RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3223/2005 **ATAS/156/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 15 février 2006

En la cause

Madame A_____, représentée par l'ASSUAS recourante

contre

X_____SA intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame A_____ était assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès d'ARTISANA jusqu'au 31 décembre 1996, puis dès cette date auprès d'X_____, (ci-après la caisse) après la fusion d'ARTISANA avec HELVETIA.

2. Dans le courant du mois de septembre 2001, l'assurée a transmis à X_____ diverses factures se rapportant à des soins dispensés en 1995 et 1996.

3. Par courrier du 14 septembre 2001, la caisse les a retournées à l'assurée au motif qu'elle n'était affiliée auprès de sa caisse que depuis le 1er janvier 1997. Pour le surplus, la caisse lui a signalé que le droit aux prestations se prescrivait dans un délai de cinq ans depuis la fin du mois pour lesquelles les prestations étaient dues.

4. Par courrier du 19 septembre 2001, la caisse a retourné une autre note d'honoraire que l'assurée lui avait fait parvenir, en lui indiquant également que le droit aux prestations était prescrit.

5. Le 26 novembre 2001, l'assurée a résilié l'assurance obligatoire des soins auprès de la caisse pour le 31 décembre 2001.

6. Le 10 août 2004, la recourante, représentée par son conseil, a fait parvenir à la caisse diverses factures de frais médicaux pour un traitement d'octobre 2001 à janvier 2002, en vue de leur remboursement. Elle a par ailleurs sollicité une décision formelle, concernant le refus de prise en charge des frais médicaux communiqué par courrier du 19 septembre 2001, en faisant valoir que les traitements concernés avaient été dispensés en 1997 et en 1998, de sorte que les factures y relatives n'étaient pas prescrites à l'époque.

7. Par lettre du 22 décembre 2004, l'assurée a communiqué à la caisse qu'elle avait fait parvenir à son ancienne caisse-maladie, ARTISANA, en temps utile diverses factures se rapportant à des soins qui lui avaient été dispensés entre 1994 et 1998, lesquelles ne lui avaient jamais été remboursées. Suite à une grave maladie, elle n'avait pas pu suivre ce dossier durant plusieurs années, raison pour laquelle elle n'avait transmis qu'en 2001 à X_____ copie des factures envoyées à son assurance-maladie précédente. Par conséquent, elle sollicitait une nouvelle fois le remboursement des factures annexées d'un montant total de 6'214 fr 80. A défaut, elle a demandé une décision formelle.

8. Par décision du 30 décembre 2004, la caisse a confirmé que les factures suivantes étaient prescrites et ne pouvaient dès lors être remboursées :

Prestataire de soins	Montant	Traitement
Imagerie médicale	1'612 fr.	29 au 30.06.1994
Imagerie médicale	709 fr. 50	16.08.1994
Imagerie médicale	741 fr. 50	07.09.1994
Docteur B_____	1'184 fr	11.07.1994 au 22.08.1995
Docteur B_____	488 fr.	05.09.1994 au 01.05.1995
Docteur C_____	144 fr	11au 24.06.1996
Docteur C_____	410 fr. 75	07.05.1996

Les autres factures non remboursées concernaient des frais relatifs à la médecine parallèle qui n'étaient pas assurés. Le droit au remboursement de celles-ci était en outre également prescrit.

9. Par courrier du 1er février 2005, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition à cette décision. Elle a répété avoir transmis à temps les factures litigieuses à ARTISANA.

10. Par courrier du 13 mai 2005, la caisse a notamment communiqué à l'assurée qu'elle avait été assurée auprès d'ARTISANA depuis le 1er février 1994 et qu'elle ne pouvait que constater qu'il n'y avait aucune trace des factures litigieuses qui auraient été transmises à ARTISANA. Dans l'ancien système informatique, aucune trace d'anciennes factures n'avait non plus été trouvée. Par conséquent, la caisse a refusé de modifier sa décision du 30 décembre 2004. Elle a toutefois donné à l'assuré un délai de vingt jours pour lui faire parvenir une autre justification convaincante.

