

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3412/2009

ATAS/1451/2009

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 24 novembre 2009

En la cause

Monsieur B_____, domicilié à SAINT-CERGUE

recourant

contre

ASSURA, assurance maladie et accidents, sise 70, avenue Charles-
Ferdinand-Ramuz, PULLY

intimée

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Né en 1974, Monsieur B _____ (ci-après l'assuré ou le recourant) bénéficie de prestations de l'assurance-invalidité et de prestations complémentaires. Depuis le 1^{er} janvier 2000, il est affilié auprès d'ASSURA, assurance maladie et accidents (ci-après l'assureur ou l'intimée) et, depuis 2005, il bénéficie de l'assurance obligatoire des soins, avec une franchise de 300 fr., risque accident inclus.
2. Par arrêt rendu d'accord entre les parties le 27 août 2008, la 5^e Chambre du Tribunal de céans a notamment donné acte à l'assureur de ce que celui-ci s'engageait à rembourser au recourant, dans les limites de la loi, les frais relatifs à un traitement dispensé par le docteur L _____, dentiste, d'un montant de 20'463 fr. 25, et l'y condamnait en tant que de besoin (ATAS/933/2008 en la cause enregistrée sous le numéro A/4319/2007).
3. Le 30 septembre 2008, l'assureur a adressé une mise en demeure à l'assuré, qui portait sur les primes dues au titre de l'assurance obligatoire des soins des mois d'août et septembre 2008, sur la participation aux frais médicaux facturées les 4 juillet et 15 août précédents, et sur les frais de rappels restés sans réponse.
4. Le 17 novembre 2008, l'assureur a enregistré un subside qui couvrait intégralement les primes d'assurance dues.
5. Au cours du printemps 2009, l'assuré a, par divers courriels, requis les services de l'Ombudsman de l'assurance-maladie sociale (ci-après l'Ombudsman) aux fins d'obtenir le décompte des prestations effectuées ou non par l'assureur. L'Ombudsman a interpellé celui-ci par lettre du 8 mai 2009.
6. Faisant suite à cette requête, l'assureur a, par courrier du 13 mai 2009, remis à l'Ombudsman les relevés des prestations allouées pour les années 2007 et 2008, ainsi que le décompte du 15 août 2008 relatif aux soins dentaires dont l'assuré avait bénéficié. Il déclarait en outre avoir adressé ces documents à l'intéressé et confirmait avoir acquitté toutes les factures en sa possession.
7. Le 26 mai 2009, l'assureur a procédé à une réquisition de poursuite à l'Office des poursuites et des faillites de Nyon pour un solde en sa faveur de 391 fr. 15. Un commandement de payer ce montant a été notifié à l'assuré le 10 juillet 2009.
8. Le même jour, soit le 10 juillet 2009, l'assuré a fait opposition audit commandement de payer.
9. Par décision du 29 juillet 2009, l'assureur a prononcé la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer et confirmé le montant dû, frais de poursuite non compris.

10. Par lettre du 21 août 2009, l'assuré a notamment déclaré s'opposer à la décision de mainlevée, au motif qu'il n'avait pas reçu les factures qui faisaient l'objet de la poursuite. Il faisait en outre valoir que l'assureur lui devait la somme de 1'000 fr.
11. Par décision du 4 septembre 2009, l'assureur a rejeté l'opposition et s'est déclaré fondé à requérir la continuation de la poursuite pour le montant de 391 fr. 15, frais de poursuite non compris, plus intérêts à 5% (l'an) dès le 30 septembre 2008.
12. Dans le cadre d'un litige l'opposant à l'assuré par-devant la Chambre de céans (enregistré sous le numéro A/2307/2009), le Service des prestations complémentaires du canton de Genève (ci-après SPC) s'est engagé à rembourser à l'assuré la part de la facture de 20'463 fr. 25 précitée qui était à la charge de celui-ci, moyennant production de pièces justificatives (p.-v. d'audience de comparution personnelle des parties du 22 septembre 2009).

Pour sa part, l'assuré a notamment exposé que l'assureur restait encore lui devoir environ 1'000 fr. ; il avait engagé des poursuites à son encontre mais ne parvenait pas à obtenir de lui un décompte complet du remboursement effectué. En conséquence, il déclarait former un recours pour déni de justice à l'encontre de l'assureur.

Sur quoi, le Tribunal de céans a enregistré l'ouverture d'une procédure sur ce point, objet du présent arrêt, sous le numéro A/3412/2009.

13. Dans le délai imparti pour répondre, l'assureur a déclaré conclure à ce qu'il soit dit que les conditions du déni de justice n'étaient pas réalisées.

