

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4270/2025

ATAS/244/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 mars 2026

Chambre 15

En la cause

A_____

recourant

contre

SOCIETE D'ASSURANCE DOMMAGES B_____ SA

intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, présidente ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** Par lettre du 15 novembre 2024, après instruction reprise à la suite d'un arrêt de renvoi de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) du 18 juin 2024 (ATAS/468/2024), la SOCIETE D'ASSURANCE DOMMAGES B_____ SA (ci-après : B_____) a informé A_____ (ci-après : l'assuré) qu'elle avait décidé de prendre en charge les frais médicaux consécutifs à l'accident non professionnel du 18 janvier 2021 et de verser des indemnités journalières de CHF 136.- au-delà du 1^{er} septembre 2022, la nouvelle décision annulant ainsi celle du 26 juillet 2022 que l'assuré avait contestée. Elle a précisé dans son courrier qu'elle prendrait en charge les frais sur présentation des certificats d'incapacité de travail et qu'elle informait les autres assureurs ayant presté à titre provisoire pour que ces derniers puissent faire valoir leur droit aux remboursements. Ce courrier a été adressé à CONCORDIA et à PHILOS GROUPE MUTUEL (ci-après : PHILOS).
- b.** CONCORDIA avait déjà requis, le 30 juillet 2024, de B_____ le remboursement de CHF 4'395.90 (frais d'ergothérapie) versés à titre provisoire à l'assuré (pièce 3 chargé de B_____).
- c.** Le 28 mars 2025, B_____ a sollicité de PHILOS qu'elle lui adresse l'intégralité de son dossier et fasse valoir sa demande de remboursement. B_____ a également requis l'ensemble des certificats d'arrêt de travail concernant l'assuré, en précisant avoir versé les indemnités dues à l'assuré jusqu'au mois de décembre 2022 à ce stade.
- d.** PHILOS s'est contentée d'indiquer par courriel du 13 mai 2025 qu'elle n'allait pas demander de restitution de prestations.
- e.** Par courriel du 19 mai 2025, B_____ a réitéré sa demande de dossier auprès de PHILOS.
- f.** Par courriel du 2 novembre 2025 consécutif à un entretien téléphonique, l'assuré a sollicité de B_____ le versement d'indemnités journalières conformément à sa décision du 15 novembre 2024, en lui reprochant de ne pas avoir requis les certificats d'arrêt de travail de son assurance-maladie (PHILOS). Il a joint les certificats en sa possession (arrêt de travail du 1^{er} décembre 2022 au 16 janvier 2022 (*recte* : 2023), du 17 janvier 2023 au 18 février 2023, du 21 mars 2023 au 5 avril 2023, du 23 mai 2023 au 8 juin 2023, du 9 juin 2023 au 22 juin 2023 et du 7 juillet 2023 au 14 juillet 2023. Il n'avait pas retrouvé les autres et indiquait que s'il le fallait, il les solliciterait du CHUV.
- g.** Faute de réponse de PHILOS, B_____ a, à nouveau, en date du 7 novembre 2025, sollicité le dossier attendu, en précisant que la situation devenait urgente.
- B.** **a.** Le 3 décembre 2025, l'assuré a écrit à la chambre de céans un courrier avec pour objet : « transmission pour information – dossier A/254/2023

ATAS/468/2024 – non-exécution de la décision de l'assurance » et la teneur suivante : « par la présente, je me permets de porter à votre connaissance la situation préoccupante concernant l'exécution de votre arrêt ATAS/468/2024 du 18 juin 2024. Malgré une décision favorable rendue par l'assurance B_____ SA le 15 novembre 2024 suite à votre arrêt, celle-ci refuse à ce jour de procéder au versement des indemnités journalières qui me sont dues, invoquant des prétextes manifestement dilatoires. Je vous transmets ci-joint copie de ma réclamation formelle adressée ce jour à l'assurance, afin de vous informer de cette situation susceptible de nécessiter une nouvelle saisine de votre chambre pour déni de justice ».

b. Le 4 décembre 2025, le greffe de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a ouvert une procédure et a imparté un délai au 6 janvier 2026 à B_____ pour lui faire parvenir ses observations sur le courrier de son assuré.

C. a. Par courriels des 3 et 8 décembre 2025, B_____ a insisté auprès de PHILOS pour obtenir les décomptes de prestations versées à l'assuré en indiquant que, même si PHILOS avait renoncé à solliciter la restitution des prestations versées à titre provisoire, les décomptes étaient importants.

b. Par courriel du 9 décembre 2025, PHILOS a finalement adressé à B_____ les décomptes concernant l'assuré pour la période du 14 décembre 2022 au 14 juillet 2023 (versement de CHF 11'464.95).

c. À la suite de quoi, B_____ a établi son décompte en mentionnant les périodes où l'incapacité de travail de 100% était médicalement attestée, soit du 1^{er} décembre 2022 au 18 février 2023, du 21 mars au 5 avril 2023 et du 23 mai 2023 au 14 juillet 2023, soit des périodes pour lesquelles PHILOS avait presté à titre provisoire. Faute de certificat médical, la période du 19 février au 20 mars 2023 et celle du 6 avril au 22 mai 2023 n'avaient pas donné lieu à des prestations de PHILOS et ne seraient pas indemnisées par B_____.