11. Par décision sur opposition du 4 août 2005, la caisse a déclaré celle-ci irrecevable. En premier lieu, elle a fait valoir que ses refus de prestations exprimés dans ses courriers de septembre 2001 étaient entrés en force de chose jugée, dans la mesure où l'assurée n'avait pas exigé une décision formelle dans un délai convenable. Ainsi, ces refus ne pouvaient aujourd'hui plus être contestés. A cet égard, il convenait de considérer que sa décision du 30 décembre 2004, même si elle mentionnait les voies de droit, n'était que la confirmation de sa position exprimée

en 2001 et ne pouvait pas être mise en cause par la voie de l'opposition. Au surplus, elle a persisté à considérer que le droit au remboursement des factures transmises concernant des traitements prodigués entre 1994 et 1996 était prescrit.

12. Par acte du 13 septembre 2005, l'assurée recourt contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil. Elle conclut à son annulation et à la condamnation de l'intimée au paiement de la somme de 5'289 fr. 75 avec intérêt à 5% dès le 30 septembre 2001. Outre les faits allégués précédemment, elle indique qu'elle a subi en 1994 un grave accident de voiture et qu'elle était en traitement pour éradiquer un cancer jusqu'en 2001. Par conséquent, n'ayant pas d'entourage familial, elle n'a pas pu relancer sa caisse pour obtenir le remboursement des factures litigieuses. Elle conteste par ailleurs que les courriers que l'intimée lui avait adressés dans le courant du mois de septembre 2001 sont à considérer comme des décisions formelles.

13. Dans sa réponse du 13 octobre 2005, l'intimée conclut au rejet du recours, en reprenant son argumentation antérieure. Elle ajoute qu'en vertu des principes fondamentaux régissant l'administration des preuves en assurance sociale, il devait être statué en défaveur de la partie qui entendait déduire un droit d'un état de fait demeuré sans preuve, s'il n'était pas possible d'établir l'état de fait litigieux.

14. Le 20 octobre 2005, le Tribunal de céans a donné à la recourante un délai au 18 novembre 2005 pour lui faire parvenir sa réplique. Il ne l'a reçue qu'en date du 13 décembre 2005.

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.

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'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).

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

3. La 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.

   En l'occurrence, le droit au remboursement des prestations litigieuses est né avant le 1er janvier 2003. Par conséquent, les dispositions matérielles de la LPGA ne sauraient être applicables

4. Interjeté dans les délai et forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

5. Le Tribunal de céans constate que la recourante, en dépit du fait qu'elle est représentée par un mandataire professionnel, a envoyé sa réplique en dehors du délai qui lui avait été fixé au 18 novembre 2005. En effet, cette écriture n'est parvenue au Tribunal de céans qu'en date du 13 décembre 2005. Se pose dès lors la question de savoir s'il peut en être tenu compte.

   a) Cette question n'est pas réglée par la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (ci-après LPA). L'art. 16 al. 2 de cette loi prévoit uniquement que le délai imparti par l'autorité peut être prolongé pour des motifs fondés si la partie en fait la demande avant son expiration. Cela signifie a contrario en principe que l'acte qui n'observe pas ce délai doit être écarté. La restitution pour l'inobservation d'un délai imparti ne peut être accordée que si le requérant ou son mandataire a été empêché sans sa faute d'agir dans le délai fixé, pour autant qu'une demande motivée ait été présentée dans les 10 jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, conditions qui ne sont manifestement pas remplies en l'espèce. Il ne convient cependant pas de perdre de vue que le juge doit établir les faits d'office. Pour ce faire, il n'est pas limité par les allégués et les offres de preuve des parties (art. 19 LPA). Les moyens de preuve auxquels il peut recourir sont notamment les documents, ainsi que les interrogatoires et renseignements des parties, selon l'art. 20 al. 2 LPA. Cela étant, le Tribunal de céans est de l'avis qu'il y a lieu de faire une application analogique de la loi fédérale sur la procédure

administrative qui prévoit à son art. 32 al. 2 que l'autorité peut prendre en considération des allégués tardifs qui lui paraissent décisifs.

b) Dans le cas d'espèce, les écritures litigieuses n'apportent pas d'éléments nouveaux. Par conséquent, elles seront écartées dans la présente procédure.

