RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4647/2006 **ATAS/195/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 20 février 2007

En la cause

Monsieur B_____, domicilié , CHENE-BOURG - GENEVE	recourant
contre	
CAISSE-MALADIE INTRAS, Agence de Genève, sise rue des Battoirs 7 - GENEVE	intimée

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Valérie MONTANI et Karine STECK, Juges

Attendu en fait que Monsieur B_____, né en 1949, est assuré auprès d'INTRAS CAISSE-MALADIE (ci-après la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins;

Que le Dr A_____, médecin traitant, a établi un rapport portant sur l'utilité d'un appareil de neurostimulation transcutanée électrique (TENS) COMPEX MEDICAL;

Que ce rapport a été soumis au médecin-conseil de la caisse;

Que le 6 juillet 2006, la caisse a informé le médecin traitant qu'elle prendrait en charge la location dudit appareil;

Qu'elle a adressé le 14 octobre 2006 un décompte à l'assuré, aux termes duquel elle rembourserait la location de l'appareil à raison de 1 fr. 30 par jour;

Que par courrier du 25 octobre 2006, l'assuré a sollicité de la caisse la prise en charge de la location à 90% "comme prévu";

Que le 1er novembre 2006, la caisse a confirmé son décompte du 14 octobre 2006 et a rappelé à l'assuré que selon la liste des moyens et appareils (LiMA), dans sa teneur au 1er janvier 2006, la location de l'appareil TENS était remboursée à raison de 1 fr. 30 par jour;

Que le 3 novembre 2006, l'assuré a fait savoir à la caisse que "votre accord donné pour la location de l'appareil susmentionné avec l'accord de votre médecin-conseil n'émettait aucune restriction et encore moins d'une assurance complémentaire que je n'ai pas. D'autre part, vous mentionnez la loi (LiMA) qui n'a jamais été une condition de votre accord donné et si tel était le cas je n'aurais jamais accepté de prendre en charge un appareil de ce prix";

Que le 14 novembre 2006, la caisse a rappelé qu'en date du 12 octobre 2006 elle avait informé le médecin traitant qu'elle prendrait en charge la location d'un appareil TENS pour une durée de trois mois, étant précisé que les critères de remboursement selon la LAMal étaient remplis; que selon la LiMA, le montant de cette prestation s'élève à 1 fr. 30 par jour; qu'elle en conclut que son décompte est correct;

Que l'assuré a déposé un recours le 5 décembre 2006 auprès du Tribunal de céans, "contre l'assurance qui refuse, par sa lettre du 14 novembre 2006, de prendre en charge dans son intégralité, ou à 90% selon la LAMal, les factures Compex acceptées par leur médecin-conseil";

Que dans son mémoire-réponse du 1er février 2007, la caisse relève que son courrier du 14 novembre 2006 n'est pas une décision; qu'elle conclut dès lors à l'irrecevabilité du recours; qu'elle précise toutefois que si l'assuré souhaite se voir notifier une décision, elle est prête à en rendre une;

Que ces écritures ont été transmises à l'assuré et la cause gardée à juger;

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 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal);

Que sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie;

Que selon l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA entrées en vigueur le 1er janvier 2003 sont applicables à l'assurance-maladie à l'exception de certains domaines (art. 1 al.2 LAMal);

Qu'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; que les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 LPGA peuvent être traitées selon une procédure simplifiée; que l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA);

Qu'en l'espèce, il y a lieu de considérer que le courrier du 14 novembre 2006 ne constitue pas une décision formelle au sens de la LPGA dans la mesure où il n'en remplit pas les conditions;

Que le "recours" interjeté contre le courrier du 14 novembre 2006 doit dès lors être déclaré irrecevable;

Que le Tribunal de céans s'étonne toutefois, vu l'opposition formulée à deux reprises, soit les 25 octobre et 3 novembre 2006, par l'intéressé, au décompte du 14 octobre 2006, que la caisse n'ait pas encore rendu une décision formelle;

Que 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;

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'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 (ATFA non publié du 4 juin 2004 en la cause K109/03);

Qu'en l'espèce, le déni de justice est avéré, dans la mesure où il appartenait à la caisse, constatant le désaccord clairement exprimé de l'intéressé, de rendre une décision formelle; qu'elle a cependant déclaré, dans son préavis du 1er février 2007, qu'elle était prête à lui notifier une décision munie des moyens de droit; qu'il convient dès lors d'en prendre acte;

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

1. Déclare le "recours" interjeté contre le courrier du 14 novembre 2006 irrecevable.

2. Prend acte de ce que la caisse notifiera à l'intéressé, dans les meilleurs délais, une décision munie des moyens de droit;

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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); 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 :
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