RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1920/2003 **ATAS/745/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème chambre

du 22 septembre 2004

En la cause

Madame F_____

recourante

contre

INTRAS ASSURANCES, 10, rue Blavignac, 1227 Carouge

intimée

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente, Mesdames Karine STECK et Doris WANGELER, juges.

EN FAIT

1. Madame F_____, ressortissante suisse née en 1968 et domiciliée en France, est assurée auprès d'INTRAS ASSURANCES (ci-après : la Caisse) pour l'assurance maladie sociale depuis 1972. Elle est au bénéfice de l'assurance de base MINIMA et d'assurances complémentaires DUE et QUADRA.

2. Par courrier du 14 mars 2002, l'assurée a informé la Caisse qu'elle avait été licenciée par son employeur au 1er mai 2002. Sachant qu'elle devrait quitter le contrat collectif de son ex-employeur dès cette date, elle a souhaité pouvoir conserver le même niveau d'assurance et a demandé à la Caisse de lui faire des propositions dans ce sens.

3. Sur demande de la Caisse, l'assurée lui a indiqué dans un courrier du 19 février 2003 qu'elle était au bénéfice de l'assurance-chômage française depuis son licenciement à Genève. Toutefois, elle précisait qu'en vertu d'un règlement européen, l'assurance-maladie pouvait être une « assurance facultative continuée ». Elle a en outre fait savoir à la Caisse qu'en tant que travailleuse frontalière, elle entendait se mettre à la disposition du marché du travail suisse, dans la mesure où elle disposait de meilleures chances de réinsertion dans cet Etat. Elle souhaitait également conserver sa couverture d'assurance au moins jusqu'à son accouchement, y compris pour toute complication post partum.

4. Par courrier du 24 mars 2003, la Caisse a fait savoir à son assurée qu'elle ne pouvait plus être assurée en Suisse, de même que son enfant, dans la mesure où elle ne bénéficiait plus du statut de frontalière, ni de celui de chômeuse avec des indemnités journalières suisses. Toutefois, l'assurée étant enceinte, la Caisse était disposée à maintenir la couverture de l'assurance de base MINIMA jusqu'à ce que l'accouchement soit terminé (complications incluses). Plus aucune prestation ne serait versée pour des traitements effectués en Suisse, de sorte que les assurances de base et complémentaires ne seraient plus valables que pour des prestations servies en zone frontalière, cela à partir du 1er avril 2003.

5. Agissant pour le compte de son épouse, Monsieur F_____ a indiqué dans un courrier du 2 avril 2003 à la Caisse qu'elle n'était pas en droit de cantonner les prestations dans leur étendue et dans une zone géographique déterminée, ni de les suspendre. Le délai de quelques jours avant la suspension des prestations en Suisse était illégal et la situation de son épouse n'avait pas changé depuis plus d'une année ; celle-ci continuait à payer ses primes dans le cadre de l'assurance QUADRA. Enfin, bien que la correspondance du 24 mars 2003 ne constituait pas une décision formelle, il y était fait opposition en tant que besoin.

6. Par courrier du 2 mai 2003, la Direction générale de la Caisse a relevé qu'il n'existait aucun élément susceptible de modifier sa position et qu'elle maintenait en conséquence les termes de sa lettre du 24 mars 2003, tout en précisant à l'assurée qu'une dérogation pourrait lui être accordée, pour autant qu'elle en fasse la demande par écrit.

7. Le 17 juillet 2003, l'assurée a transmis à la Caisse une attestation de l'Office cantonal de la population indiquant qu'elle résidait dans le canton de Genève depuis le 18 juin 2003.

8. En date du 23 juillet 2003, l'assurée a déposé auprès de la Caisse une demande de garantie de prise en charge de soins de maternité en lui demandant de la signer et de la retourner à la Clinique X_____, où elle allait accoucher prochainement.

9. Par courrier du 28 juillet 2003, la Caisse a retourné à l'intéressée la demande de garantie sans l'avoir signée et lui a fait savoir qu'elle contestait la constitution d'un domicile dans le canton de Genève. Elle ne pouvait donc pas garantir les frais de séjour à la clinique et n'était pas en mesure d'assurer le nouveau-né. La décision était toutefois provisoire jusqu'à l'obtention des renseignements désirés.

10. Par télécopie du 30 juillet 2003, l'assurée a indiqué à la Caisse ne pas comprendre pour quelle raison celle-ci osait contester sa domiciliation en Suisse et indiqué qu'étant de nationalité suisse, elle entendait accoucher en Suisse. L'accouchement ayant eu lieu le 28 juillet 2003, elle a mis formellement en demeure l'assurance de se déterminer sur cette affaire de manière définitive.