6. L'intimée a déclaré, par sa décision dont est recours, l'opposition de son assurée irrecevable. Elle considère que ses refus de prestations, communiqués à la recourante par ses courriers du 14 et du 19 septembre 2001, sont aujourd'hui devenus exécutoires, dans la mesure où la recourante n'avait pas demandé une décision formelle dans un délai convenable.

a) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, une décision non formelle peut acquérir force de chose jugée si l'assurée n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, tenant compte des principes de la protection de la bonne foi et de la sécurité du droit, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimée sa volonté qu'il soit statué sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 126 V 24 consid. 4 b 122 V 369 consid. 3).

En vertu de la jurisprudence rendue en application de l'ancienne loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accident du 13 juin 1911 (LAMA), la limite de temps supérieure est d'environ une année après la notification de la décision non formelle (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar, 2003, art. 51. ch. 13).

b) En l'occurrence, la recourante a exigé une décision formelle par courrier du 22 décembre 2004, soit plus de trois ans après les refus d'X_____ communiqués en septembre 2001. Elle explique à cet égard n'avoir pas pu agir plus tôt pour des raisons de santé. Cela ne l'a cependant pas empêchée de résilier le contrat d'assurance-maladie le 26 novembre 2001, ce qui montre qu'elle était néanmoins en mesure de s'occuper de la défense de ses intérêts. Il ne saurait par conséquent être admis que les circonstances justifient en l'espèce un délai d'examen et de réflexion plus long.

En application de la jurisprudence précitée, il convient dès lors de constater que la recourante a largement dépassé le délai considéré comme étant convenable pour demander une décision formelle et que les refus de prestations de l'intimée sont entrés en force de chose jugée.

7. Toutefois, selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à la condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 126 V 24 consid. 4b, 122 V 369 consid. 3). Ce principe est aujourd'hui formellement consacré par l'art. 53 al. 2 LPGA.

Il peut être procédé à une reconsidération sur demande ou d'office. Il n'y a ainsi pas de limite temporelle, au-delà de laquelle une reconsidération est exclue (KIESER, op. cit., art. 53 ch. 26). Toutefois, l'assureur n'est pas tenu de procéder à une reconsidération quand sa décision dépend de sa libre appréciation. Il n'y a en effet pas un droit à la reconsidération (KIESER, op. cit., art. 53 ch. 22). Par ailleurs, si l'assureur n'entre pas en matière sur une demande de reconsidération, sa décision y relative ne peut pas être contestée. Tel pourrait être uniquement le cas s'il était entré en matière et avait refusé par la suite la reconsidération (KIESER, op. cit., art. 53 ch. 28).

8. En l'espèce, il n'appert pas que l'intimée est entrée en matière sur la demande implicite de reconsidération de la recourante, dans la mesure où le refus a été confirmé sans supplément d'instruction ni adjonction de motifs. La décision dont est recours ne saurait par conséquent être sujette à recours (RDAF 1981, p. 104).

9. Pour le surplus, même en admettant que la recourante avait transmis à temps les factures litigieuses à sa précédente caisse-maladie, il ne fait pas de doute que le droit au remboursement de celles-ci était largement prescrit au moment où elle a demandé des décisions formelles le 22 décembre 2004. En effet, le délai de prescription est de cinq ans en droit d'assurance obligatoire des soins (ATF non publié du 9 octobre 2001, cause K 70/01, consid. 4b) et n'avait pas été valablement interrompu auparavant.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

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

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

Préalablement :

1. Écarte les écritures de la recourante datées du 10 décembre 2005.

A la forme :

2. Déclare le recours recevable.

Au fond :

3. Le rejette.

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).

La greffière	La Présidente :
Yaël BENZ	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