

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3029/2025

ATAS/973/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 décembre 2025

Chambre 10

En la cause

A_____

recourant

contre

ASSURA-BASIS SA

intimée

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Andres PEREZ, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'assuré) est assuré auprès d'ASSURA BASIS SA (ci-après : la caisse-maladie) au titre de l'assurance obligatoire des soins depuis le 1^{er} janvier 2018. La prime mensuelle s'élève à CHF 544.55 en 2025.
- b.** Par projet de décision du 16 juin 2025, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a reconnu l'assuré totalement incapable de travailler dès le mois de juillet 2021 et l'a informé de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2024, au vu de la date de dépôt de la demande de prestations.
- B.** **a.** Le 22 juillet 2025, l'assuré a informé la caisse-maladie qu'il avait été reconnu invalide à 100% par l'assurance-invalidité dès le 1^{er} juillet 2021 et, dans cette mesure, a sollicité qu'elle suspende sans délai tout prélèvement automatique lié à sa prime mensuelle et qu'elle lui rembourse les montants indûment encaissés depuis cette date à titre de primes de l'assurance-maladie.
- b.** Par lettre du 28 juillet 2025, l'institution de prévoyance a reconnu le droit de l'assuré à des prestations d'incapacité de gain dès le 1^{er} juillet 2021.
- c.** L'assuré a transmis la lettre précitée à la caisse-maladie au début du mois d'août 2025 et relevé qu'elle démontrait la pleine validité de la décision de l'OAI quant à son statut d'invalide, de sorte que sa demande de suspension immédiate des primes de l'assurance-maladie et de remboursement des montants indûment prélevés était fondée.
- d.** Par courrier recommandé du 11 août 2025 adressé à la caisse-maladie, l'assuré a rappelé avoir déjà sollicité à deux reprises une prise de position sur ses demandes, sans avoir reçu le moindre accusé de réception. La situation juridique était parfaitement claire et il avait droit à la suspension des cotisations et au remboursement rétroactif intégral des primes acquittées dès juillet 2021 compte tenu de son statut d'invalide depuis cette date. La caisse-maladie était mise en demeure de faire suite à ses conclusions, à défaut de quoi plusieurs procédures seraient intentées, dont une action judiciaire auprès de l'autorité compétente assortie d'une demande de « dommages-intérêts pour résistance abusive, avec calcul des intérêts moratoires ».
- e.** Par courrier du 28 août 2025, l'assuré a accordé à la caisse-maladie un délai complémentaire de 48 heures pour « accuser réception formellement » de son dossier, « confirmer la suspension immédiate des cotisations » et lui « indiquer les modalités de régularisation et de remboursement rétroactif depuis juillet 2021 ». Il s'est plaint de ce que la caisse-maladie n'avait fourni aucune réponse écrite, ni accusé de réception, ni pris aucune « mesure explicite de traitement » de sa demande.

f. En date du 1^{er} septembre 2025, l'assuré et une employée de la caisse-maladie se sont entretenus par téléphone. Selon les notes prises par cette dernière, elle l'avait informé qu'une rente de l'assurance-invalidité n'exemptait pas du paiement des primes de l'assurance-maladie. L'intéressé sollicitait une réponse écrite.

g. Par lettre du même jour, l'assuré a considéré n'avoir obtenu aucune réponse suffisante et a imparti à la caisse-maladie un ultime délai au 4 septembre 2025 pour faire suite à ses demandes, à défaut de quoi il tenterait diverses procédures.

h. Dans un pli du 4 septembre 2025, l'assuré a constaté être toujours sans nouvelles de la caisse-maladie et l'a donc informée entrer dans une phase contentieuse, dans laquelle il solliciterait le remboursement des primes perçues à tort depuis juillet 2021, soit CHF 13'000.- environ, les intérêts moratoires légaux, l'indemnisation des frais extrajudiciaires et une indemnité pour résistance abusive estimée entre CHF 2'000.- et CHF 5'000.-.

i. Par courrier du 4 septembre 2025 également, la caisse-maladie a indiqué qu'aux termes de la loi, toute personne résidant en Suisse devait être assurée en cas de maladie ; le fait d'être bénéficiaire d'une rente ne mettait pas fin à l'assujettissement. Le contrat de l'assuré ne comprenait par ailleurs pas de prestations en cas de perte de gain. Ce dernier devait donc acquitter les primes et les décomptes de prestations selon les factures en sa possession. Conseil lui était aussi donné de contacter le service de l'assurance-maladie du canton de Genève, en vue d'obtenir un éventuel subside pour la prise en charge des primes.

