RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1951/2004 **ATAS/942/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère Chambre

du 16 novembre 2004

En la cause

Monsieur B_____ recourant

contre

OFFICE CANTONAL DES PERSONNES AGEES intimé
sis route de Chêne 54 à Genève

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

Attendu que par décision du 5 janvier 2004, l'Office cantonal des personnes âgées (ci-après OCPA) a fixé à 592 fr. le montant des prestations complémentaires fédérales, à 767 fr. celui des prestations complémentaires cantonales et à 399 fr. le subside d'assurance maladie, dus par mois à Monsieur B_____, ce à compter du 1er janvier 2004 ;

Que l'intéressé a formé opposition le 6 février 2004, contestant la somme de 1 fr. retenue à titre de fortune mobilière et de produit des biens mobiliers ainsi que le subside de l'assurance maladie qui devrait à son sens couvrir le montant réel de ses primes LAMAL ;

Que, constatant le 21 septembre 2004 que l'OCPA n'avait pas encore rendu de décision sur opposition, l'intéressé a interjeté un recours auprès du Tribunal de céans pour déni de justice ;

Que dans son préavis du 22 octobre 2004, l'OCPA, se référant à un jugement rendu par la Commission cantonale de recours AVS-AI et à des arrêts du Tribunal fédéral des assurances, selon lesquels un délai de quinze ou vingt mois n'était pas excessif, a conclu au rejet du recours ;

Que le même jour, l'OCPA a adressé à l'intéressé un courrier concernant son opposition, lui demandant d'une part, la production des relevés au 31 décembre 2003 de tous ses comptes bancaires, afin d'être en mesure de vérifier qu'il ne possède aucune fortune mobilière et lui expliquant d'autre part, qu'il avait tenu compte au titre de subside d'assurance maladie d'un forfait annuel correspondant à la prime moyenne conformément à l'art. 22 al. 6 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie selon sa nouvelle teneur entrée en vigueur le 1er juillet 2004 ;

Considérant en droit que 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) ;

Que 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 ;

Que 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) ;

Qu'aux termes de l'art. 49 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales - LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, 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 ;

Que si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA) ; que 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) ; que 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) ; que les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié, être motivées et indiquer les voies de recours (art. 52. al 2 LPGA) ;

Qu'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 ; que 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) ; qu'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 ;

Que l'art 56 al. 2 LPGA vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative ; qu'il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable ; que le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause. Qu'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) ; que 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 ;

Que le litige porte sur le point de savoir si l'OCPA a commis ou non un déni de justice en ne rendant pas de décision sur opposition ;

Qu'il y a lieu d'observer à cet égard que l'OCPA a adressé à l'intéressé un courrier le 22 octobre 2004 répondant à son opposition du 6 février, sans donner toutefois à ce courrier les conditions formelles d'une décision ;

Que le recours pour déni de justice n'est dès lors pas devenu sans objet ;

Qu'en l'espèce, il s'est écoulé environ huit mois entre le moment où l'opposition a été formée et la date à laquelle l'assuré a recouru pour déni de justice ;

Qu'en comparaison à d'autres affaires semblables dont le Tribunal fédéral des assurances a été appelé à connaître, cette durée peut ne pas apparaître comme étant excessive ;

Qu'il convient cependant de rappeler que pour juger du caractère admissible ou non de la durée d'une procédure, les circonstances de chaque cas d'espèce doivent être examinées ;

Qu'en l'occurrence, force est de constater que l'OCPA n'a procédé à aucune mesure d'instruction durant ces huit mois ;

Que l'explication qu'il fournit dans sa lettre du 22 octobre 2004 adressée à l'assuré, tend à démontrer que rendre une décision sur opposition ne présentait aucune difficulté particulière, puisqu'il suffisait de rappeler l'entrée en vigueur de la nouvelle teneur de l'art. 22 al. 6 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie le 1er juillet 2004 ;

Que le litige ne revêtait dès lors aucune complexité sur le plan juridique ;

Que dans ces circonstances, le Tribunal de céans considère que la durée de la procédure dépasse la limite du tolérable pour un tel litige ;

Que le Tribunal de céans constate que l'OCPA n'a pas encore rendu à ce jour, la décision sur opposition attendue ;

Qu'il l'invite à le faire dans les meilleurs délais ;

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

conformément à la disposition transitoire de l'article 162 LOJ

1. Déclare le recours pour déni de justice recevable.

2. L'admet.

3. Invite l'intimé à notifier au recourant une décision sur opposition dans les plus brefs délais.

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 :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe