

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/140/2008

ATAS/

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 26 mars 2008**

En la cause

Enfant A \_\_\_\_\_, soit pour lui ses parent, A \_\_\_\_\_,  
domiciliés à BASSINS, représenté par DAS, Protection juridique  
SA

recourant

contre

INTRAS ASSURANCES SA, sise rue Blavignac 10, CAROUGE

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique  
JECKELMANN, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. L'enfant A\_\_\_\_\_, est assuré dès le 1<sup>er</sup> juin 2006 auprès de SANSAN ASSURANCES SA pour l'assurance obligatoire des soins ainsi que les assurances complémentaires TOP, SANA et HOSPITAL +, assurance complémentaire d'hospitalisation ECO en division commune dans toute la Suisse. Sa mère, Madame A\_\_\_\_\_ est assurée auprès d'INTRAS ASSURANCES SA pour l'assurance obligatoire des soins "MINIMA", ainsi que pour les assurances complémentaires "DUE +", "QUADRA + privé", ainsi qu'une assurance complémentaire "DENTA".
2. La mère de l'enfant a accouché auprès de l'hôpital de la Tour. Après la naissance de son fils, Madame A\_\_\_\_\_ a fait parvenir à sa caisse-maladie INTRAS deux factures, dont l'une établie par la Dresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pédiatrie et en néonatalogie, d'un montant de 1'625 fr. Une deuxième facture établie par l'hôpital de la Tour d'un montant de 2'467 fr. concerne des prestations ayant trait aux soins de l'enfant, pension et soins infirmiers notamment.
3. Par courrier du 9 août 2005, INTRAS ASSURANCES SA, agence de Lausanne, (ci-après la caisse) a refusé de prester au motif que les frais supplémentaires de maternité sont à la charge d'une éventuelle assurance complémentaire au nom de l'enfant.
4. Le 14 décembre 2005, Madame A\_\_\_\_\_ a renvoyé copies des factures à la caisse, faisant valoir qu'elle ne voyait aucune raison empêchant le remboursement des deux factures. Elle a joint à son courrier copie d'un courrier de SANSAN ASSURANCES SA du 25 juillet 2005 refusant l'octroi de prestations en faveur de A\_\_\_\_\_ ; l'assurance a expliqué que les frais de soins et de séjour pour les nouveaux-nés en bonne santé durant la période de repos de la mère après la naissance doivent être pris en charge par l'assureur maladie de la mère. En effet, les soins pour les nourrissons en bonne santé doivent être considérés comme faisant partie de ceux prodigués à la mère.
5. Par courrier du 24 novembre 2006, DAS Protection juridique SA, représentant les intérêts de l'enfant A\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_, a contesté la position de la caisse et a requis de sa part la prise en charge des factures de l'hôpital de la Tour ainsi que de la Dresse L\_\_\_\_\_, ce au titre de la LAMAL. S'agissant de la facture de l'hôpital de la Tour, le mandataire a conclu à ce que la caisse prenne en charge à tout le moins le montant usuel prévu en cas d'hospitalisation en division commune dans un hôpital cantonal.
6. Par courrier du 21 décembre 2006 adressé à DAS Protection juridique SA, la caisse a relevé que le forfait journalier à payer dans l'assurance obligatoire des soins pour une hospitalisation dans une clinique se montait en 2005 à 477 fr. par jour, ainsi

qu'un forfait d'admission de 630 fr. Ce calcul englobe également les frais liés à la maternité et par conséquent les frais du bébé en bonne santé, lors de séjours en division commune avec la mère après l'accouchement, sont compris dans ce forfait. La caisse estimait avoir respecté la LAMAL. Pour ce qui concerne le solde des frais du nouveau-né pour la division privée, la caisse relevait que selon les conditions spéciales de l'assurance complémentaire "QUADRA +", les frais de pension et de traitement du nouveau-né assuré auprès d'INTRAS pour l'assurance obligatoire des soins LAMAL sont prises en charge aussi longtemps qu'il est hospitalisé avec sa mère.