À l'appui de ses conclusions, l'intimée fait notamment valoir qu'au terme de la procédure A/4319/2007, elle avait établi un décompte de prestations par lequel elle prenait en charge les factures objets de ce litige pour un montant de 20'293 fr. 80. Par un décompte complémentaire du 3 octobre 2008, elle avait en outre déclaré prendre en charge deux factures relatives au même traitement et qui n'étaient pas en sa possession lors du décompte précédent. Le montant total alloué au recourant s'élevait à 20'625 fr. 50, dont il convenait de déduire les participations légales (franchise et quote-part).

Par lettre du 19 novembre 2008, l'assuré lui avait fait part de son mécontentement en affirmant n'avoir toujours pas été remboursé de la totalité de ses prétentions. Le 26 novembre suivant, elle lui avait confirmé avoir acquitté tous les frais qui lui avaient été soumis. Par lettre du 3 décembre 2008, le recourant avait de nouveau demandé le remboursement du solde des frais médicaux ; il demandait en outre que lui soient restitués les documents médicaux qui figuraient à son dossier. Par lettre du 12 décembre 2008, elle avait retourné les documents sollicités et invité le recourant à communiquer copie des factures qui n'auraient pas encore été indemnisées.

Le 8 janvier 2009, sur requête du recourant, elle s'était vu notifier un commandement de payer 956 fr 35 pour « non[-]remboursement de factures médicales » et 562 fr. 95 pour « frais de lettres envoyées en recommandé et diverses lettres ». Par prononcé du 15 septembre 2009, le Juge de paix du district de Lavaux-Oron avait rayé la cause du rôle au motif que l'avance de frais requise n'avait pas été versée par le poursuivant.

14. Invité à faire part de ses observations, le recourant a, par lettre du 15 octobre 2009, notamment confirmé qu'en dépit de nombreuses demandes adressées à l'assureur, dont l'Ombudsman était informé, il n'avait jamais pu obtenir le décompte des prestations effectuées ou non.
15. Sur quoi la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 27 octobre 2009.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 4 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10).

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

2. Selon l'art. 1^{er} al. 1^{er} LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie à moins que la LAMal n'y déroge expressément.
3. À teneur de l'art. 4 al. 1^{er} let. b et al. 4 de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; RSGe E 5 10), applicable en vertu des art. 61 LPGA et 89A LPA, sont considérées comme des décisions les mesures individuelles et concrètes prises par l'autorité dans les cas d'espèce fondées sur le droit public fédéral, cantonal ou communal et ayant notamment pour objet de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits, d'obligations ou de faits. Lorsqu'une autorité mise en demeure refuse sans droit de statuer ou tarde à se prononcer, son silence est assimilé à une décision.

L'art. 63 al. 6 LPA dispose qu'une partie peut recourir en tout temps pour déni de justice ou retard non justifié si l'autorité concernée ne donne pas suite rapidement à la mise en demeure prévue à l'art. 4 al. 4 précité.

Interjeté dans les formes prévues par la loi (voir les art. 56 ss LPGA) suite à la mise en demeure du 8 mai 2009, le recours formé à l'audience du 22 septembre suivant est recevable.

4. L'objet du présent litige est circonscrit à la question de savoir si l'intimée peut se voir reprocher un déni de justice formel à l'égard du recourant. Selon les déclarations de celui-ci en effet, l'exercice de ses droits, vis-à-vis du SPC notamment, était entravé par le refus de l'intimée de lui communiquer le décompte des prestations servies ou non.
5. Au cours de la procédure, il est apparu que l'intimée a produit, par pli du 13 mai 2009 au plus tard, le décompte qu'elle avait établi le 15 août 2008.

L'examen de ce document conduit à constater que les factures établies par le docteur L_____ pour le traitement prodigué du 13 mars 2003 au 19 octobre 2004, pour un total de 20'293 fr. 80, ont été prises en charge par l'assureur à cette date à hauteur de 19'606 fr. 90, 686 fr. 90 étant laissés à la charge du recourant conformément à la loi.

Force est donc de constater qu'en mai 2009, celui-ci disposait des informations et documents nécessaires pour faire valoir ses droits, aussi bien à l'égard de l'assureur qu'à l'égard des autorités dont les décisions pouvaient en dépendre, telles le SPC qui s'est par ailleurs engagé à prendre en charge la part de la facture qui lui revient.

La présente procédure est par conséquent devenue sans objet.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Dit qu'il est devenu sans objet et raye la cause du rôle.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal, ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (29, avenue du Tribunal fédéral, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA ; 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

Maryse BRIAND

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le