôle majeur dans le traitement de ce dossier, mais qu'elle ne pouvait répondre précisément aux questions posées par la Cour de céans, ce collaborateur ayant quitté l'entreprise en mai 2012 déjà. Elle a toutefois été en mesure d'indiquer que, dans le but de statuer sur l'entrée de l'intéressé chez SANITAS, elle avait demandé au SAM de bien vouloir se positionner sur une date d'affiliation, afin que le client ne reste pas sans couverture. Elle a joint une copie de tous les courriers qu'elle avait envoyés à l'assuré.

14. Le 22 octobre 2013, l'intéressé a fait part de ses remarques quant au courrier de SANITAS ASSURANCE-MALADIE, et en conclut que « la situation ainsi semble claire, c'est bien Monsieur U_____ qui n'a pas fait son travail et a même dénié avoir été consulté par SANITAS... et nie aussi son entretien de plus d'une

heure avec moi-même pour m'expliquer les diverses possibilités et la démarche à faire auprès de SANITAS... »

Il transmet également à la Cour de céans :

- un courrier daté du 18 septembre 2013, aux termes duquel la réquisition de faillite concernant l'intéressé est retirée par SANITAS ASSURANCE-MALADIE.
- un jugement rendu par le Tribunal civil le 14 octobre 2013, statuant par voie de procédure sommaire, et déclarant l'intéressé en état de faillite dès le 14 octobre 2013.
- un courrier de l'Office des faillites du 23 octobre 2013 proposant de convenir d'un rendez-vous ensuite du prononcé de la faillite personnelle.

15. Le 29 octobre 2013, le SAM a conclu au rejet du recours.

16. Ces courriers ont été transmis aux parties 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; 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. L'intéressé souhaiterait ne plus être affilié auprès de SANITAS, au motif qu'il n'a plus confiance en cette caisse-maladie. Il a ainsi demandé au SAM de pouvoir "repartir à zéro".
3. Selon l'art. 49 al. 1 et 3 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). 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).

Selon l'art. 52 al. 1 et 2 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'ordonnement de la procédure (al. 1). Les décisions sur opposition

doivent être rendues dans un délai approprié. Elles sont motivées et indiquent les voies de recours (al. 2).

Selon l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (al. 1). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (al. 2).

En vertu du principe de l'unité de la procédure, l'autorité de recours ne peut statuer que sur des points que l'autorité inférieure a examinés. Ainsi, l'objet du litige ne peut s'étendre à des éléments qui ne sont pas compris dans l'objet du recours. Il s'ensuit que l'autorité de recours ne peut examiner et juger, 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. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement au fond ne peut pas être prononcé. C'est pourquoi les conclusions qui vont au-delà de l'objet du litige sont irrecevables (cf. arrêt du Tribunal fédéral 2C 669/2008 du 8 décembre 2008 consid. 4.1; arrêt du Tribunal administratif fédéral B-8243/2007 du 20 mai 2008 consid. 1.4 et les réf. Cit; Ulric MEYER/Isabel VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure administrative, in : Mélanges Pierre MOOR, Berne 2005, p. 439).

4. En l'espèce, le SAM n'a rendu ni décision formelle ni décision sur opposition au sens des art. 49 et 52 LPGA, de sorte que la Cour de céans ne peut rendre aucun jugement au fond.

Elle est en revanche saisie d'un recours pour déni de justice dirigé contre le SAM.

5. L'art. 56 al. 2 LPGA vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative. Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Le caractère raisonnable d'une procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Il faut notamment prendre en considération l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 125 V 188 consid. 2a). À cet égard, la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la loi demeure applicable, la LPGA n'ayant apporté aucune modification à la notion du déni de justice (cf. KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, n. 10, 13 et 14 ad art. 56).