d. Par courrier du 18 décembre 2025, B_____ a envoyé un décompte à son assuré à teneur duquel ce dernier recevrait 29 jours à CHF 136.- pour la période du 15 décembre 2022 au 12 janvier 2023, car l'assurance perte de gain maladie n'avait pas versé de prestation (délai d'attente), 37 jours à CHF 27.85 pour la période du 13 janvier au 18 février 2023, soit la différence entre les prestations perçues à titre provisoire équivalant à 80% du gain assuré par B_____ (soit CHF 136.- - CHF 108.16 versés à titre provisoire = CHF 27.85), 16 jours à CHF 27.85 pour la période du 21 mars au 5 avril 2023, 53 jours à CHF 27.85 pour la période du 23 mai au 14 juillet 2023, soit un total de CHF 6'896.10.

e. Par courriel du 23 décembre 2025, l'assuré a accusé réception de ce décompte et a contesté le fait que B_____ ne verse que la différence entre ce que PHILOS avait payé et ce que B_____ lui devait, dans la mesure où PHILOS avait renoncé à réclamer la restitution des prestations versées à titre provisoire.

- D. a.** Le 6 janvier 2026, B_____ a adressé ses observations à la chambre de céans. À la suite de l'arrêt rendu le 18 juin 2024, elle avait rendu une décision favorable à l'assuré le 15 novembre 2024. Cette décision avait été exécutée. Il lui avait fallu relancer l'assurance perte de gain maladie pour obtenir le dossier de l'assuré et solliciter ce dernier pour obtenir les certificats d'arrêt de travail nécessaires à l'indemnisation. Elle n'avait reçu lesdits certificats de l'assuré que le 2 novembre 2025 et le dossier de PHILOS que le 9 décembre 2025. Elle avait procédé à un versement complémentaire le 19 décembre 2025, de sorte qu'elle avait traité ce cas dans un délai raisonnable. En raison de ce qui précédait et des règles interdisant la surindemnisation, l'enrichissement et les règles sur la coordination, il convenait de rejeter le recours de l'assuré, frais à charge de ce dernier.
- b.** Le 30 janvier 2026, l'assuré a fait parvenir des observations dans lesquelles il reproche à l'assureur-accidents d'avoir tardé à exécuter sa décision du 15 novembre 2024, son recours ayant été nécessaire et justifié, et avoir établi un décompte de prestations le 18 décembre 2025 erroné, dans la mesure où il ne lui allouait que la différence entre les indemnités journalières qu'il avait déjà perçues à titre provisoire et les indemnités dues par lui-même en tant qu'assureur-accident. Dans la mesure où l'assureur perte de gain maladie avait indiqué renoncer à demander la restitution des indemnités versées à titre provisoire, l'assuré estimait avoir droit à conserver celles-ci et à recevoir en sus l'intégralité des prestations de l'assureur-accidents, à défaut de quoi ce dernier serait enrichi illégitimement. Il a en outre soutenu que B_____ n'avait pas indemnisé les délais de carence prévus par l'assurance perte de gain maladie. En définitive, il prétendait au versement d'indemnités journalières de CHF 136.- par jour et des intérêts moratoires au sens de l'art. 26 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1). Il ajoutait que la défaillance dans la gestion du dossier, l'incertitude sur sa capacité de travail et l'absence de revenus réguliers lui avaient fait perdre son emploi et expliquait, qu'ayant dû conclure une assurance complémentaire individuelle, il avait eu des frais supplémentaires, sans prendre de conclusions à cet égard. Il indiquait en fin de ses écritures avoir fait une demande de certificats médicaux manquants au dossier, en faisant grief à l'assureur-accidents de n'avoir pas sollicité ceux-ci plus rapidement.
- c.** Le 23 février 2026, B_____ en a fait de même et conclu au rejet du recours, à la confirmation de la méthode de calcul appliquée dans son décompte et le rejet de la demande d'intérêts moratoires.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

1.2 Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où l'acte du 3 décembre 2025 a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

En vertu de la LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA).

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

1.3 L'art. 49 LPGA prévoit que 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). 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).

1.4 À teneur de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49, al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée.

Dans ce cas, l'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 2 LPGA).

1.5 En l'espèce, la lettre adressée le 3 décembre 2025 par l'assuré à la chambre de céans pourrait être considéré comme un recours pour déni de justice, car même si l'assuré évoque une éventuelle nouvelle saisine de la chambre, il s'est d'ores et déjà plaint de l'absence de versement de l'indemnité journalière et du retard à statuer.

À ce stade, il sollicitait le versement de prestations.

L'intimée a établi un décompte de prestations qu'elle a adressé à l'assuré, le 18 décembre 2025, ce qu'elle était autorisée à faire selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA.

Il faut dès lors constater que l'assuré avait un intérêt actuel au recours au moment où celui-ci a été formé.

L'intimée a certes établi le décompte de prestations sollicité, mais n'a en revanche pas pris de décision au sens de l'art. 49 LPGA, qu'elle aurait motivée et dans laquelle elle aurait indiqué les voies de droit notamment.

L'assuré ayant indiqué dans sa réplique qu'il n'était pas d'accord avec le décompte de prestations pour divers motifs, il a exprimé sa volonté de contester le décompte. L'assuré peut en effet prétendre à la prise d'une décision formelle par l'intimée, qu'il pourra ensuite contester.

La chambre de céans invitera dès lors l'intimée à statuer conformément à son devoir (art. 51 al. 2 LPGA).

Au vu de ce qui précède, le recours est admis et l'intimée invitée à rendre une décision formelle à brefs délais.

- 2.** Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Invite l'intimée à prendre une décision formelle (art. 51 al. 2 LPGA).

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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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) ; 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

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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