RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/489/2004 **ATAS/690/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 23 août 2005

En la cause

Madame D_____, comparant par Maître Marc MATHEY-DORET en l'Etude duquel elle élit domicile	recourante
contre	
HELSANA ASSURANCES SA, sise Stadelhoferstrasse 25 à Zurich	intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Juliana BALDE et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Durant l'année 2003, Madame D_____ était assurée auprès de HELSANA ASSURANCES (ci-après l'assurance) au titre de l'assurance obligatoire des soins.

2. Le 9 avril 2003, l'intéressée a subi une intervention ambulatoire à la Clinique X_____, laquelle a émis le 12 mai 2003 une facture de 1'469 fr. 55, transmise à l'assurance. L'assurée s'est intégralement acquittée de ce montant.

3. Par courrier du 11 juillet 2003, l'assurance a indiqué à sa sociétaire qu'elle contestait certaines positions tarifaires erronées. Elle confirmait que l'intervention réalisée était à sa charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, mais qu'elle ne verserait sa participation que sur la part non contestée de la facture, qui se montait à 486 fr. 40. Dans l'hypothèse où l'assurée se serait acquittée de l'entier de la facture, il lui incombait de demander le remboursement de la part contestée à l'établissement concerné. En cas de refus, l'assurance se proposait d'entreprendre toutes mesures judiciaires utiles.

4. Par courrier du même jour, l'assurance a fait savoir à la Clinique X_____ que la facture du 12 mai 2003 n'avait pas été établie conformément aux décisions prises par les autorités compétentes pour une intervention effectuée en un jour et l'invitait à la rectifier.

5. Le 19 juillet 2003, l'assurance a établi un décompte de prestations laissant apparaître un total de 427 fr. 85 en faveur de l'assurée.

6. Par courrier du 10 octobre 2003, l'assurée a indiqué à l'assurance qu'il était inacceptable qu'elle fasse les frais d'un litige l'opposant à la clinique. Etant assurée à titre obligatoire, elle devait être couverte en cas d'intervention ambulatoire. Elle invitait l'assurance à rendre une décision formelle dans l'hypothèse où celle-ci persistait dans sa position.

7. Dans sa réponse du 6 novembre 2003, l'assurance a fait savoir à sa cliente que le litige qui l'opposait à la clinique concernant le mode de facturation était pendant auprès du Conseil fédéral. En fonction de l'issue de cette procédure, la différence litigieuse de 983 fr. 15 serait soit à la charge de l'assurance, soit annulée par la clinique.

8. Par courrier du 3 décembre 2003, la Clinique X_____ a indiqué à l'assurée que sa facture avait été établie correctement et correspondait strictement à la décision du Conseil fédéral du 7 mars 2003. La base de facturation des prestations était expliquée à l'assurée, afin qu'elle puisse se faire rembourser par sa caisse-maladie.

9. Le 16 décembre 2003, l'assurée a transmis ce courrier à l'assurance, en l'invitant une nouvelle fois à revenir sur sa position et à lui allouer les prestations dues. Dans des situations similaires, d'autres caisses avaient remboursé leurs assurés contre cession de la prétention récursoire éventuelle contre l'établissement privé concerné. L'assurée invitait l'assurance à considérer cette voie ou à rendre une décision formelle au cas où elle ne modifiait pas sa position.

10. Le 23 janvier 2004, l'assurée a une nouvelle fois sommé la caisse de rendre une décision formelle, faute de quoi elle porterait le cas devant les tribunaux.

11. Dans sa réponse du 2 février 2004, l'assurance a confirmé qu'elle n'était pas en mesure de rendre de décision en raison de la procédure pendante devant le Conseil fédéral.

12. Par acte du 9 mars 2004, l'assurée a déposé devant le Tribunal de céans un recours contre le refus prolongé de statuer de son assurance. Elle concluait à ce que cette dernière soit condamnée à lui payer la somme de 1'041 fr. 75. Selon elle, la procédure pendante devant le Conseil fédéral ne revêtait aucun caractère préjudiciel au litige, de sorte que c'était à tort que l'assurance utilisait ce motif pour refuser de rendre une décision. Pour le surplus, la facture avait été établie correctement, ainsi que l'avait démontré la clinique.

