

GE_GERICHTE A/3144/2009 vom 20. Januar 2010

GE Cour de justice, 2010-01-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3144_2009

FR: GE_GERICHTE A/3144/2009 du 20 janvier 2010

IT: GE_GERICHTE A/3144/2009 del 20 gennaio 2010

Regeste

; LOI FÉDÉRALE SUR LA PARTIE GÉNÉRALE DU DROIT DES ASSURANCES SOCIALES ; DROIT D'OBTENIR UNE DÉCISION ; REFUS DE STATUER | Une assurance ne peut suspendre le versement des prestations (remboursement de soins) sans rendre de décision formelle, s'agissant de prestations importantes, sous peine de violer gravement les règles de procédure applicables. | LPG A 49

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.01.2010 A/3144/2009

; LOI FÉDÉRALE SUR LA PARTIE GÉNÉRALE DU DROIT DES ASSURANCES SOCIALES ; DROIT D'OBTENIR UNE DÉCISION ; REFUS DE STATUER | Une assurance ne peut suspendre le versement des prestations (remboursement de soins) sans rendre de décision formelle, s'agissant de prestations importantes, sous peine de violer gravement les règles de procédure applicables. | LPG A 49

A/3144/2009 ATAS/51/2010 (2) du 20.01.2010 (LAMAL) , SANS OBJET Descripteurs :
; LOI FÉDÉRALE SUR LA PARTIE GÉNÉRALE DU DROIT DES ASSURANCES SOCIALES ; DROIT D'OBTENIR UNE DÉCISION ; REFUS DE STATUER Normes : LPG A 49
Résumé : Une assurance ne peut suspendre le versement des prestations (remboursement de soins) sans rendre de décision formelle, s'agissant de prestations importantes, sous peine de violer gravement les règles de procédure applicables. En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3144/2009 ATAS/51/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 20 janvier 2010 En la cause Madame M_____, domiciliée au LIGNON, représentée par le GROUPE SIDA GENEVE recourante contre MUTUEL ASSURANCES, sise Rue du Nord 5, MARTIGNY intimée EN FAIT Madame M_____, née en 1965, est affiliée auprès de MUTUEL ASSURANCES pour l'assurance obligatoire des soins. Par courrier du 20 avril 2009, MUTUEL ASSURANCES a suspendu la prise en charge des prestations de l'assurée, au motif que les arriérés de primes ou participations de cette dernière font l'objet d'une poursuite n° 097 52 815 notifiée le 24 mars 2009, et qu'elle se voyait contrainte de déposer une réquisition de continuer la poursuite auprès de l'office compétent. Par acte du 22 avril 2009, posté le 22 mai 2009, l'assurée, représentée par le GROUPE SIDA GENEVE, a formé opposition à cette décision, au motif que le fait de suspendre des prestations revient à mettre en danger sa santé. Elle fait valoir qu'elle est suivie pour un traitement psychothérapeutique depuis 2007, que le canton de Genève ne peut pas mettre à disposition des patients suspendus des suivis de psychothérapie, la seule solution étant l'internement psychiatrique ou le suivi par le centre de thérapies brèves qui ne sont pas à même de répondre à ses besoins et que, partant, la décision de suspension des

