

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4970/2017

ATAS/1030/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 novembre 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE

recourant

contre

SANITAS, Service Center Lausanne, sise avenue de la Gare 1,
LAUSANNE

intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Dana DORDEA, 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 1er mars 1992. Il est assuré auprès de SANITAS assurance-maladie (ci-après l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins.
2. Le 18 décembre 2017, l'assuré a déposé auprès de la chambre de céans un recours pour déni de justice dirigé contre l'assureur.
3. Invité à se déterminer, l'assureur a indiqué, le 12 janvier 2018, qu'il ne comprenait pas l'objet du litige et le motif de la contestation.
4. La chambre de céans a ordonné la comparution personnelle des parties pour le 27 février 2018.
5. Par courrier du 23 février 2018, l'assureur a prié la chambre de céans d'annuler, voire de reporter, l'audience prévue au motif que

« L'historique des pièces en notre possession concernant notre assuré précité nous laisse fortement supposer que l'objet de son interrogation, respectivement les motifs de sa réclamation se rapportent toujours aux mêmes causes, déjà abordées dans le PV de comparution personnelle des parties rendue par la Cour de Justice du canton de Genève en date du 9 décembre 2014. »

L'assureur a par ailleurs rappelé qu'il avait, le 11 décembre 2014 déjà, demandé à l'office des poursuites et faillites la radiation des actes de défaut de biens.

Il confirme que la franchise annuelle a été ramenée à CHF 300.- conformément au courrier du service de l'assurance-maladie du 9 octobre 2009, selon lequel l'assuré est au bénéfice d'un subventionnement cantonal du subside d'assurance-maladie. Il est vrai qu'avec une franchise de CHF 500.-, il aurait bénéficié d'une déduction de CHF 13.30 par mois sur sa prime, mais n'aurait en réalité pas réalisé d'économies, puisqu'en contrepartie, il aurait dû supporter CHF 200.- de franchise supplémentaire à l'année, représentant une perte de CHF 40.40.

Il souligne qu'en sa qualité d'assureur pratiquant l'assurance de base obligatoire des soins selon la LAMal, il doit soumettre le montant de ses futures primes à l'OFSP.

Il indique qu'il s'est régulièrement acquitté de ses obligations légales vis-à-vis de ses assurés s'agissant de la compensation des primes. L'assuré a ainsi été crédité d'un montant de CHF 79.- pour 2015, de CHF 57.30 pour 2016 et de CHF 112.30 pour 2017.

Il se réfère aux explications données dans son courrier du 7 mai 2014 concernant l'accident dont l'assuré a été victime en 2012.

L'assureur rappelle enfin que par arrêt du 31 juillet 2012, la chambre de céans avait rejeté le recours déposé par l'assuré pour déni de justice.

6. Le 23 février 2018, la chambre de céans a informé l'assureur qu'elle maintenait l'audience au vu des difficultés rencontrées par l'assuré pour s'exprimer par écrit.
7. Lors de l'audience du 27 février 2018, l'assureur a ainsi été excusé. L'assuré a déclaré que :

« Je confirme que je recours contre SANITAS pour déni de justice pour les raisons suivantes :

J'ai recouru à nouveau dans l'idée d'entretenir ma demande concernant des décisions sur opposition que devrait rendre SANITAS depuis 2002.

1^{er} point :

Je me réfère à l'arrêt du TCAS rendu le 19 mai 2015 (ATAS/365/2015). Il y est fait état de ma plainte concernant les actes de défaut de biens. Je prends note que dans son courrier du 23 février 2018, SANITAS annonce qu'il va s'enquérir de la situation auprès de l'Office des poursuites et faillites de Carouge et nous rendre une réponse sur ce point précis aussitôt. Je précise de quels numéros de poursuite il s'agit :

- 07 241076 P (CHF 486.35)

- 02 169827 S (CHF 130.90)

Des actes de défaut de biens m'ont été délivrés pour ces deux poursuites.

Je souhaiterais que SANITAS fasse radier ces actes de défaut de biens et produise le document y relatif.

2^{ème} point :

J'ai été victime d'un accident le 20 février 2012. Je me suis encoublé sur des tuyaux en sortant de chez moi, suis tombé sur le menton et ai subi un dommage sur une dent. J'ai déclaré l'accident à SANITAS, j'ai fourni tous les documents SSO et j'ai demandé qu'il me fournisse la garantie qu'il prendrait en charge les frais de dentiste. J'aurais également voulu que SANITAS se retourne contre le maître d'ouvrage responsable du fait que des tuyaux traînaient par terre. SANITAS m'a répondu le 7 mai 2012 en disant qu'aucune réglementation légale spécifique à un assureur social doit prendre en charge les coûts d'un représentant juridique dans le cadre d'autres litiges. SANITAS refuse dès lors de m'accorder un soutien juridique dans le cadre de la responsabilité civile.

Je ne suis finalement pas allé chez le dentiste avant d'avoir la garantie que mes frais seraient payés, parce que le devis n'aurait pas été gratuit.

Je considère que SANITAS botte en touche.

3^{ème} point :

Je rappelle que selon l'arrêt du 19 mai 2015, « Le 15 avril 2015, l'assureur a produit l'arrêt rendu par le Tribunal administratif le 15 janvier 2002 dans la cause A/361/2001, et souligne qu'il ne peut plus dire après dix ans s'il y a eu ou non un paiement de CHF 1'000.- versé en faveur de l'assuré en février 2002 ».

