RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/2421/2003** **ATAS/918/2004**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## 1ère chambre

## du 9 novembre 2004

En la cause

**Madame M_____** recourante

contre

**GROUPE MUTUEL – MUTUELLE VALAISANNE,** intimé
domicilié rue du Nord 5 à Martigny

---

**Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,**
**Mmes Karine STECK et Maya CRAMER, Juges**

---

## EN FAIT

1. Madame M_____, domiciliée dans le canton de Genève, est affiliée auprès du GROUPE MUTUEL Assurances, la MUTUELLE VALAISANNE (ci-après : la Caisse) depuis 1991, au bénéfice d'une assurance-maladie de base.

2. En date du 22 octobre 2003, l'intéressée a informé son assureur qu'elle entendait refuser le payement de ses primes et résilier son contrat d'assurance, faisant valoir que l'obligation d'assurance lui paraissait violer de manière flagrante un droit fondamental constitutionnel, à savoir la liberté économique ainsi que son corollaire la liberté contractuelle.

   Elle a sollicité une décision sur opposition.

3. Le 3 novembre 2003, la Caisse a rendu l'intéressée attentive au fait que, sur recours de celle-ci, le Tribunal administratif s'était prononcé par jugement du 16 mars 1999 sur la question de la constitutionnalité de l'obligation d'assurance et qu'elle avait été déboutée. La Caisse a informé l'assurée que sa démission ne pourrait être acceptée que dans la mesure où elle produirait une attestation d'un nouvel assureur, à défaut de quoi l'affiliation serait maintenue, précisant que si l'assurance-maladie était obligatoire pour toute personne domiciliée en Suisse, le libre choix de l'assureur était par contre garanti aux assurés. Elle lui a par conséquent indiqué les conditions de résiliation de sa couverture d'assurance.

4. Par courrier du 13 novembre 2003, l'assurée a répondu à la Caisse que, en dépit des précisions reçues, elle maintenait son opposition au payement de ses primes pour les raisons évoquées dans son précédent courrier et qu'en l'absence de décision sur opposition dans les trente jours, elle déposerait un recours auprès du Tribunal des assurances.

5. Dans une lettre du 25 novembre 2003, la Caisse a réitéré ses explications quant à l'obligation d'assurance et a prié l'intéressée de formuler plus précisément ses prétentions, afin qu'elle puisse y donner toute suite utile.

6. L'assurée a précisé, dans un courrier du 8 décembre 2003, que sa démarche n'avait en réalité pas pour objet de contester le montant de ses primes et que, vu l'absence de décision formelle, elle déposerait prochainement un recours auprès du Tribunal.

7. En date du 16 décembre 2003, l'assurée a déposé un recours auprès du Tribunal administratif pour déni de justice. Elle allègue au surplus que l'obligation de contracter une assurance-maladie viole ses droits constitutionnels. En conclusion, elle a maintenu son opposition au payement de ses primes jusqu'à droit jugé.

8. Par décision du 22 décembre 2003, la Caisse a confirmé que c'était en parfaite conformité avec les dispositions légales qu'elle lui avait demandé, en date du 3 novembre 2003, la production d'une attestation d'un nouvel assureur mentionnant son affiliation au 1er janvier 2004, au cas où elle désirait résilier son actuel contrat d'assurance.

9. Le 8 décembre 2004, la recourante a écrit à l'assureur que sa décision était tardive dès lors qu'elle l'avait invité à rendre une décision par ses courriers des 22 octobre et 13 novembre 2003.

   Elle a produit copie du document précité au Tribunal administratif par lettre du 11 janvier 2004. Celui-ci a transmis au Tribunal de céans le recours et les pièces jointes.

10. Dans sa réponse sur recours du 2 février 2004, la Caisse a conclu principalement à l'irrecevabilité du recours, celui-ci étant prématuré, et subsidiairement, à son rejet.

11. Invitée à se déterminer d'ici au 2 mars 2004, la recourante s'est abstenue.

12. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

13. Les autres éléments de fait pertinents du dossier seront repris dans la partie « en droit » en tant que de 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.

   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 (ATF 130 I 226).

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994. 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. L'assurée étant domiciliée à Genève en décembre 2004, la compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. C'est donc à juste titre que le Tribunal administratif lui a transmis le recours interjeté par l'assurée (art. 21 al. 2 LPA).

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. 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 LPGA sont applicables à l'assurance-maladie, à l'exception de certains domaines cependant (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).

   Aux termes de 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).

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'OCAI a commis ou non un déni de justice en ne notifiant pas à l'assurée une décision sur opposition avant le 22 décembre 2003.

En l'occurrence, l'intéressée s'est opposée au payement de ses primes le 22 octobre 2003 au motif que l'obligation d'assurance violait ses droits constitutionnels et a sollicité une décision sur opposition.

Ce n'est que le 22 décembre 2003, que l'intimée a rendu une décision formelle sur opposition.

Force est cependant de constater qu'un échange de correspondance soutenu est intervenu avant la notification de ladite décision et que les délais mis par l'intimée à répondre aux courriers de son assurée ont été fort courts. Le Tribunal de céans considère au surplus que la nature de l'opposition justifiait les demandes de précisions formulées par l'intimée, ce d'autant que la question de la constitutionnalité de l'obligation d'assurance avait d'ores et déjà été tranchée entre les mêmes parties par le Tribunal administratif en 1999. L'intimée était ainsi parfaitement légitimée à investiguer sur l'objet précis de l'opposition avant de rendre une décision formelle.

Le Tribunal constate qu'il s'est écoulé un délai de deux mois entre la première opposition au payement des primes formulée par l'intéressée et la décision sur opposition. Cette durée n'apparaît pas excessive en regard des circonstances. On ne saurait dès lors reprocher à l'assureur un retard injustifié au sens de l'art. 56 al.

2 LPGA. Cela étant, une décision ayant été rendue le 22 décembre 2003, le recours pour déni de justice est ainsi devenu sans objet.

6. Le Tribunal de céans constate que dans son recours pour déni de justice, l'assurée fait en outre valoir des griefs au fond. Elle allègue en effet que l'obligation de contracter une assurance-maladie viole ses droits constitutionnels. Pour autant que l'on puisse assimiler l'exposé de ces griefs à un recours contre la décision du 22 décembre 2003, il conviendrait de constater que celui-ci serait prématuré et partant irrecevable.

   Quoi qu'il en soit, force est de rappeler qu'un arrêt a été rendu par le Tribunal administratif en date du 16 mars 1999 opposant déjà la recourante à la Caisse. Le Tribunal administratif a, dans cet arrêt, entré en force de chose jugée, confirmé que l'obligation faite à la recourante de s'assurer en matière d'assurance-maladie ne constituait pas une violation de ses libertés fondamentales.

**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 le recours recevable.

**Au fond :**

2. Dit que la recours pour déni de justice est devenu sans objet.
3. Raye la cause du rôle.

| La greffière: | La Présidente : |
|---|---|
| Marie-Louise QUELOZ | Doris WANGELER |

La secrétaire-juriste : Alexandra PAOLIELLO

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