prestations équivaut en réalité à une suspension des traitements et non pas des prestations, contrairement à ce que prévoit la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Elle invoque une inégalité de traitement entre assurés d'un même canton ou de Suisse, en violation de la Constitution fédérale. Elle a conclu à l'annulation de la décision de suspension. Par courrier du 8 juin 2009 adressé au GROUPE SIDA GENEVE, MUTUEL ASSURANCES relève en préambule que son courrier son 20 avril 2009 a été établi à titre informatif et qu'il ne s'agit aucunement d'une décision au sens de la LPGa. Elle ajoute qu'il lui est loisible d'appliquer la loi fédérale sans en tenir informés des assurés. Pour le surplus, elle relève que la convention qui évitait la suspension du remboursement des prestations dans le canton de Genève a été résiliée au 31 décembre 2008 et que depuis lors elle applique l'article 64 A de la LAMal. Selon MUTUEL ASSURANCES, malgré cette mesure, l'assurée a toujours la possibilité d'accéder aux soins car les dispensateurs de soins tels que les médecins, hôpitaux et pharmacies ont le devoir déontologique de délivrer les soins vitaux dans les cas où l'absence de traitement présenterait un danger grave et imminent pour la santé. Le canton de Genève a mis en place un dispositif et les assurés peuvent se rendre aux HUG. Pour le surplus, MUTUEL ASSURANCES ajoute que si l'assurée a la possibilité de solder son arriéré, elle l'invite à s'adresser directement auprès de l'Office des poursuites ; elle sera alors en mesure de prendre en charge les prestations soumises pendant la période de suspension. Le 17 août 2009, l'assurée a été mise au bénéfice de prestations d'aide sociale par l'Hospice général. Le 31 août 2009, l'assurée a interjeté recours pour déni de justice et sur le fond auprès du Tribunal de céans. Elle relève qu'elle souffre de problèmes psychiques qui l'empêchent notamment de se déplacer seule, qu'elle suit une psychothérapie auprès d'un médecin psychiatre indépendant. En raison de la suspension des prestations, son psychiatre traitant est désormais obligé d'avancer le traitement à titre gracieux, ce que MUTUEL ASSURANCES appelle « devoir déontologique ». Par ailleurs, la suspension entraîne des complications administratives difficilement surmontables. Elle est obligée de multiplier les déplacements afin d'obtenir ses médicaments : elle doit se rendre deux fois plus souvent chez le médecin et le pharmacien, ce qu'elle a grand peine à faire. Elle se limite ainsi dans la prise de ses antirétroviraux et antidépresseurs, mettant sa santé en danger. D'autre part elle ajoute qu'elle est depuis mai 2009 dans l'attente d'une rente d'invalidité et qu'elle est soutenue pour le versement de ses primes d'assurance-maladie et ses frais médicaux par l'Hospice général. Le Service de l'assurance-maladie (ci-après SAM) a également effectué des versements suite à différents actes de défaut de biens. Or, malgré ces différents versements ainsi que ceux effectués par l'assurée et directement par l'Office des poursuites, les montants réclamés par MUTUEL ASSURANCES sont toujours identiques, ce qui est parfaitement incompréhensible. Les agissements de MUTUEL ASSURANCES sont inadmissibles et disproportionnés, constituant un déni de justice et un traitement discriminatoire. Elle considère que l'assureur avait l'obligation de motiver et d'informer avec précision des conditions et des circonstances de la suspension prononcée à son encontre, que par ailleurs les périodes, les montants et les numéros de poursuite correspondant des factures ne sont pas connus. Pour le surplus, elle considère que la suspension est disproportionnée. Elle conclut à la condamnation de MUTUEL ASSURANCES pour déni de justice et au constat qu'elle a agi arbitrairement et de manière discriminatoire en appliquant l'article 64 A LAMal à son encontre. Dans sa réponse du 28 septembre 2009, MUTUEL ASSURANCES a indiqué avoir adressé une décision formelle à l'assurée, en date du 22 septembre, et que par conséquent le recours du 31 août 2009 est devenu sans objet. Dans ses écritures du 20 octobre 2009, la recourante considère que la

cause est toujours ouverte et requiert formellement l'effet suspensif au recours conformément à l'article 11 de l'Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales applicable par analogie. Elle reproche à l'assureur d'avoir refusé de rendre une décision qui porte sur des prestations, créances ou injonctions importantes, contrairement à ce que la LPGA prévoit. La suspension des prestations signifiées par simple courrier sans aucune indication des voies de recours est contraire au droit et ne peut lui porter aucun préjudice. Dès lors la décision formelle de suspension des prestations du 22 septembre 2009 ne peut déployer ses effets qu'à compter de cette date et ce pour autant qu'aucune opposition n'intervienne dans le délai de recours. Elle requiert l'annulation ex nunc des suspensions prononcées et la condamnation de MUTUEL ASSURANCES à rembourser les prestations d'assurance-maladie correspondant aux périodes décrites dans les poursuites figurant dans le courrier du 20 avril et reprises dans la décision du 22 septembre 2009. Cette pratique a été confirmée par le Tribunal fédéral dans un arrêt K 139/06 du 31 janvier 2008 dans la cause VISANA c/ CANTON DU TESSIN. Elle conclut également à la condamnation de MUTUEL ASSURANCES pour déni de justice, dès lors que ce n'est que suite au dépôt du recours que MUTUEL ASSURANCES a réagi en rendant une décision indiquant les voies de recours. Elle requiert à titre préjudiciel de considérer le présent recours comme valant opposition à la décision de suspension du 22 septembre 2009, sollicite l'effet suspensif au recours et persiste dans ses conclusions. Après échange des écritures en date du 23 octobre 2009, la cause a été gardée à juger. EN DROIT

