

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3457/2013

ATAS/691/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 juin 2014

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE

recourante

contre

CONCORDIA ASSURANCE, à l'attention de Maître Juliane
ABGOTTSPON, sise Bundesplatz 15, LUZERN

intimée

Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Diane BROTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) était affiliée auprès de Mutuel assurance maladie SA pour l'assurance obligatoire des soins et pour une assurance complémentaire de soins.
2. Le 28 septembre 2011, l'assurée a "annulé avec effet au 31 décembre 2011 son assurance" auprès de Mutuel. Elle se plaignait d'avoir personnellement informé l'assurance que son fils était encore au service militaire en mai 2011.
3. 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.
4. 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'assurée le 5 janvier 2012. Une proposition d'assurance obligatoire des soins a été signée le 25 février 2012 avec une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012 et une prime de CHF 411.- par mois, couverture accident incluse.
5. Ce n'est que le 17 avril 2012 que Concordia a attesté à Mutuel que la recourante était assurée auprès d'elle pour l'assurance obligatoire des soins dès le 1er janvier 2012.
6. Le 27 avril 2012, Mutuel a indiqué à l'assurée avoir reçu l'attestation de Concordia mais que la résiliation ne prenait effet qu'à la fin du mois au cours duquel elle avait été transmise, soit au 30 avril 2012.
7. Le 8 mai 2012, Concordia a informé l'assurée de la "dissolution du rapport d'assurance au 31 décembre 2011" et lui a adressé une police d'assurance, entrée en vigueur le 1^{er} mai 2012, avec une prime de CHF 411.- par mois.
8. Fin juin 2012, Mutuel a intenté une poursuite n° 1_____ contre l'assurée, pour le paiement des primes de janvier à mars 2012.
9. Le 4 mai 2012, Concordia a adressé à l'assurée le décompte des primes dues pour la période allant de janvier à juin 2012 inclus, soit CHF 2'466.-. L'assurée a payé ce montant le 23 mai 2012. Ensuite, l'assurée a payé la prime de novembre 2012 le 13 novembre et celle de décembre 2012 le 12 décembre. Courants janvier et février 2013, elle a payé les primes de ces deux mois-là.
10. Représentée par une connaissance, l'assurée a exigé un rendez-vous auprès de Concordia, par pli du 28 novembre 2012, à défaut de quoi elle suspendrait le versement de ses primes ou résilierait les contrats et ouvrirait action devant le Tribunal compétent. Elle souhaitait clore le litige qui l'opposait à Concordia et à Mutuel.

11. Le 8 février 2013, Concordia a adressé à l'assurée un relevé de son compte dont il ressort que le paiement de CHF 2'466.- a été attribué aux primes de mai à octobre 2012 de sorte que, compte tenu du paiement régulier des primes par l'assurée de novembre 2012 à février 2013 inclus, son compte était à jour.
12. Par pli du 11 septembre 2013, l'assurée a fait référence à un entretien oral du 23 août 2013. Il appartenait à Concordia d'arranger la situation directement après Mutuel et, en septembre 2012 déjà, une employée de Concordia s'était engagée à le faire. Or, le rappel de l'assuré du 28 novembre 2012 était resté sans suite. Celle-ci considérait être contractuellement liée avec Concordia depuis le 1^{er} janvier 2012 et rendait Concordia responsable des conséquences, soit un avis de saisie pour CHF 644,70 et une poursuite pour CHF 1'235,40.
13. Par pli du 4 octobre 2013, l'assurance a demandé la production du contrat conclu avec Mutuel pour l'année 2012, afin de rembourser la différence entre les deux primes.
14. L'assurée n'a pas donné suite à ce courrier.
15. L'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 23 octobre 2013 d'une action et a conclu à la confirmation de son affiliation à Concordia dès le 1^{er} janvier 2012 et à la condamnation de la réparation du dommage causé par "l'annulation de l'avis de saisie", le commandement de payer émanant de Mutuel.
16. L'intimée a répondu le 26 novembre 2013 et a conclu à l'irrecevabilité de l'action, la recourante n'ayant pas sollicité de décision, ni de décision sur opposition, avant de saisir la Cour. Au surplus, l'assurance ne contestait pas avoir transmis tardivement l'attestation d'affiliation à Mutuel. Elle était disposée à supporter la différence de prime de janvier à avril 2012, mais l'assurée n'avait jamais produit la police de Mutuel. Par contre, les poursuites intentées par Mutuel contre l'assurée étaient sans lien de causalité avec le retard survenu dans la communication. Subsidiairement, elle a conclu à ce que la recourante produise sa police auprès du Groupe mutuel, le cas échéant qu'il lui soit donné acte de ce qu'elle s'engageait à rembourser la différence de prime supportée de janvier à avril 2012.
17. Lors de l'audience du 4 mars 2014, l'assurée a prétendu avoir payé des primes à Concordia du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012, de sorte qu'il appartenait à Concordia de payer à Mutuel les primes que cette assurance lui réclamait, ainsi que les frais de poursuite. Elle avait été saisie, car Mutuel avait continué à lui réclamer des primes au-delà du 30 avril 2012.
18. Par pli du 24 mars 2014, l'assurance a persisté dans ses conclusions. L'assurée avait payé huit mensualités et non pas douze durant l'année 2012. Au surplus, dans la mesure où la prime LAMal auprès de Mutuel était de CHF 409,80 au lieu de CHF 411.- auprès de Concordia, cette dernière ne devait aucun différentiel.

