RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3420/2005 **ATAS/1028/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

Du 29 novembre 2005

En la cause

Monsieur S_____, domicilié à Genève, mais comparant par Maître Henri NANCHEN en l'Etude duquel il élit domicile	recourant
contre	
FTMH ASSURANCES MALADIE ET ACCIDENTS, Caisse-maladie 57, sise chemin Surinam 7 à Genève	intimée

---

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

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né en 1955, est assuré auprès de la FTMH ASSURANCES MALADIE ET ACCIDENTS, Caisse-maladie 57 (ci-après la Caisse-maladie) au titre de l'assurance obligatoire des soins, de l'assurance complémentaire des soins pour la prévention et la médecine parallèle et de l'assurance complémentaire des soins pour prestations spéciales, accident inclus.

2. Dans le courant du mois de septembre 2004, l'intéressé a informé la Caisse-maladie qu'il était en incapacité de travail depuis le 1er août 2004.

3. Par courrier du 29 septembre 2004, la Caisse-maladie a accusé réception des certificats médicaux des 31 juillet et 3 septembre 2004 confirmant son incapacité de travail et, prenant note de ce qu'il avait suivi avec succès un reclassement professionnel, dans le cadre de l'AI a considéré qu'il ne pouvait justifier d'une perte de revenu pour cause de maladie et que son cas relevait de l'assurance-chômage.

4. Par décision du 22 novembre 2004, la Caisse-maladie a confirmé sa position.

5. Représenté par Maître Henri NANCHEN, l'intéressé s'est renseigné auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Celui-ci, par courrier du 14 décembre 2004, lui a rappelé qu'il avait bénéficié d'un reclassement en qualité d'aide-monteur en tableaux électriques du 18 novembre 2002 au 31 juillet 2004, qu'à l'issue de ce reclassement, il avait été considéré qu'il pouvait mettre en valeur une capacité de travail entière avec un rendement de 50 à 70%, qu'en l'état le dossier n'était pas encore clos, l'OCAI étant dans l'attente de renseignements complémentaires du médecin traitant.

6. Le 21 décembre 2004, l'intéressé a formé opposition à la décision de la Caisse-maladie du 22 novembre 2004, réclamant le versement d'indemnités journalières depuis le 1er août 2004.

7. L'OCAI a informé l'intéressé le 10 janvier 2005 que le droit à une demi-rente d'invalidité lui avait été reconnu dès le 1er août 2004. Celui-ci a aussitôt communiqué cette information à la Caisse-maladie.

8. La Caisse-maladie n'a pas donné suite à ce courrier, mais lui a réclamé, en date du 1er février 2005, le paiement de primes d'assurance-maladie arriérées et lui a imparti un délai au 14 février 2005 pour ce faire.

9. Suite à l'intervention du mandataire, la Caisse-maladie a finalement accepté de suspendre le délai de paiement de l'assurance soins selon la LAMal, de l'assurance complémentaire et des participations personnelles, mais non de l'assurance indemnité journalière.

10. Par courriers des 18 mars, 14 avril et 10 mai 2005, le mandataire a rappelé à la Caisse-maladie que l'intéressé était toujours dans l'attente d'une décision sur opposition.

11. Par décision du 10 mai 2005, l'OCAI, considérant que l'intéressé pouvait travailler avec un rendement à 70% en tant que monteur en tableaux électriques, lui a accordé une demi-rente d'invalidité. Celui-ci a formé opposition le 10 juin 2005, soutenant que son incapacité de travail était totale. Copie de l'opposition a été adressée à la Caisse-maladie.

12. Par lettre signature du 28 juin 2005, l'intéressé a mis la Caisse-maladie en demeure de rendre une décision dans un délai d'un mois, à défaut de quoi un recours serait adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales.

13. Constatant que nonobstant un rappel envoyé en date du 30 août 2005, la Caisse-maladie n'avait toujours pas rendu de décision sur opposition, l'intéressé a saisi le Tribunal de céans le 27 septembre 2005 d'un recours pour déni de justice.

14. Invitée à se déterminer, la Caisse-maladie a sollicité à deux reprises la prolongation du délai accordé pour ce faire d'un mois. La Caisse-maladie ne s'étant pas manifestée à l'expiration de l'ultime délai fixé au 11 novembre 2005, 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 27 septembre 2005.

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/SCHURMANN, 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'intimée 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 le recourant.

6. Force est de constater que la Caisse-maladie n'a pas à ce jour notifié la décision requise, alors que l'opposition a été formée le 21 décembre 2004 déjà, que depuis janvier 2005, elle sait que le droit de l'intéressé à une demi-rente a été reconnu par l'OCAI, qu'elle ne peut dès lors justifier son retard par la complexité de l'affaire, qu'enfin l'intéressé lui a adressé plusieurs rappels, puis l'a dûment mise en demeure.

Il y a également lieu de s'étonner qu'invitée par le Tribunal de céans à se déterminer, l'intimée ait demandé par deux fois la prolongation du délai qui lui avait été imparti, pour finalement ne pas se manifester du tout.

7. Le recours pour déni de justice est donc 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 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.

3. Ordonne à FTMH ASSURANCES MALADIE ET ACCIDENTS, Caisse-maladie 57 de rendre sans délai une décision formelle dûment motivée, comportant les moyens de droit.

4. Condamne la FTMH ASSURANCES MALADIE ET ACCIDENTS, Caisse-maladie 57 à verser au recourant 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

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le