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à suspendre les prestations en remboursement et prise en charge directe des frais de traitement de l'assurée. Selon l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur est tenu de rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes. En ce qui concerne les autres prestations en revanche, l'assureur ne doit rendre une décision écrite que si l'intéressé n'est pas d'accord avec sa position (Kieser, ATSG-Kommentar ; Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 8 et 9 ad art. 49). Aussi, dans les cas portant sur des prestations qui ne sauraient être qualifiées d'importantes, il appartient à l'assureur, en vertu de son obligation de conseil prescrite à l'art. 27 al. 2 LPGA, d'informer l'intéressé qu'il lui est loisible, en cas de désaccord, de réclamer une décision écrite. A cet effet, l'assuré doit agir dans un délai raisonnable, conformément aux règles de la bonne foi et aux principes de sécurité du droit (ATF 122 V 269 consid. 3 ; Kieser, op. cit., n. 10 ad art. 49). Les décisions doivent indiquer les voies de droit, elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties et la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour ces dernières (art. 49 al. 3 LPGA). En l'espèce, l'intimée ne pouvait suspendre le versement des prestations (remboursement de soins) sans rendre de décision formelle, s'agissant de

prestations importantes (ATF 132 V 412 consid. 4) ; en cas de suspension de ses prestations en remboursement, respectivement prise en charge directe de soins, l'assuré ne peut en effet plus avoir accès qu'aux soins considérés comme urgents et/ou vitaux et se voit refuser la dispense de toute une panoplie de traitements ne répondant pas à ses critères, telle par exemple une psychothérapie, si le médecin n'accepte pas - ce que l'on ne saurait exiger de lui - de travailler au moins momentanément à titre gracieux. L'assureur était au demeurant dans l'obligation de rendre une décision formelle, la recourante ayant fait opposition à son courrier le 22 mai 2009, ce qui devait être interprété, par l'assureur, comme une demande de décision formelle (le simple fait de s'opposer confirmait la volonté de l'intéressée d'obtenir une décision contre laquelle elle pouvait agir par les voies légales). On doit donc considérer que l'intimée a gravement violé les règles de procédure applicables. Cela étant, la présente action de la recourante doit être considérée comme un recours au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA contre le refus de l'assureur-accidents de rendre une décision répondant aux exigences posées à l'art. 49 al. 1 et 3 LPGA. Selon la jurisprudence (SVR 2001 KV n. 38), qui a conservé sa valeur sous l'empire de la LPGA (Kieser, op. cit., n. 12 ad art. 56), une autorité judiciaire qui admet un recours formé contre un refus de statuer ne doit pas examiner l'affaire au fond mais doit renvoyer la cause à l'administration. En date du 22 septembre 2009, l'intimée a rendu une décision formelle. Le Tribunal de céans ne peut plus, en conséquence, lui renvoyer la cause pour l'inviter à rendre une décision formelle conforme à l'art. 49 al. 1 et 3 LPGA. Ainsi, force est de constater que le recours est devenu sans objet, la décision requise ayant été rendue. Opposition a été formée à son encontre, la recourante ayant demandé à ce que son mémoire de recours soit considéré comme valant opposition sur le fond à la décision du 22 septembre 2009. Le litige devra donc être repris par l'intimée afin de trancher ladite opposition. La Juridiction de céans constate toutefois que la décision formelle que devait rendre l'intimée ne l'a été que tardivement, seule la présente procédure de recours pour déni de justice l'ayant fait réagir. Au vu de ces circonstances et dès lors que la recourante a été contrainte de se faire représenter pour faire valoir ses droits en justice, il convient, malgré que le recours soit devenu sans objet, de condamner l'intimée à payer à la recourante une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens. Le Tribunal fixe celle-ci à 1'500 fr. Pour le surplus et dans la mesure où il concerne le fond du litige, le recours doit être déclaré irrecevable. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant Déclare le recours sans objet dans la mesure où il est recevable. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité à titre de participation à ses dépens fixée à 1'500 fr. Dit que la procédure est gratuite. Donne acte à la recourante de ce que son mémoire du 20 octobre 2009 doit être également considéré comme opposition à la décision du 22 septembre 2009. Invite l'intimée à statuer sur ladite opposition. Informe les parties de ce 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 sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ 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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.