13. Dans sa réponse du 20 avril 2004, l'assurance a conclu au rejet du recours. Elle a indiqué qu'il existait un problème, né de l'absence de convention tarifaire entre elle-même et la clinique. Le règlement qui avait été édicté par le Conseil d'Etat genevois avait été entrepris auprès du Conseil fédéral par l'organisation Santésuisse Soleure. S'agissant d'un litige entre assureurs et fournisseurs de prestations sur une question d'interprétation de tarif, elle n'était pas habilitée à rendre de décision, mais pouvait représenter la recourante dans une éventuelle procédure arbitrale contre la clinique.

    Elle estimait que le litige qui l'opposait à la recourante n'avait pas à être tranché par le biais d'une décision et que, par conséquent, il ne pouvait pas y avoir de déni de justice. De plus, la caisse ne pouvait rendre une décision concernant le montant de la facture, puisque c'était précisément le tarif y relatif qui était contesté par-devant le Conseil fédéral. La situation juridique l'empêchait de rendre une décision sur cette question. Il se justifiait donc d'attendre l'issue du litige.

    Au moment où l'assurance écrivait sa réponse, le Conseil fédéral s'était déterminé et avait rejeté le recours de Santésuisse. Malgré cela, l'assurance indiquait qu'elle n'était toujours pas en mesure de se déterminer sur la facture en raison de divergences d'interprétation. La revendication des montants contestés restait donc d'actualité et la question devait être tranchée par le Tribunal arbitral. Il serait donc absurde de la contraindre à prendre position, alors que la légitimité de sa position était toujours en cours d'examen.

Enfin, il y avait lieu de préciser qu'il ne s'était écoulé que quatre mois entre la mise en demeure de l'assurée et son recours, ce qui ne constituait pas un temps suffisant pour justifier l'existence d'un déni de justice, cela d'autant moins que le préjudice subi par la recourante était des plus relatifs. Quand bien même un déni de justice devait être admis, le Tribunal ne pouvait adhérer aux conclusions en paiement de la recourante, mais devait se contenter de lui renvoyer la cause pour qu'elle rende une décision susceptible de recours.

14. Dans sa réplique du 10 mai 2004, la recourante a persisté dans ses conclusions. Toutes les procédures sur lesquelles la caisse appuyait son refus de prendre une décision étaient terminées, ce qui devrait conduire celle-ci à reconsidérer sa position et accepter de prendre en charge ses frais. Le fait que les décisions prises par le Conseil fédéral ne justifiaient pas une modification de la position de l'assurance prouvaient que ces procédures n'avaient pas de portée préjudicielle au présent litige. A ce propos, Santésuisse avait fait porter le débat largement à l'extérieur du cadre du litige et de ses conclusions au cours de ces procédures. Le Conseil fédéral lui avait d'ailleurs rappelé que ces litiges concrets devaient être tranchés par les tribunaux compétents. Maintenant que les procédures judiciaires avaient échoué, il n'y avait pas non plus lieu d'attendre l'issue de procédures arbitrales invoquées par l'assurance, cette dernière n'étant elle-même pas capable de dire si ces procédures arbitrales permettraient de résoudre le litige. Enfin, l'assurance refusant de se déterminer, il n'y avait pas lieu de lui renvoyer la cause et le Tribunal devait directement la condamner au paiement.

15. Dans sa duplique du 22 juin 2004, l'assurance a persisté dans ses conclusions. Contrairement à ce que prétendait la recourante, toutes les procédures relatives à la question des montants facturés par les cliniques privées n'étaient pas réglées, puisque le Tribunal arbitral devait encore se prononcer sur certains aspects. Par ailleurs, la recourante n'avait pas suivi les conseils donnés par la caisse, afin d'éviter de subir les conséquences de ces procédures. Dans la mesure où il existait encore un important différend entre les cliniques privées et les assureurs maladie, il serait incohérent de la part de l'assurance de rembourser à ses assurés plus que les montants non contestés.