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 celui-ci et le comportement de l'autorité compétente (ATF 124 I 139 consid. 2c, 119 Ib 311 consid. 5b et les références). En particulier, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce

soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure administrative (AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, n. 1243). On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts, qui sont inévitables dans une procédure (cf. ATF 124 et 119 précités), mais une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne sauraient en justifier la lenteur excessive (ATF 122 IV 103 consid. I/4, 107 Ib 160 consid. 3c) ; il appartient en effet à l'État d'organiser ses autorités et de fournir les moyens matériels nécessaires à leur fonctionnement normal, sous réserve qu'à l'impossible nul n'est tenu (cf ATF 119 III 1 consid. 3 ; BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, pp. 170 ss ; KNAPP, Précis de droit administratif, Bâle 1991, n. 633). 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 249 consid. 4a).

Cela étant, 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 (ATFA du 27 mars 2006, cause U 23/05, consid. 6).

6. Il y a à ce stade lieu, afin de déterminer si le SAM a ou non commis un déni de justice à cet égard, de rappeler la mission de celui-ci.

Selon l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile en Suisse. L'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse; elle déploie ses effets dès l'affiliation en cas d'affiliation tardive. La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (art. 5 LAMal).

L'art. 3 al. 2 LAMal délègue la compétence au Conseil fédéral pour excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes. Faisant usage de cette délégation dans le cadre tracé par le législateur, l'autorité exécutive a ainsi prévu l'exception à l'obligation de s'assurer, sur requête, des personnes qui sont obligatoirement assurées contre la maladie en vertu du droit étranger, dans la mesure où l'assujettissement à l'assurance suisse signifierait une double charge et pour autant qu'elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires (art. 2 al. 2 OAMal).

Aux termes de l'art. 6 LaMal,

¹ Les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer.

² L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile."

L'art. 4 LaLAMal précise que

¹ Le service de l'assurance-maladie contrôle l'affiliation des assujettis.

² Conformément à l'article 32 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000, les autorités administratives et judiciaires ainsi que les assureurs et autres organes d'assurances sociales lui fournissent gratuitement, dans des cas particuliers et sur demande écrite et motivée, les données et pièces nécessaires à l'exécution de la LAMal et de la présente loi. Les articles 84 et 84a LAMal sont réservés.

³ L'employeur d'un ressortissant étranger exerçant une activité dépendante et dont l'autorisation de séjour est valable pour moins de trois mois est tenu de l'affilier lorsque l'étranger ne bénéficie pas d'une couverture d'assurance équivalant à celle prévue par la LAMal.

⁴ Les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution de la LAMal et de la présente loi."

Il incombe aux cantons de veiller au respect de l'obligation de s'assurer, mais aussi de statuer sur les requêtes d'exemption. A cet effet, les cantons désignent l'autorité cantonale compétente pour statuer sur ces requêtes (art. 6 LAMal et 10 al. 2 OAMal) et fixent les règles de procédure (RAMA 2000, KV 102 p. 20 consid 4c). En application de cette disposition légale de rang fédéral, le législateur genevois a édicté les art. 4 à 6 de la loi genevoise d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal; RS-GE J 3 05) qui confie cette mission au SAM. Dans ce cadre, l'art. 6 al. 3 LaLAMal prévoit que l'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée et que l'assuré en supporte les frais s'il est en faute. Dans un tel cas, un montant de 50 fr. sera prélevé par l'office (cf. Mémorial du Grand Conseil 1996 25/IV 3013).

7. En l'espèce, il y a lieu de constater que le SAM n'a pas failli à sa mission de contrôler l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins de l'intéressé. L'intéressé a été affilié auprès de la CSS du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2009 et auprès de SANITAS depuis le 1^{er} janvier 2010.

On ne saurait par ailleurs reprocher au SAM de n'avoir pas fait en sorte que l'intéressé ne soit plus affilié auprès de SANITAS, comme il le souhaitait. Il appartient en effet à l'intéressé, et à lui seul, de résilier son contrat auprès de SANITAS et de conclure un nouveau contrat auprès de l'assureur de son choix (art. 4 LAMal).

A cet égard, il y a lieu de rappeler qu'aux termes de l'art. 7 LAMal,

«¹ L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile.

² Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique (office)¹ au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur. (...)

⁵ L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus.