11. Le 28 août 2003, l'assurée a résilié l'ensemble des contrats de sa famille auprès de la caisse.

12. Par courrier du 10 septembre 2003, la caisse a confirmé à son assurée l'annulation de l'ensemble de son contrat au 30 septembre 2003. Par ailleurs, elle lui a indiqué qu'elle revenait sur les termes de son courrier du 24 mars 2003. A titre exceptionnel et sans aucune reconnaissance de son droit aux prestations, elle a indiqué qu'elle était disposée à prendre en charge les prestations de grossesse selon les dispositions de l'assurance-maladie de base, soit 7 examens et contrôles durant la grossesse et l'accouchement selon le forfait cantonal de référence (396 fr. par jour). Enfin, la proposition prénatale pour la fille de l'assurée ne pouvait être acceptée.

13. Le 29 septembre 2003, l'intéressée a informé la Caisse qu'elle s'opposait à sa décision du 10 septembre 2003 et qu'elle saisirait le Tribunal cantonal des assurances sociales le 8 octobre 2003.

14. Le 8 octobre 2003, l'assurée a déposé une « requête contenant conclusions » auprès du Tribunal cantonal des assurances. Elle a principalement conclu à l'annulation de la décision de la caisse lui refusant la prise en charge des soins de maternité, à la

condamnation à une prise en charge des dépenses liées à l'accouchement et aux frais médicaux de l'enfant, ainsi qu'à la condamnation au versement de 16'000 fr. à titre de dommages et intérêts et à la publication de la décision dans la presse. La requérante avait été assurée auprès de la caisse depuis plus de 30 ans et avait toujours payé ses primes, de sorte qu'elle avait droit aux prestations qui stipulaient une prise en charge d'hospitalisation dans toute la Suisse, en division privée selon l'extension de garantie QUADRA. Indépendamment du domicile de l'assurée, la caisse était contractuellement tenue de prendre en charge les prestations convenues. Dans la mesure où elle avait été licenciée avant l'entrée en vigueur des accords bilatéraux, elle ne pouvait être soumise aux dispositions y relatives, mais l'acquis communautaire relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés lui permettait de continuer l'assurance en Suisse de manière facultative. S'agissant de l'enfant Solange, la Caisse était liée par sa proposition d'assurance qui avait été acceptée, de sorte qu'elle devait prendre en charges les frais médicaux de l'enfant. Enfin, il existait un intérêt public à ce que la décision soit publiée dans la presse.

15. Par préavis du 4 novembre 2003, la Caisse a conclu à l'irrecevabilité du recours, pour le motif que la prise de position du 10 septembre 2003 ne constituait nullement une décision au sens de la loi et qu'elle ne pouvait en conséquence pas être attaquée auprès du Tribunal.

16. Dans sa réplique du 3 décembre 2003, l'assurée a fait valoir que la décision du 10 septembre 2003 devait être qualifiée de décision. La Caisse ne pouvait obtenir aucun avantage du fait qu'aucune décision n'avait été rendue, alors qu'elle était elle-même à l'origine de cet état de fait. Par ailleurs, la loi permettait également de former recours lorsque l'assureur refusait de rendre une décision, malgré la demande expresse de l'assuré.

17. Par duplique du 15 décembre 2003, la Caisse a persisté dans ses conclusions et ajouté pour le surplus que sa sociétaire avait perdu sa qualité d'assurée depuis le 1er mai 2002, date à laquelle elle ne pouvait plus être considérée comme frontalière. Elle n'était donc pas en mesure de réclamer une décision formelle de la Caisse.

18. L'assurée a persisté dans ses conclusions par écriture du 26 février 2003. Les arguments complémentaires qu'elle a pu développer dans cette écriture seront repris ci-dessous dans la partie « en droit » en tant que besoin.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs (art. 162 LOJ).

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004). C'est dans sa composition prévue par l'art. 162 LOJ que le Tribunal de céans statue en la présente cause.

   Le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (cf. art. 56V al. 1 let. a) LOJ). Sa compétence est ainsi établie.

2. Préalablement, il y a lieu de trancher la question de la recevabilité du recours et de la validité de la décision attaquée. En effet, la Caisse conteste avoir rendu une décision formelle et invoque en conséquence l'irrecevabilité du recours.

3. Selon l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (ci-après : LAMal), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, sont applicables à l'assurance-maladie, à l'exception de certains domaines (art. 1 al. 2 LAMal). 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). A noter que les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié, doivent être motivées et indiquer les voies de recours (art. 52. al 2 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 (ATFA non publiés du 23 octobre 2003 en les causes I 328/03 et K 55/03). 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.

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 (ATFA non publié du 4 juin 2004 en la cause K109/03).

4. En l'espèce, au début de l'année 2003 est survenu un désaccord entre l'assurée et la caisse concernant la continuation de l'assurance-maladie en Suisse, ainsi que la future prise en charge de prestations au titre de maternité. Le 24 mars 2003, dans un courrier adressé à la recourante, la Caisse a très clairement indiqué à son assurée qu'elle ne pouvait plus être affiliée en Suisse, de même que son enfant et que plus aucune prestation ne lui serait versée pour des traitements effectués en Suisse. Cette information étant spécialement mise en évidence par la mise en gras de la partie du courrier traitant de la question des prestations. Ainsi que l'a relevé à juste titre l'assurée, cette correspondance ne répondait certes pas aux critères d'une décision formelle, puisqu'elle n'était pas désignée comme telle et ne comportait pas l'indication des voies de droit. Sur le fond, elle doit toutefois être considérée comme une décision, dans la mesure où l'assureur a clairement pris position par écrit sur des prestations, créances ou injonctions importantes.