7. Le 11 janvier 2007, DAS Protection juridique SA a requis de la caisse le détail des factures qui lui avaient été soumises concernant l'accouchement de Madame A\_\_\_\_\_, ainsi que le remboursement effectué à cette dernière, afin de contrôler si tous les frais avaient été remboursés.
8. Par courrier du 8 février 2007, le mandataire de l'assuré a écrit à la caisse, persistant dans ses conclusions et a sollicité une décision sujette à opposition.
9. Par courrier du 28 février 2007, INTRAS ASSURANCES a répondu qu'il ne lui appartenait pas de prendre en charge les deux factures en cause.
10. Par courrier recommandé du 15 mars 2007, DAS Protection juridique SA a formé opposition au courrier du 28 février 2007, qu'il a considéré comme étant une décision formelle. Il a conclu, au nom et pour le compte de l'enfant A\_\_\_\_\_, soit pour lui ses parents, à la prise en charge des factures en 1'625 fr. et 2'467 fr. Le mandataire a adressé quatre rappels à la caisse afin d'obtenir une décision sur opposition, en vain.
11. Le 16 janvier 2008, DAS Protection juridique SA, agissant au nom et pour le compte de l'enfant A\_\_\_\_\_, représenté par ses parents, a déposé par-devant le Tribunal de céans, un recours pour déni de justice à l'encontre de INTRAS ASSURANCES SA, à Carouge (GE). Il conclut à ce que le Tribunal ordonne à la caisse de rendre sans délai une décision sur opposition formelle et dûment motivée, sous suite de dépens.
12. Dans sa réponse du 15 février 2008, la caisse relève préalablement qu'elle gère des prestations d'assurances complémentaires selon la LCA et qu'elle n'est pas une assurance sociale, de sorte que la LPGA n'est pas applicable. Elle conclut à l'irrecevabilité du recours, arguant que le Tribunal des assurances compétent est le Tribunal des assurances du canton de Vaud, dès lors que A\_\_\_\_\_ et ses parents sont domiciliés à Bassins. Pour le surplus, la caisse conclut au rejet du recours et à ce que les frais de la procédure soient mis à la charge du recourant.
13. Ces écritures ont été transmises au recourant en date du 20 février 2008 et la cause gardée à juger.

14. Le 19 février 2008, le mandataire du recourant a fait parvenir au Tribunal de céans copie d'une décision en constatation rendue par la caisse, direction générale à Carouge, le 14 février 2008, au terme de laquelle les factures ne peuvent pas être prises en charge. Selon le mandataire, cette décision ne met pas fin au litige, et au surplus elle ne répond pas aux exigences de motivations prévues par la LPGA, dans la mesure où il incombe à la caisse d'expliquer au recourant pour quelle raison son raisonnement serait erroné, afin qu'il puisse comprendre juridiquement les raisons du refus de prise en charge. Le mandataire relève également que par le biais de cette décision constatatoire, l'intimée souhaite éviter l'allocation de dépens en faveur du recourant, alors même que le recours interjeté pour déni de justice a été rendu nécessaire de par l'attitude inacceptable de la caisse. Pour le recourant, une telle attitude est téméraire.
15. Ces écritures ont été communiquées à la caisse en date du 22 février 2008.
16. Le 17 mars 2008, le mandataire du recourant a communiqué au Tribunal copie de l'opposition formée le 14 mars 2008 auprès de l'intimée.
17. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), ainsi que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 30 mars 1981 (LAA).

Sa compétence matérielle pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Selon l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud ; en revanche, la caisse intimée a son siège social à Genève. Il s'ensuit que le Tribunal de céans est également compétent *ratione loci*.
3. Aux termes de l'art. 49 al. 1 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. Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA). Les

prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA).