C. a. Par acte du 5 septembre 2025, l'assuré, non représenté, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'une requête par laquelle il a conclu à la constatation du refus implicite de l'intimée de statuer sur sa demande, à la suspension immédiate de toute cotisation de l'assurance-maladie obligatoire à son égard depuis le 1^{er} juillet 2021, au remboursement rétroactif intégral des primes indûment encaissées entre juillet 2021 et septembre 2025, et à la condamnation de l'intimée au paiement d'intérêts moratoires de 5% dès le 11 août 2025, ainsi qu'au versement d'une indemnité pour résistance abusive.

b. Par mémoire de réponse du 6 octobre 2025, l'intimée a conclu à la radiation de la cause du rôle. Elle avait informé le recourant, tant par contact téléphonique du 1^{er} septembre 2025 que par courrier du 4 septembre 2025, que le fait d'être au bénéfice d'une rente entière d'invalidité ne le dispensait pas du paiement des primes d'assurance-maladie, de sorte qu'aucune prime n'avait été versée en trop depuis le 1^{er} juillet 2021. Si le recourant entendait contester cette position, il lui appartenait d'exiger qu'une décision soit rendue.

c. Par réplique du 7 octobre 2025, le recourant a exposé que la reconnaissance d'un droit à une rente d'invalidité exonérait « de fait » l'assuré du paiement des cotisations à l'assurance-maladie, avec effet rétroactif, et impliquait le remboursement des montants versés à tort. Il avait reçu une sommation officielle

de l'intimée portant sur un montant de CHF 1'129.10 incluant les primes de juillet et août 2025 ainsi que des frais de sommation de CHF 40.-, qu'il contestait. Chiffrant ses prétentions, il réclamait CHF 26'137.- en remboursement des primes acquittées, avec intérêts à 5% sur chaque échéance mensuelle, CHF 4'000.- pour résistance abusive de l'intimée, CHF 6'000.- à titre de préjudice moral et CHF 3'000.- pour compensation de son travail procédural « autogéré ».

d. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimée le 9 octobre 2025.

e. Par écriture spontanée du 12 novembre 2025, le recourant a notamment sollicité les confirmations de la prise en compte de sa réplique et de la clôture de la phase d'échange d'écritures.

f. Le lendemain, la chambre de céans a transmis cette missive à l'intimée et a indiqué au recourant que toutes ses écritures seraient prises en considération. Par ailleurs, les parties ont été informées 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.**

2.1 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'assuré n'est pas d'accord (al. 1). 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 (al. 3).

Selon l'art. 52 al. 1 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.

Conformément à 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).

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). 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'art. 4 al. 4 (art. 62 al. 6 LPA).

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). Dans ce cas, seuls le refus de statuer ou le retard à statuer constituent l'objet du litige soumis au tribunal des assurances et non les droits ou les obligations du droit de fond, sur lesquels l'intéressé a demandé expressément à l'assureur de se prononcer (arrêts du Tribunal fédéral I 328/03 du 23 octobre 2003 consid. 4.2 et 8C_162/2022 du 9 août 2022 consid. 4.2). L'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait donc se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (arrêt du Tribunal fédéral U 23/05 du 27 mars 2006 consid. 6). En ce sens, 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.