⁶ Lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. »

La Cour de céans relève au surplus que conformément à l'art. 64a al. 4 LAMal, introduit dans la loi par la novelle du 18 mars 2005, en sa teneur en vigueur du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2011, en dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (cf. ATF 9C_477/2008, 9C_660/2007).

Les modalités prévues par l'art. 7 LAMal excluent qu'un candidat au changement d'assureur puisse se trouver sans couverture d'assurance ou puisse subir une interruption de la protection d'assurance; l'affiliation au premier assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur a communiqué à celui-ci qu'il assurait l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (RDAT I 2001 no 61 p. 260; MAURER, op.cit., § 3 let. b/cc, p. 38). Le refus opposé, par un assureur, à un candidat au changement d'assureur n'entraîne pas une interruption de la protection d'assurance; tant qu'un nouvel assureur n'a pas fait savoir au premier qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance, le candidat au changement d'assureur lui reste affilié. Toute autre interprétation est contraire à la loi et incompatible avec les dispositions relatives à la réparation du dommage subi par l'assuré du fait du nouvel ou de l'ancien assureur (ATF 128 V 263).

On ne saurait dès lors reprocher au SAM un déni de justice, ce d'autant moins qu'il a, à chaque interpellation de l'intéressé, répondu de façon adéquate et dans les meilleurs délais.

8. L'intéressé allègue s'être fié aux déclarations tenues par un collaborateur du SAM, selon lesquelles celui-ci était prêt à « faire repartir à zéro le contrat d'assurance avec une compagnie de notre choix pour mettre fin à cet imbroglio »".

Le droit à la protection de la bonne foi est expressément consacré à l'art. 9 Cst. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst., qui est toujours valable (ATF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 387 consid. 3a ; RAMA 2000 n. KV 126 p. 223), l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. Le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les nombreuses références citées).

Pour cela, les conditions cumulatives suivantes doivent être réunies : 1. il faut que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées ; 2. qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de sa compétence ; 3. que l'administré n'ait pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu ; 4. qu'il se soit fondé sur celui-ci pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice ; 5. que la loi n'ait pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (ATF 121 V 66 consid. 2a et les références).

Une autorité ne peut toutefois pas valablement promettre le fait d'une autre autorité (KNAPP, Précis de droit administratif, 4^e éd., p. 108).

9. En l'espèce, l'intéressé a cru que le SAM allait se charger lui-même du changement d'assureur. Or, le SAM ne pouvait précisément pas promettre le fait d'un assureur, la quatrième condition n'étant au surplus pas réalisée.

Il ne peut dès lors être admis dans le cas particulier que le droit à la protection de la bonne foi puisse être valablement invoqué.

10. L'intéressé reproche également au SAM de n'avoir pas accédé à sa demande d'entretien.

Il invoque ce faisant tout d'abord une violation de son droit d'être entendu.

La jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst., qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 127 I 54 consid. 2b, 127 III 576 consid. 2c), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier et celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa, 124 V 180 consid. 1a).

La garantie offerte par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale n'implique pas un droit à être entendu oralement (ATF 130 II 429 consid. 2.1), mais bien celui de prendre position par écrit (ATF non publié du 13 novembre 2002, 4P.195/2002 ; ATF 125 I 219 consid. 9b). Le droit d'être entendu oralement ne peut être accordé que par une disposition légale expresse (cf. Pra 2003 n. 97 consid. 2.6), ce que l'art. 42 LPGa ne prévoit pas (ATFA non publié du 20 septembre 2005, C 128/04 consid. 1.2).

La violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel par l'autorité de recours ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 126 I 70, 126 V 130 consid. 2b et les références).

11. En l'espèce, l'intéressé a pu faire valoir ses arguments dans plusieurs écritures, de sorte que son droit d'être entendu a été respecté. Par ailleurs, en admettant même que son droit d'être entendu ait été violé par le SAM, il faut considérer que cette supposée violation a été réparée puisque la Cour de céans, qui jouit d'un plein pouvoir d'examen, a donné la possibilité à l'intéressé de faire valoir ses arguments.
12. Aussi le recours pour déni de justice est-il rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours pour déni de justice recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Nathalie LOCHER

La présidente

Doris GALEAZZI

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