Selon l'art. 56 al. 2 LPGA, 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. 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 non publiés K. et J. du 23 octobre 2003, [I 328/03], consid. 4.2 et [K 55/03], consid. 2.4; cf. Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, ch. 12 et 13 ad art. 56). En procédure fédérale subséquente (art. 62 al. 1 LPGA), l'objet du litige est également limité au refus de statuer ou au retard à statuer de l'assureur, à l'exclusion des droits ou obligations du droit de fond (arrêt J. précité consid. 1.3).

En l'occurrence, le recours pour déni de justice au titre des prétentions ayant trait à la LAMal est recevable.

Concernant les assurances complémentaires, il sied de relever qu'elles sont soumises à la loi sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) et que la LPGA n'est pas applicable. En matière de LCA, les assureurs ne sont pas tenus de rendre une décision formelle, de sorte que les assurés doivent faire valoir leurs prétentions par le biais de l'action en justice par-devant le tribunal compétent. En conséquence, le recourant ne saurait se plaindre d'un déni de justice selon la LCA.

4. En l'espèce, après le dépôt du recours, l'intimée a notifié à l'assuré une décision formelle en date du 14 février 2008, munie des voies de droit, de sorte que le recours est devenu sans objet. Le recourant conclut toutefois à l'octroi de dépens.

Lorsque le recours est déclaré sans objet, le recourant peut prétendre à des dépens, pour autant que les chances de succès telles qu'elles se présentaient avant que le recours ne devienne sans objet, le justifient (RAMA 2001 p. 76).

5. L'art 56 al. 2 LPGA vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative. Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause. Il faut notamment prendre en considération l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans

rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 125 V 191 consid. 2a). Sur ce point, la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la loi demeure applicable, la LPGA n'ayant apporté aucune modification à la notion du déni de justice (cf. KIESER, op. cit., ch. 10, 13 et 14 ad art. 56).

Selon la jurisprudence, 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).

Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause. Il convient de se fonder à ce propos sur des éléments objectifs. 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 C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; ATF 124 I 142 consid. 2c, 119 Ib 325 consid. 5b et les références citées), mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple ; Pierre MOOR, Droit administratif, vol. II « Les actes administratifs et leur contrôle », 2ème éd., Berne 2002, p. 292 et la note n°699 ; ATF C 53/01 du 30 avril 2001).

Il appartient par ailleurs au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c, p. 158 s.). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative (HAEFLIGER/SCHÜRMAN, op. cit., p. 203-204; AUER / MALINVERNI / HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, n. 1243). La durée du délai raisonnable n'est pas influencée par des circonstances étrangères au problème à résoudre.

6. Le Tribunal de céans constate que le recourant, au cours des nombreux échanges de courriers avec l'intimée depuis fin 2005, n'a eu de cesse de réclamer une décision formelle dûment motivée, en vain. Après avoir formé opposition en date du 15 mars 2007, il a requis de l'intimée une décision sur opposition. Après quatre rappels dont une mise en demeure, il a finalement déposé un recours le 18 janvier 2008, se plaignant d'un déni de justice.

Force est de constater que l'intimée, sans raison apparente, a mis onze mois pour rendre une décision sur opposition, et encore seulement après le dépôt du recours pour déni de justice. Le retard est d'autant moins compréhensible que des mesures

d'instruction n'ont pas été nécessaires et que la question ne revêt pas une complexité particulière. Il apparaît ainsi que le sort du recours visant à constater un déni de justice n'était pas dénué de chances de succès.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que si l'intimé avait statué conformément à la demande du recourant, cela aurait permis d'éviter le procès pour déni de justice et, par conséquent, des frais inutiles. Il se justifie en conséquence d'octroyer au recourant, représenté par un mandataire, une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'occurrence à 1'000 fr.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

1. Prend acte de la décision rendue par l'intimée le 14 février 2008.
2. Constate que le recours est devenu sans objet.
3. Condamne INTRAS ASSURANCES SA à payer au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Raye la cause du rôle.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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