

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1411/2010

ATAS/157/2011

**ARRET**

**DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Du 16 février 2011**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame S\_\_\_\_\_, domiciliée au Lignon, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI      **recourante**

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, rue du Nord 5,      **intimée**  
1920 Martigny

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Monsieur STOLLER FÜLLEMANN et  
Christine BULLIARD MANGILI, Judges assesseurs**

---



Vu le recours pour déni de justice du 20 avril 2010 de Madame S\_\_\_\_\_ contre le GROUPE MUTUEL ASSURANCES SA;

Vu la suspension de la cause, d'accord entre les parties, par ordonnance du 29 juin 2010;

Vu le courrier du 2 décembre 2010 de l'intimée informant le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, avoir pris en charge toutes les prestations de la recourante depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, de sorte que la cause est devenue sans objet et peut être rayée du rôle;

Vu la reprise de la procédure, par ordonnance du 3 décembre 2010;

Vu le courrier du 10 janvier 2011 de la recourante, admettant implicitement que le recours est devenu sans objet, tout en affirmant qu'il y a bien eu déni de justice au moment du dépôt du recours, de sorte qu'une indemnité à titre de dépens doit lui être accordée;

Attendu que, jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, tant 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) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la loi fédérale sur la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1);

Que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Que sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

Attendu que les parties admettent que le recours est devenu sans objet;

Qu'il y a donc lieu d'en prendre note et de rayer la cause du rôle;

Que 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);

Que l'art. 29 al. 1 Cst. - qui a succédé à l'art. 4 al. 1 aCst. depuis le 1er janvier 2000 - dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce

que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable; que cette disposition consacre le principe de la célérité, autrement dit prohibe le retard injustifié à statuer; que l'autorité viole cette garantie constitutionnelle 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); qu'en droit fédéral des assurances sociales, la procédure de première instance est gouvernée par le principe de célérité, lequel est désormais consacré par 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 61 consid. 4b); qu'il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable; que le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale;

Qu'en l'occurrence, la recourante était affiliée à double pour l'assurance obligatoire des soins auprès de l'intimée et la caisse-maladie INTRAS depuis 2005, l'intimée ayant refusé la résiliation du contrat par la recourante en raison du non paiement des primes;

Que la recourante s'était néanmoins acquitté des primes d'INTRAS depuis 2005, par l'intermédiaire du Service d'assurance-maladie (SAM);

Que l'intimée a suspendu le paiement des prestations d'assurance-maladie de la recourante, par décision du 4 février 2009, en raison du non-paiement des primes;

Que la recourante, par l'intermédiaire de son conseil, a invité l'intimée le 12 octobre 2009 à établir un décompte récapitulatif des sommes impayées et des prestations médicales non prises en charge et qu'elle l'a relancée par courrier du 2 décembre 2009;

Que l'intimée a établi le 22 décembre 2009 un décompte des primes arriérées encore dues;

Que la recourante l'a invitée, par courrier du 30 décembre 2009, à établir également le décompte des prestations médicales lui incombant et non prises en charge, tout en suggérant d'envisager une compensation entre les sommes qu'elle devait encore et celles lui revenant à titre de remboursement de prestations médicales;

Que la recourante a relancé l'intimée le 29 janvier et le 5 mars 2010, fixant dans ce dernier courrier un délai au 15 mars suivant pour confirmer qu'elle reprendra le remboursement de ses coûts médicaux, compte tenu de la compensation de l'arriéré des primes de 3'252 fr. avec les prestations lui revenant;

Qu'entre le moment où la recourante a réclamé des prestations, par courrier du 30 décembre 2009, et sa demande en justice se sont écoulés presque cinq mois;

Que, compte tenu de l'importance évidente pour la recourante du remboursement des frais médicaux et de l'urgence de régler le problème de la double affiliation, un tel délai de réponse doit être considéré comme dépassant ce qui est raisonnable en pareille situation;

Que l'absence de réponse pendant près de cinq mois aurait donc dû être qualifiée de déni de justice, si le recours n'était pas déclaré sans objet;

Que, cela étant, il y a lieu d'accorder à la recourante une indemnité de 500 fr. à titre de dépens.

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

**Statuant**

1. Déclare le recours sans objet.
2. Raye la cause du rôle.
3. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 500 fr. à titre de dépens.
4. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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