2.2 En l'espèce, il doit être constaté que l'autorité intimée ne s'est pas prononcée par le biais d'une décision au sujet des demandes du recourant. La seule réponse écrite qu'elle a apportée consiste en son courrier du 4 septembre 2025, dans lequel elle lui a indiqué qu'être bénéficiaire d'une rente de l'assurance-invalidité ne mettait pas fin à l'assujettissement à la LAMal, de sorte qu'il était tenu de continuer à acquitter les primes. Le recourant était aussi informé qu'il avait la possibilité de requérir auprès de l'autorité cantonale compétente un subside à l'assurance-maladie.

Ce courrier, qui ne contient pas les voies de droit, ni n'est motivé par rapport aux bases légales citées par le recourant dans ses diverses correspondances, ne peut être assimilé à une décision au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA.

Ainsi, en l'absence de décision rendue par l'intimée, seule est à ce stade litigieuse la question de savoir si elle s'est rendue coupable d'un déni de justice. Cela est d'autant plus vrai qu'au moment où il a saisi la chambre de céans, le recourant n'avait pas encore connaissance du courrier du 4 septembre 2025, selon l'exposé des faits de son recours.

Le recours pour déni de justice est par conséquent recevable. Les conclusions du recourant portant sur le fond du litige sont quant à elles irrecevables, la chambre de céans n'ayant pas la faculté de statuer au fond en cas de déni de justice, mais devant renvoyer la cause à l'autorité intimée.

3.

3.1 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 œuvre 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).

L'art. 29 al. 1 Cst. consacre notamment le principe de la célérité ou, en d'autres termes, prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle 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 144 I 318 consid. 7.1 et les références ; 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 (ATF 143 IV 373 consid. 1.3.1 et les références) mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par ex. ; arrêt du Tribunal fédéral 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 ; 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 130 consid. 4 ; 117 Ia 116 consid. 3a ;

117 Ia 193 consid. 1c ; arrêts du Tribunal fédéral I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 et C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2).

Il y a notamment un retard injustifié si l'autorité reste inactive pendant plusieurs mois, alors que la procédure aurait pu être menée à son terme dans un délai beaucoup plus court. Des périodes d'activités intenses peuvent cependant compenser le fait que le dossier a été laissé momentanément de côté en raison d'autres affaires et on ne saurait reprocher à l'autorité quelques temps morts, qui sont inévitables dans une procédure ; lorsqu'aucun d'eux n'est d'une durée vraiment choquante, c'est l'appréciation d'ensemble qui prévaut. Un certain pouvoir d'appréciation quant aux priorités et aux mesures à prendre pour faire avancer l'instruction doit aussi être reconnu à l'autorité. Selon la jurisprudence, apparaissent comme des carences choquantes une activité de treize ou quatorze mois au stade de l'instruction ou encore un délai de dix ou onze mois pour que le dossier soit transmis à l'autorité de recours (arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2022 du 9 août 2022 consid. 5.1 et les références).

3.2 En l'espèce, le recourant s'est manifesté pour la première fois auprès de l'intimée le 22 juillet 2025, date à laquelle il l'a informée de la reconnaissance de son statut d'invalidé par l'OAI, a requis d'être exempté du paiement des primes de l'assurance-maladie et a demandé le remboursement des primes qu'il estimait avoir indûment payées. Il a ensuite, début août 2025, transmis un nouveau document à l'intimée attestant de son invalidité, puis s'est plaint par lettres des 11 et 28 août 2025 de l'absence de réponse formelle de l'intimée et, après l'échange téléphonique du 1^{er} septembre 2025, a de nouveau sollicité qu'elle accuse formellement réception de sa demande et y fasse suite. Le 5 septembre 2025, il a saisi la chambre de céans, après avoir informé la veille l'intimée qu'il considérait désormais l'affaire hors de sa portée, diverses instances allant être saisies. Dans l'intervalle, l'intimée avait rédigé la lettre du 4 septembre 2025 dans laquelle elle indiquait avoir pris bonne note de ce que le recourant était désormais bénéficiaire d'une rente entière de l'assurance-invalidité, ce qui ne l'exemptait cependant pas de l'assujettissement à la LAMal ; elle l'invitait ainsi à payer les primes et décomptes de prestations selon les factures qui avaient été envoyées, tout en l'informant de la possibilité de demander une aide financière auprès du service de l'assurance-maladie du canton de Genève.