Je considère que SANITAS fait preuve de mauvaise volonté. En effet, tous les documents sont transmis à l'Office fédéral de la santé publique. Tout est archivé. Il

n'y a pas de raison qu'on ne retrouve pas trace de ce versement du montant de CHF 1'000.- s'il a bien été effectué.

Je rappelle que selon l'arrêt du 19 mai 2015, « L'assureur ne peut par ailleurs pas non plus prouver qu'il a versé à l'assuré la somme de CHF 1'000.-, au paiement de laquelle il avait été condamné par le Tribunal administratif.

Or, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3).

Il y a dès lors lieu d'inviter l'assureur à verser ladite somme à l'assuré ».

J'ai fait preuve de beaucoup de patience jusqu'à présent. J'aimerais enfin l'exécution de ce jugement du 19 mai 2015, notifié le 8 juin 2015, soit le paiement des CHF 1'000.- plus intérêts à compter du 8 juillet 2015. Je réclame une indemnité de CHF 10'000.- pour tort moral pour tous les jugements rendus en ma faveur depuis 2002, et non exécutés. Je serai le cas échéant d'accord de discuter du montant de cette indemnité. Si la chambre de céans n'était pas compétente pour statuer sur une demande de tort moral, je demande à ce que la demande soit transmise à l'autorité compétente.

4^{ème} point :

J'ai contesté qu'un montant de CHF 2.75 par mois m'ait été facturé en relation avec les primes d'assurance-maladie en 2016. SANITAS m'a répondu que c'était obligatoire et que du reste j'étais au bénéfice du subside LAMAL. Je ne paie du reste plus les 10% à ma charge pour exercer un moyen de pression sur l'assurance. Je produis la réponse de SANITAS du 25 février 2016.

5^{ème} point :

J'ai reçu un courrier de SANITAS le 11 décembre 2017 concernant mes séances de physiothérapie. Il exige la production d'un rapport médical détaillé ainsi qu'un projet thérapeutique auprès du médecin-conseil pour d'éventuelles nouvelles séances de physiothérapie dès 2018.

Il s'agit là d'un abus de la part de SANITAS qui me « bride ». J'ai en effet droit à 36 séances par année sans avoir besoin de les justifier médicalement. Il suffit d'avoir des bons de médecins pour 9 séances.

J'aimerais qu'une fois pour toute, on puisse tourner la page.

Je relève qu'en cas de divergences entre un assureur et un assuré, il est possible de faire appel à un médiateur ».

8. Le 15 juin 2018, l'assureur s'est déterminé comme suit :

« Ad 1 : Suite à l'information du registre de poursuites du 23 février 2018 (v. annexe 1) le service du contentieux a demandé la radiation de l'acte de défaut de bien avec lettre du 26 février 2018 (v. annexe 2).

Ad 2 : Le catalogue des prestations de la LAMaI (art. 25 - 31) ne prévoit pas que les assurés ont droit à un représentant juridique payé par l'assureur dans un litige contre un fournisseur de prestations.

Ad 3 : Sanitas n'a pas l'obligation de garder les ordres de virement plus de dix ans. Néanmoins et pour faire preuve de bonne volonté, Sanitas propose - sans préjudice et sans reconnaissance d'une obligation légale - de verser à M. A_____ la somme de Fr. 2000.- pour solde de tout compte.

Ad 4 : Nous nous référons à notre lettre du 25 février 2016 et nous soutenons que la facturation en 2016 fait suite à une loi fédérale. La réaction de M. A_____ est contre-productive et ne provoque que des complications et coûts supplémentaires.

Ad 5: La LAMaI ne prévoit pas un droit sans réserve à 36 séances par année. L'art. 36 LAMaI dit que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMaI doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement. La production d'un rapport médical est la base de ce réexamen ».

9. Par courrier daté du 14 juin 2018, mais reçu par la chambre de céans le 4 juillet 2018, l'assuré a considéré que « voici une nouvelle preuve que l'assureur est corrompu, fait fi des lois et ne fait que suivre ses propres lois ». Il invite dès lors la chambre de céans à prononcer une amende maximale et à condamner l'assureur à lui verser « la somme de CHF 5'888.- pour tort moral, etc. ». Il relève que son état de santé se dégrade dès qu'il reçoit des lettres de la chambre de céans. Il demande une nouvelle comparution personnelle des parties pour convenir du montant des pénalités.
10. Le 16 juillet 2018, l'assuré a adressé à la chambre de céans un courrier reprenant vraisemblablement, pour autant que l'on puisse le lire, ses précédents arguments.
11. Ces courriers ont été adressés à l'assureur 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 - 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 (LAMaI - 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'Etat 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 p. 61).

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. En l'espèce, il apparaît que l'assureur a répondu le 15 juin 2018 aux différents griefs soulevés par l'assuré dans son recours du 18 décembre 2017, utilement complété par ses déclarations du 27 février 2018 (cf. PV de comparution personnelle). Il s'avère que l'on ne saurait reprocher à l'assureur un quelconque retard injustifié à se déterminer face aux différentes demandes de l'assuré, de sorte que le recours pour déni de justice est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

Cela étant, la chambre de céans prend acte de ce que l'assureur a 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 qu'il a demandé, par courrier adressé à l'office des poursuites le 26 février 2018, la

radiation de l'acte de défaut de biens qui lui avait été délivré dans le cadre de la poursuite n° 07 241076 P.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours pour déni de justice recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Prend toutefois acte de ce que l'assureur a 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.
4. L'y condamne en tant que de besoin.
5. Prend également acte de ce que l'assureur a 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.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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