19. Par pli du 25 mars 2014, l'assurée a persisté à dire qu'elle avait payé les primes de toute l'année 2012.
20. L'assurance a encore précisé, le 10 avril 2014, qu'elle avait effectivement souhaité assurer l'assurée dès le 1^{er} janvier 2012. L'assurée avait toutefois été informée du report d'assurance le 8 mai 2012 déjà, soit juste après l'envoi du premier décompte de primes. Au total, l'assurée avait payé huit mensualités. Au surplus, les montants versés par son fils, de CHF 1'000.-, le 5 septembre 2013 et le 10 octobre 2013 lui avaient été remboursés le 29 octobre 2013.
21. L'assurée a encore maintenu ses conclusions le 28 avril 2014.
Elle a produit un procès-verbal de saisie du 16 décembre 2013, un courrier de la Banque cantonale confirmant le versement de CHF 1'200.- à l'office des poursuites le 15 novembre 2013, suite à une poursuite par voie de saisie.
22. Sur quoi la cause a été gardée à juger le 30 avril 2014.

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).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. 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).
4. 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. 1er). 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).

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. 1er). 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 attaqué. 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).

5. En l'espèce, l'assurance n'a rendu aucune décision et, a fortiori, aucune décision sur opposition, de sorte que le recours de l'assurée n'a pas d'objet et est irrecevable sous réserve de ce qui suit.
6. 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).

7. 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).

8. En l'espèce, l'assuré souhaite obtenir de l'assurance qu'elle l'affilie avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2012 et non pas seulement au 1^{er} mai 2012 et qu'elle l'indemnise pour le dommage causé par les poursuites intentées par Mutuel, qui ont donné lieu à une saisie. D'une part, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée ait clairement mis en demeure l'assurance de statuer sur des prétentions précises, se contentant de tenir responsable Concordia du report de son affiliation et des poursuites de Mutuel. D'autre part, si l'assurance n'a certes pas été très rapide, elle n'est pas restée inactive. Suite au courrier de l'assurée 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'assurée qu'elle était disposée à payer la différence de primes entre celles de mutuel et de Concordia, si ces dernières étaient inférieures. Après le courrier de l'assurée 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'assurée 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.

A cet égard, au vu des conclusions de l'assurance, il est établi qu'elle aurait accepté de verser la différence de primes, mais il s'avère en réalité que celles de Concordia sont plus élevées que celles de Mutuel, ce qui explique peut-être que l'assurée n'a jamais transmis sa police 2012 auprès de Mutuel.

9. 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'assurée, puisqu'il appartient d'abord à l'assurance de le faire sous forme d'une décision sujette à opposition. Cela étant, il ressort du relevé de compte de l'assurance que l'assurée a payé ses primes d'avril à décembre 2012, puis régulièrement celles de 2013, de sorte qu'elle est à jour. Si les deux

versements de CHF 1'000.- qui lui ont été remboursés par l'assurance concernant son fils, cette somme devrait permettre à ce dernier de se mettre à jour partiellement avec Mutuel. Sinon, l'assurée peut consacrer cette somme à payer ses primes Mutuel de janvier à avril 2012, moins élevées que celles de Concordia. Finalement, rien n'indique que la saisie opérée sur son compte soit en lien avec Mutuel ou Concordia. De même, si Mutuel continue à réclamer à tort les primes au-delà d'avril 2012, l'assurée doit s'adresser à cette assurance-là.

10. L'assurance sera néanmoins invitée à rendre sans délai une décision motivée sujette à opposition, statuant sur les demandes de l'assurée telles que résumées ci-dessus.
11. Le recours pour déni de justice, mal fondé, est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.

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

Statuant

1. Rejette le recours dans la mesure de sa recevabilité.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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