Il n'apparaît pas, au vu de ces éléments de fait, que l'intimée se soit rendue coupable d'un déni de justice.

Le temps qui s'est écoulé entre la première annonce du recourant concernant son invalidité et la réponse de l'intimée – un peu plus d'un mois – ne permet pas de considérer que cette dernière a tardé à répondre dans une mesure confinant au déni de justice, malgré les relances du recourant.

À la lecture de ces missives – qui ne contiennent pas de demande claire de notification d'une décision formelle –, il ne peut en effet être conclu que le

recourant sollicitait une prise de position formelle de l'intimée sous la forme d'une décision, mais il apparaît plutôt qu'il souhaitait, en premier lieu, un accusé de réception de sa demande et une réponse écrite au sujet des droits qu'il invoquait.

Les dispositions qu'il invoquait pour fonder ses conclusions et le fait qu'il n'était pas représenté pouvaient par ailleurs légitimement faire supposer qu'il avait avant tout besoin de renseignements quant à la possibilité d'obtenir – ou non – une exonération du paiement des primes LAMal en cas d'invalidité. C'est la raison pour laquelle l'intimée a selon toute vraisemblance jugé utile de prendre contact par téléphone avec le recourant, avant de confirmer par écrit sa position. Or, avant de recevoir cette correspondance, le recourant avait déjà saisi la chambre de céans.

Dans ces circonstances, et considérant le fait que les assureurs sociaux agissent dans le cadre d'une administration de masse et doivent faire face à de nombreuses demandes d'administrés ayant souvent besoin de renseignements, il ne peut être conclu que l'intimée a abusivement refusé de statuer. Il est au contraire vraisemblable qu'elle aurait rendu une décision formelle quant aux prétentions du recourant si celui-ci avait de nouveau affirmé son droit à être exonéré du paiement des primes LAMal après réception du pli du 4 septembre 2025, pour le cas où la chambre de céans n'aurait pas été saisie.

3.3 Au vu de ce qui précède, le recours pour déni de justice doit être rejeté.

Il appartiendra néanmoins à l'intimée de se prononcer dans les meilleurs délais sous forme d'une décision formelle sujette à opposition sur les prétentions au fond du recourant, en examinant expressément si les dispositions et les principes légaux qu'il invoque les justifient. Si tel ne devait pas être le cas, l'intimée devrait motiver son point de vue (*cf.* art. 49 al. 3 LPGA), le recourant, par le biais de la présente procédure, ayant manifesté son désaccord avec la position de sa partie adverse.

Cela étant, compte tenu de ce que le recourant agit en personne, la chambre de céans juge utile de l'informer de ce que – mis à part la possibilité de demander des subsides à l'assurance-maladie auprès du service de l'assurance-maladie, lesquels viennent en déduction de la prime à acquitter si les conditions pour en avoir droit sont données (art. 65 LAMal et art. 19 ss, en particulier art. 29 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05) – les bénéficiaires de rentes de l'assurance-invalidité sont susceptibles, s'ils remplissent les conditions personnelles et économiques, de bénéficier de prestations complémentaires fédérales et cantonales en vertu de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI du 6 octobre 2006 (loi sur les prestations complémentaires, LPC - RS 831.30) et de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25). Le montant pour l'assurance obligatoire des soins fait partie des

dépenses reconnues (art. 10 al. 3 let. d LPC) et est, le cas échéant, directement versé à l'assureur-maladie (art. 21a LPC). En outre, aux termes de l'art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI - RS 831.301) et de l'art. 18 al. 2 LPCC, si la demande de prestation complémentaire est faite dans les six mois à compter de la notification d'une décision de rente de l'AVS ou de l'AI, le droit prend naissance le mois au cours duquel la formule de demande de rente a été déposée, mais au plus tôt dès le début du droit à la rente.

4. Mal fondé, le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours pour déni de justice recevable.
2. Déclare irrecevables les conclusions portant sur le fond du litige.

Au fond :

3. Rejette le recours.
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

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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