   En tant que telle, cette correspondance pouvait donc faire l'objet d'une opposition auprès de l'assureur qui l'a rendue, ce que l'intéressée a fait dans les jours qui ont suivi. On notera ici que le délai de trente jours a été respecté, mais qu'en tout état de cause, la notification irrégulière n'aurait pu entraîner aucun préjudice pour l'intéressée en vertu de la LPGA. Suite au courrier d'opposition du 2 avril 2003,

une procédure d'opposition a été ouverte par-devant l'assureur concerné. Dans un premier courrier du 2 mai 2003, l'assureur a confirmé sa position, mais n'a pas précisé que cette décision constituait formellement une décision sur opposition. Par ailleurs, la caisse a avancé que vu le téléphone que l'assurée avait eu avec leur agence de Genève, une dérogation pourrait lui être accordée, pour autant qu'elle en fasse la demande écrite. La Caisse souhaitait également connaître la date de l'accouchement. Vu la teneur de ce courrier, l'assurée pouvait valablement en déduire que la position de l'assurance n'était pas définitive. Cette correspondance ne constituait dès lors pas une décision sur opposition.

Le 28 juillet 2003, la Caisse a renvoyé à l'assurée la demande de garantie de prise en charge de soins sans l'avoir signée, mais a expressément précisé « d'une part nous ne garantissons pas les frais de votre séjour à la Clinique X_____ et d'autre part nous ne sommes pas en mesure d'assurer le nouveau-né. Nous vous rappelons cependant qu'il s'agit là de décisions provisoires jusqu'à ce que nous ayons obtenu tous les renseignements désirés ». Dans cette correspondance, le terme décision était expressément utilisé, mais la Caisse rappelait que sa position n'était pas définitive, ce qui confirmait par ailleurs que le précédent courrier du 2 mai 2003 ne devait pas être considéré comme une décision formelle. Le 20 août 2003, la Caisse a indiqué à son assurée, qui avait accouché le 28 juillet 2003, que des renseignements complémentaires lui étaient nécessaires pour déterminer le droit aux prestations. Par courrier du 28 août 2003, l'assurée a écrit à la Caisse qu'elle restait dans l'attente d'une décision définitive quant à la prise en charge de son accouchement.

Par courrier du 10 septembre 2003, la Caisse a fait savoir à l'assurée qu'elle modifiait les termes de sa décision du 24 mars 2003 en lui proposant, sans aucune reconnaissance du droit aux prestations, de prendre en charge les prestations de la grossesse selon les dispositions de la LAMal. Une fois encore, ce courrier n'était pas désigné comme une décision sur opposition et ne comportait pas d'indication des voies de droit. L'assurée étant en désaccord avec la position de l'assurance et avec la proposition formulée, elle l'a fait savoir à la Caisse par courrier du 29 septembre et a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales le 8 octobre 2003.

Il y a lieu de considérer que le courrier du 10 septembre 2003 ne constitue pas une décision formelle au sens de la LPGA, dans la mesure où elle n'en remplit pas les conditions. En effet, ainsi qu'on l'a vu ci-dessus, la LPGA oblige les assureurs à rendre des décisions sur opposition motivées et indiquant les voies de droit. De manière abusive en l'espèce, l'assureur invoque par-devant le Tribunal de céans que l'assurée n'est pas en mesure de recourir pour le motif que le courrier du 10 septembre 2003 ne constitue pas une décision, mais une simple prise de position. Cette manière de voir est erronée, puisque la LPGA protège également l'assuré dans les cas où l'assureur refuse de statuer ou le fait avec retard. Dans le cas d'espèce, l'assureur n'avait toujours pas rendu de décision plus de cinq mois après

l'opposition de l'assurée, alors qu'il possédait les moyens pour le faire. Par ailleurs, il a été mis à plusieurs reprises en demeure de rendre une décision sur opposition et s'est soustrait à son obligation en se contentant de se déterminer sur le litige par des courriers qu'il qualifie de simples prises de position.

En conséquence, le Tribunal de céans ne saurait entrer sur le fond de la cause dans le cadre de la présente procédure, dans la mesure où l'assureur n'a pas rendu de décision sur opposition susceptible de recours. Le dossier doit donc lui être renvoyé afin qu'il rende une décision sur opposition remplissant les conditions formelles (comprenant donc une motivation et l'indication des voies de recours), afin que l'assurée puisse valablement la contester par-devant le Tribunal de céans si elle le juge nécessaire.

5. La cause sera donc renvoyée à la Caisse pour décision sur opposition dans le sens des considérants.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ

A la forme :

1. Déclare la requête recevable ;

Au fond :

2. L'admet ;

3. Renvoie la cause à INTRAS ASSURANCES pour qu'elle rende une décision sur opposition dans le sens des considérants ;

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 pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier :	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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