



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4675/2019

ATAS/595/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 juillet 2020

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE

recourant

contre

SANITAS, Service Center Lausanne, sise place Saint-François 1,
LAUSANNE

intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1964, est atteint de divers troubles, dont en particulier une importante dyslexie et dysorthographe. Il a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mars 1992. Il est assuré auprès de SANITAS assurance-maladie (ci-après l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins.
2. Le 18 décembre 2019, l'assuré a déposé auprès de la chambre de céans un recours pour déni de justice dirigé contre l'assureur. Il reproche plus particulièrement à ce dernier de ne pas respecter les instructions données par la chambre de céans dans son arrêt du 6 novembre 2018 (ATAS/1030/2018).
3. Invité à se déterminer dans un délai fixé au 21 janvier 2020, l'assureur s'est borné à déposer successivement des demandes de prolongation de ce délai, les 17 janvier, 21 février, 20 avril et 20 mai 2020.
4. Le 29 mai 2020, la chambre de céans a ordonné la comparution personnelle des parties pour le 23 juin 2020.
5. L'assureur ne s'est pas manifesté dans le dernier délai qui lui a été imparti au 19 juin 2020 pour sa réponse.

Il ne s'est pas non plus présenté à l'audience du 23 juin 2020 et ne s'en est pas excusé.

6. Entendu par la chambre de céans, l'assuré a confirmé avoir reçu la somme de CHF 2'000.- de la part de l'assureur pour solde de tout compte, selon l'arrêt du 6 novembre 2018. Il a également indiqué que la radiation de la poursuite prévue par ce même arrêt avait été effectuée. Il persiste toutefois à demander à ce que « *l'assureur* me notifie des décisions sur opposition s'agissant de primes d'assurance-maladie. Le SPC avait demandé à ce que la franchise de l'assurance-maladie soit fixée au minimum. Or, je persiste à dire qu'il n'y a pas de base légale pour diminuer la franchise sans mon accord. Je produis à cet égard un courrier que m'avait adressé le service de l'assurance-maladie le 9 octobre 2009. Je préfère garder la franchise de CHF 500.- et payer la différence le cas échéant. Je souhaiterais, si cela était possible, qu'une médiation puisse intervenir ».

Il a également produit un échange d'e-mails entre l'assureur et lui-même datés des 22 et 25 février 2016.

7. Le procès-verbal d'audience du 23 juin 2020 a été transmis à l'assureur.
8. Celui-ci a, par courrier du 3 juillet 2020, conclu au rejet du recours. Il se réfère expressément au courrier qu'il a adressé à l'assuré le 26 novembre 2018, selon lequel « conformément à ce qui figure sous chiffre 3 des conclusions de cet arrêt, nous vous informons que nous allons procéder au versement convenu de CHF 2'000.- en votre faveur, pour solde de tout compte concernant l'objet du litige » et produit le justificatif de paiement y relatif.

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. L'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours pour déni de justice.
3. Conformément à 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.

Le retard injustifié à statuer est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst et l'art. 6 § 1 CEDH (qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue [ATF 103 V 190 consid. 2 p. 192]). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 p. 409 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 130 I 312 consid. 5.2 p. 332; 125 V 188 consid. 2a p. 191). À cet égard, il appartient, d'une part, 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. D'autre part, si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques "temps morts", qui sont inévitables dans une procédure, elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur excessive 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. 5.2 p. 332 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).

En droit des assurances sociales, la procédure de première instance est par ailleurs gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est consacré à l'art. 61 let. a LPGA qui 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 54 consid. 4b).

La sanction du dépassement du délai raisonnable consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, la constatation d'un comportement en soi illicite étant en effet une forme de réparation (H 134/02 arrêt du 30 janvier 2003 consid. 1.5; ATF 122 IV 111 consid. I.4). Pour le surplus, 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 (ATF 130 V 90).

4. Il convient en l'espèce de rappeler préalablement que par son arrêt du 6 novembre 2018 (ATAS/1030/2018), la chambre de céans avait rejeté le recours interjeté par l'assuré pour déni de justice. Elle avait toutefois pris acte de ce que l'assureur avait proposé, dans ses écritures du 15 juin 2018, sans préjudice et sans reconnaissance d'une obligation légale, de verser à l'assuré la somme de CHF 2'000.- pour solde de tout compte et l'y avait condamné en tant que de besoin, et de ce que l'assureur avait demandé, par courrier adressé à l'office des poursuites le 26 février 2018, la radiation de l'acte de défaut de biens n° 07 241076 P.

L'assuré a confirmé, lors de sa comparution du 23 juin 2020, que l'assureur lui avait versé la somme de CHF 2'000.- et que la poursuite qui avait été dirigée contre lui avait été radiée.

Il y a ainsi lieu de constater que l'assureur a, contrairement à ce que soutient l'assuré, correctement donné suite à l'arrêt du 6 novembre 2018.

On ne comprend à cet égard pas, dans ces conditions, que l'assureur ait jugé utile, dans son courrier du 3 juillet 2020, de démontrer qu'il avait bel et bien versé à l'assuré la somme de CHF 2'000.-.

5. L'assuré reproche à l'assureur de ne pas s'être exprimé sur la question de la franchise annuelle ramenée au montant minimum de CHF 300.-, sur demande du service de l'assurance-maladie (SAM), du fait qu'il est au bénéfice du subside d'assurance-maladie (art. 65 al. 1 LAMal).

Il souhaiterait qu'une franchise plus élevée lui soit appliquée afin de voir le montant de sa prime d'assurance-maladie diminué en contrepartie.

Il est vrai que dans le cadre de la procédure dont l'issue a été son arrêt du 6 novembre 2018, la chambre de céans avait déjà pris connaissance du courrier du SAM du 9 octobre 2009, et l'assureur avait déjà eu l'occasion de se déterminer sur la question du montant de la franchise. Force est toutefois de constater qu'il n'a pas rendu de décision à cet égard, de sorte que son inaction constitue clairement un déni de justice. L'assureur est en conséquence invité à notifier à l'assuré une décision relative au montant de la franchise, ce dans les meilleurs délais.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours pour déni de justice recevable dans le sens des considérants.

Au fond :

2. L'admet.
3. Invite l'assureur à rendre une décision relative au montant de la franchise, ce dans les meilleurs délais.
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

Nathalie LOCHER

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