

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1467/2011

ATAS/708/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 juillet 2011

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame P _____, domiciliée à Genève

recourante

contre

INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, sise rue Blavignac 10,
1227 Carouge

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBÀ et Violaine LANDRY ORSAT,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame P _____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est assurée auprès d'INTRAS (ci-après la caisse ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins MINIMA, ainsi que pour les assurances complémentaires QUADRA + semi-privé depuis le 1^{er} janvier 1998.
2. Le 1^{er} décembre 2003, l'assurée a requis de la caisse le remboursement des frais d'une intervention chirurgicale subie en urgence à Rio de Janeiro.
3. Par décision du 14 septembre 2006, la caisse a refusé l'octroi de toutes prestations, au motif que l'assurée s'était rendue au Brésil dans le seul but de se faire traiter.
4. Suite à l'opposition et au recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a, par arrêt du 1^{er} octobre 2008, admis partiellement le recours, annulé la décision sur opposition du 12 novembre 2007 et renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le TCAS a considéré qu'il n'était pas à même de statuer en l'état actuel du dossier. La caisse était invitée à demander des renseignements complémentaires auprès des médecins ayant soigné l'assurée, notamment quant à l'urgence et à l'impossibilité d'un retour en Suisse. Elle devait aussi recueillir l'avis de son médecin-conseil.
5. Le recours interjeté par la caisse contre cet arrêt a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral, par arrêt du 30 janvier 2009.
6. Par courrier recommandé du 24 mars 2009, l'assurée a imparti à la caisse un délai au 15 avril 2009 pour lui communiquer sa nouvelle décision.
7. Le 7 avril 2009, la caisse a accusé réception du courrier de l'assurée et l'a informée que sa demande est examinée avec soins et qu'elle ne manquerait pas d'y donner suite dans le courant du mois de mai.
8. Le 14 juillet 2009, l'assurée a imparti à la caisse un dernier délai au 31 juillet 2009 pour s'exécuter faute de quoi elle considérerait sa négligence comme un déni de justice.
9. Le 20 juillet 2009, la caisse a requis de l'assurée divers renseignements, notamment quant à son domicile. Elle relevait que l'assurée avait une dette de 38'255 fr. 85 envers elle, qu'elle faisait l'objet d'une suspension des prestations et que pour ce motif également, il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur sa demande. Enfin, la caisse attirait l'attention de l'assurée sur son devoir de collaborer et l'invitait à produire divers documents.
10. Par courrier recommandé du 14 août 2009, la recourante a répondu, s'agissant de son domicile, que la question avait été réglée par le Service de l'assurance-maladie

qui a annulé sa décision du 10 mars 2009 et ordonné sa réintégration dans la caisse. Elle contestait par ailleurs avoir une quelconque dette à l'égard de la caisse, dès lors que ses cotisations et participations impayées sont prises en charge par l'Etat de Genève. S'agissant des pièces requises, elle a indiqué que les factures détaillées et leur traduction ont déjà été remises, de même que les preuves de paiement de ces factures. Elle a joint copie de ses relevés téléphoniques pour la période du 1^{er} juin 2003 au 31 octobre 2003, ainsi qu'une procuration autorisant la caisse à prendre tout renseignement auprès des médecins et établissements qui l'ont traitée.

11. Le 21 janvier 2010, l'assurée interpelle une nouvelle fois la caisse, par courrier recommandé, relevant que malgré les documents fournis, elle persistait à ne pas rendre une nouvelle décision. Un nouveau délai au 19 février 2010 a été imparti à la caisse afin qu'elle rende sa décision.
12. Par acte du 18 mai 2011, l'assurée a saisi la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice d'un recours pour déni de justice, concluant en outre à la condamnation de la caisse à lui rembourser la somme de 46'663 fr. 90, avec intérêts à 5 % dès le 22 juin 2005, correspondant au coût des opérations intervenues les 4 et 30 octobre 2003.
13. Après avoir sollicité un délai pour déposer sa réponse, la caisse, dans son écriture du 7 juillet 2011 relève en substance avoir repris l'instruction complète du dossier et requis, le 11 novembre 2010, l'avis de son médecin-conseil. Ce dernier a rendu son rapport le 15 novembre 2010, rédigé en allemand, traduit en français le 16 décembre 2010. La décision sur opposition est intervenue le 6 juillet 2011, notifiée le même jour à la recourante, de sorte que la plainte pour déni de justice est devenue sans objet. La caisse conclut à l'irrecevabilité du recours et à la radiation de la cause du rôle. S'agissant de la conclusion en paiement, la caisse rappelle que l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai. Or, au vu de la décision prise, cette affaire doit être classée. Cela étant, la caisse explique que divers éléments ont paralysé pour un temps la procédure, notamment le fait de s'enquérir au Brésil et en Suisse d'éléments médias et factuels concernant les événements en 1992 et 2003, puis le dossier a été soumis à son médecin-conseil. Par conséquent, l'on ne saurait lui reprocher d'avoir différé volontairement ses démarches. La caisse conclut à ce qu'il soit constaté que le recours est devenu sans objet, et à son rejet pour le surplus.
14. Cette écriture a été communiquée à la recourante. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier

2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît 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 le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
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). A 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, la recourante se plaint d'un déni de justice, dans la mesure où l'intimée n'a pas rendu de décision suite à l'arrêt du Tribunal fédéral déclarant irrecevable le recours de cette dernière. L'intimée conteste pour sa part avoir volontairement différé sa décision, alléguant qu'elle a dû reprendre l'instruction du dossier et requérir des renseignements tant en Suisse qu'au Brésil, puis soumettre le dossier à son médecin-conseil.

La question de savoir si l'intimée a commis un déni de justice peut en l'occurrence rester ouverte, dans la mesure où elle a finalement rendu en cours de procédure, le 6 juillet 2011, la décision sur opposition réclamée par la recourante. Dès lors que la Cour de cassation ne peut, dans l'hypothèse où le recours pour déni de justice devrait être admis, qu'inviter l'intimée à statuer à bref délai, force est de constater que la recourante n'a plus d'intérêt juridique actuel et pratique au recours (ATF 123 II 286 sv. consid. 4; décision B. du TFA du 15 octobre 2003, B 64/03).

Pour le surplus, la conclusion de la recourante tendant à la condamnation de l'intimée à payer le montant de 46'663 fr. 90 n'est pas recevable dans le cadre d'un recours pour déni de justice, car elle fait partie du fond du litige.

Au vu de ce qui précède, la procédure est devenue sans objet et la cause peut être rayée du rôle.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare irrecevable la conclusion tendant au paiement du montant de 46'663 fr. 90.
2. Déclare le recours pour déni de justice recevable.

Au fond :

3. Constate que le recours pour déni de justice est devenu sans objet.
4. Raye la cause du rôle.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

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