16. Les conclusions de l'assurance ont été transmises à la recourante et la cause a été gardée à juger.

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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-maladie. Elle est applicable au cas d'espèce, la saisine du Tribunal de céans pour déni de justice datant du mois de mars 2004.

3. 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 (ci-après : LAMal).

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

4. L'art. 29 al. 1 Cst. - qui a succédé à l'art. 4 al. 1 *a*Cst. depuis le 1er janvier 2000 - dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. A l'instar de l'art. 6 par. 1 CEDH - qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue (RCC 1978 p. 325 consid. 2) -, cette disposition consacre le principe de la célérité, autrement dit prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 129 V 416 consid. 1, 126 V 249 consid. 4a, 124 I 139, 119 III 1, 117 Ia 117 consid. 3a, 197 consid. 1c ; voir aussi Auer/Malinverni/Hottelier, Droit constitutionnel suisse, vol. II, Les droits fondamentaux, p. 594 s. nos 1244 s.) :

   Selon l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la 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).

En particulier, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c p. 158 s.). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative (Haefliger/Schürmann, Die Europäische Menschenrechtskonvention und die Schweiz, Berne 1999, p. 203-204; Auer/ Malinverni/Hottelier, Droit constitutionnel suisse, vol. II, n. 1243). On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts; ceux-ci sont inévitables dans une procédure (cf. ATF 124 et 119 précités). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière

d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 249 consid. 4a).

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'assurance a commis ou non un déni de justice en ne rendant pas de décision sur opposition, alors qu'elle a été invitée à le faire à plusieurs reprises par la recourante.

Il ressort du dossier que malgré les demandes réitérées de sa sociétaire, l'assureur maladie a refusé de statuer, par une décision sujette à recours, sur la demande de l'intéressée tendant à la prise en charge des frais de l'intervention ambulatoire du 9 avril 2003. Sur cette seule base, ce refus de statuer constitue déjà, un déni de justice en tant que tel, soit un motif suffisant pour inviter l'assurance à rendre une décision formelle, quelles que soient les raisons pour lesquelles celle-ci refusait de statuer.

L'assurance explique qu'elle ne peut rendre de décision dans la mesure où elle est opposée à l'Association des cliniques privées de Genève sur la question des tarifs et que cette question est préjudicielle au litige. Dans un tel cas, ainsi que l'a déjà confirmé le Tribunal fédéral des assurances, il est loisible à l'assureur de statuer par le biais d'une décision de non-entrée en matière. De la sorte, saisie d'un recours contre une telle décision, la juridiction cantonale serait en droit de le déclarer recevable, afin d'examiner le bien-fondé de la décision administrative, notamment d'entrer en matière sur le motif pour lequel l'assurance refuse de statuer. Cas échéant, le Tribunal serait alors autorisé à entrer en matière sur le droit de fond et à statuer sur des conclusions en paiement.

Dans le cadre de la présente procédure, il n'appartient pas au Tribunal de céans de se prononcer sur le litige opposant l'intimée à l'Association des cliniques privées de Genève sur la question des tarifs, mais uniquement de constater que l'assurance était en mesure de rendre une décision et qu'elle a délibérément refusé de le faire.

Ainsi qu'on vient de le voir, dans un tel cas l'objet du litige est limité au refus de statuer ou au retard à statuer de l'assureur, à l'exclusion des droits ou obligations du droit de fond. Contrairement à ce que soutient la recourante, il ne sera donc pas question pour le Tribunal de céans d'entrer en matière sur ses conclusions en paiement. Sur ce point, le recours est irrecevable.

6. Le recours est donc partiellement admis et la cause renvoyée à l'assurance pour qu'elle rende dans les plus brefs délais une décision formelle dûment motivée et comportant les moyens de droit.

L'intimée sera dès lors condamnée au paiement de dépens, fixés à 1'000 fr.

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. L'admet partiellement.

3. Ordonne à HELSANA ASSURANCES de rendre sans délai une décision formelle dûment motivée, comportant les moyens de droit.

4. Condamne HELSANA ASSURANCES à verser à la recourante la somme de 1'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

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 :

Marie-Louise QUELOZ — Doris WANGELER

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