

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2088/2024

ATAS/793/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 octobre 2024

Chambre 3

En la cause

A_____

représentée par Me Alexandre BÖHLER, avocat

demanderesse
en réclamation

contre

CSS ASSURANCE-MALADIE SA

défenderesse
en réclamation

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

ATTENDU EN FAIT

Que Madame A_____ (ci-après : l'assurée) est affiliée, pour l'assurance obligatoire des soins, auprès de CSS ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après : l'assurance) ;

Qu'en déplacement à New-York en septembre 2023, l'assurée a souffert de fortes douleurs abdominales qui l'ont amenée à consulter en urgence ;

Que, souffrant d'une obstruction de l'intestin grêle, l'assurée été opérée le jour même ;

Qu'elle s'est acquittée elle-même des montants réclamés par l'hôpital et en a ensuite requis le remboursement auprès de l'assurance ;

Que le 27 décembre 2023, cette dernière lui a adressé deux décomptes de prestations, dont il ressortait que seul un montant de CHF 14'466.- lui serait remboursé ;

Que par courriers des 26 janvier et 21 février 2024, l'assurée a sollicité de l'assurance une décision formelle écrite et dûment motivée ;

Que par courriers des 21 mars et 8 mai 2024, son conseil a relancé l'assurance ;

Que le 21 juin 2024, l'assurée, représentée par un avocat, a saisi la Cour de céans d'un recours pour déni de justice ;

Que l'assurance a rendu une décision formelle en date du 17 juillet 2024 ;

Que la Cour de céans, par arrêt du 25 juillet 2024, a constaté que le recours pour déni de justice était devenu sans objet et condamné l'assurance à verser à l'assurée la somme de CHF 600.- à titre de participation à ses frais et dépens ;

Que par courrier du 31 juillet 2024, l'avocat de l'assurée a formé réclamation contre cet arrêt en joignant à sa demande une note d'honoraires de CHF 5'058.18 (sic), concernant l'activité déployée pour l'assurée depuis mars 2024 ; que cet état de frais fait mention, notamment, de plus de 7 heures de travail à titre de « recherches juridiques et rédaction du recours pour déni de justice » et 2h30 pour la rédaction de la lettre en question et la préparation de l'état de frais ;

Qu'invitée à se déterminer, l'assurance, par courrier du 27 septembre 2024, a fait remarquer que la rédaction d'une lettre de relance ne nécessitait pas l'assistance d'un avocat et que le recours pour déni de justice en lui-même n'apparaissait pas particulièrement compliqué.

CONSIDERANT EN DROIT

Que selon l'art. 61 let. g de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal, étant précisé que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal et que leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige ;

Que l'art. 61 let. g LPGA reprend la réglementation de l'art. 85 al. 2 let. f 2^{ème} phrase aLAVS (abrogé avec l'entrée en vigueur de la LPGA le 1^{er} janvier 2003), article auquel renvoyait l'art. 69 aLAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ;

Qu'aux termes de l'art. 87 al. 4 de la loi cantonale du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10) – auquel renvoie l'art. 89A LPA –, les frais de procédure, émoluments et indemnités arrêtés par la juridiction administrative peuvent faire l'objet d'une réclamation dans le délai de 30 jours dès la notification de la décision et aux conditions de forme prévues par les art. 50 et suivants LPA ;

Que le Tribunal cantonal des assurances sociales a jugé (cf. ATAS/1174/2007 du 30 octobre 2007) que s'il revient au Tribunal fédéral de déterminer si une partie a droit à des dépens ou non, la question de la détermination de leur montant relève de la compétence de la juridiction cantonale ;

Que dans un arrêt du 20 décembre 2007 (ATFA I 1059/06) portant sur la question du droit d'un recourant à des dépens en procédure cantonale, le Tribunal fédéral a considéré que l'art. 87 al. 4 LPA ne peut s'appliquer lorsqu'une décision sur les dépens fait totalement défaut (ATFA I 1059/06 consid. 2.2), l'application de cette disposition supposant en effet, d'après sa lettre, que des frais de procédure, émoluments ou indemnités aient été préalablement arrêtés par la juridiction administrative ;

Que le cas d'espèce est certes différent dans la mesure où la Cour de céans a reconnu le droit à des dépens et où seul le montant de ces derniers est contesté ;

Que le Tribunal fédéral a cependant ajouté, dans l'arrêt mentionné supra, que, « *quoi qu'il en soit*, la norme cantonale en cause n'est *de toute façon* pas applicable dans une procédure où le droit aux dépens est réglé par le droit fédéral » ;

Qu'à cet égard, le Tribunal fédéral s'est référé à la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 85 al. 2 let. f aLAVS concernant le droit aux dépens dans une procédure en matière d'AVS ou d'AI (par renvoi de l'art. 69 aLAI), jurisprudence dont il a précisé qu'elle reste applicable sous l'empire de l'art. 57 LPGA – qui prévoit l'institution par les cantons d'un tribunal des assurances statuant en instance unique – et de l'art. 61 let. g LPGA – qui reprend la réglementation de l'art. 85 al. 2 let. f 2^{ème} phrase aLAVS (arrêt I 245/04 du 14 avril 2005; ATFA I 1059/06 consid. 2.2) ;

Qu'il ressort de cette jurisprudence que les cantons n'ont pas la possibilité d'instaurer une procédure de recours à plusieurs échelons (ATF 110 V 54 consid. 4b) ;

Que le Tribunal fédéral a en effet considéré qu'admettre des voies de droit différentes pour le principe du droit aux dépens, d'une part, pour le montant de ces derniers, d'autre part, était incompatible avec le principe d'une procédure cantonale simple et rapide (ATF 110 V 54 consid. 4b), de sorte que l'existence d'une seconde autorité cantonale de recours ne saurait être admise pour juger de la question – relevant certes du droit cantonal – du montant des dépens (cf. également les doutes *sérieux* émis par le Tribunal fédéral quant à la conformité de la procédure de réclamation *in* arrêt du 15 janvier 2014 9c_722/2013 consid. 5, ainsi que ses explications réitérées dans l'arrêt 10 novembre 2015 9C_295/2015 consid. 1) ;

Qu'en dépit de la teneur de l'art. 87 al. 4 LPA, la Cour de céans ne saurait donc se reconnaître compétente pour statuer sur réclamation sur la question de la fixation du montant des dépens dans les domaines dans lesquels l'art. 61 LPGA trouve application (cf. arrêt de principe du 25 septembre 2008 ATAS/1068/2208) ;

Que selon l'art. 11 al. 3 LPA – applicable par renvoi de l'art. 89A LPA –, l'autorité qui décline sa compétence transmet d'office l'affaire à l'autorité compétente ;

Qu'en l'occurrence, la cause est donc transmise au Tribunal fédéral comme objet de sa compétence.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

1. Se déclare incompétente.
2. Transmet la cause au Tribunal fédéral comme objet de sa compétence.
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; RS 173.110); 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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