

## **GE\_GERICHTE A/3748/2015 vom 18. Januar 2016**

GE Cour de justice, 2016-01-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3748\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3748_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/3748/2015 du 18 janvier 2016

IT: GE\_GERICHTE A/3748/2015 del 18 gennaio 2016

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.01.2016  
A/3748/2015

A/3748/2015 ATAS/25/2016 du 18.01.2016 ( AI ) , ADMIS/RENVOI République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3748/2015 ATAS/25/2016 COUR DE JUSTICE  
Chambre des assurances sociales Arrêt du 18 janvier 2016 10<sup>ème</sup> Chambre En la cause  
Madame A \_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude  
de Maître DITISHEIM Saskia recourante contre OFFICE DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, Service juridique, sis rue des  
Gares 12, GENEVE intimé Attendu en fait, Qu'en date du 28 novembre 2014 une demande  
de mesures médicales en cas d'infirmités congénitales a été déposée en faveur de l'enfant  
B \_\_\_\_\_, née prématurément le \_\_\_\_\_ 2013, tout comme sa sœur jumelle, C \_\_\_\_\_  
(faisant l'objet d'une procédure parallèle à la présente, A/3746/2015), l'une et l'autre pesant  
moins de 2000 gr. à la naissance, et n'ayant atteint le poids de trois kilos qu'en août 2013,  
pour la prise en charge de la facture du 17 mars 2014 de la Clinique Générale Beaulieu,  
pour un montant de CHF 20'574.25 (par enfant); Que parmi les documents annexés à la  
demande de prestations figure notamment un courrier du 23 avril 2014, de Mutuel  
assurances (assureur-maladie de l'enfant), adressé à la mère de l'enfant, au sujet de la facture  
susmentionnée, où l'on peut notamment lire : « Selon les informations dont dispose notre  
service médical, ce traitement relève de l'Assurance-Invalidité (AI). Aussi, vous voudrez  
bien entreprendre les démarches nécessaires et transmettre cette note d'honoraires  
directement à l'Office AI concerné. » Que selon projet de décision du 21 juillet 2015,  
l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé)  
refusait la prise en charge de l'infirmité congénitale N° 494 (prématuré) pour l'enfant  
B \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ 2013 jusqu'à ce qu'elle ait atteint le poids de trois kilos, soit en août  
2013 en raison de la tardiveté de la demande présentée par sa mère, le 28 novembre 2014  
(art. 48 al. 1 LAI) ; Que l'OAI a rendu une décision en date du 25 septembre 2015,  
confirmant le projet du 21 juillet 2015, en l'absence de contestation dans le délai fixé ; Que  
par recours du 26 octobre 2015, Madame A \_\_\_\_\_, représentante légale de son enfant,  
elle-même représentée par un conseil, qui s'est constitué le même jour (ci-après : la  
recourante), a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours  
contre cette décision et contre la décision parallèle concernant la sœur jumelle, concluant à  
l'annulation des décisions entreprises et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelles  
décisions quant au remboursement de la (respectivement des) facture(s) litigieuse(s) ; elle  
explique avoir adressé, le 17 mars 2014, la facture du même jour de la Clinique Générale  
Beaulieu (ci-après : la clinique) pour les soins concernant l'infirmité susmentionnée  
directement à son assurance-maladie, Mutuel assurance-maladie SA, laquelle a omis de  
l'enregistrer et de la transmettre à l'OAI, alors même qu'elle savait dès le 26 février 2014  
que celui-ci était compétent pour prendre la facture litigieuse en charge ; Attendu que dans

sa réponse du 24 novembre 2015, l'OAI a proposé l'admission partielle du recours, admettant que la recourante avait déposé la demande de prestations dans les délais prescrits par la loi, même si c'était à un organe incompétent, et qu'ainsi c'était bien la date du 17 mars 2014 qu'il convenait de retenir pour établir la date du dépôt de la demande, qui n'est donc pas tardive ; Que l'OAI s'oppose toutefois à l'octroi de dépens en faveur de la recourante, dans la mesure où les faits l'ayant conduit à proposer l'admission partielle du recours étaient « totalement inconnus » et auraient dû être annoncés par la représentante de la recourante avant la notification de la décision; Que par courrier du 18 décembre 2015, le conseil de la recourante a indiqué à la chambre de céans qu'elle obtenait satisfaction quant aux motifs du recours, suite à la réponse de l'intimé, mais qu'elle maintenait ses conclusions concernant les dépens, la recourante n'étant pas représentée par avocat en 2014 (recte : avant le 26 octobre 2015) ; Attendu en droit, Que conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Que sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie ; Que le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, (art. 56ss LPGA et 89A ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]); Que l'art. 27 LPGA prévoit que, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1er). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2); Que le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseils s'étend non seulement aux circonstances de faits déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_66/2009 du 7 septembre 2009 consid. 8.3 non publié in ATF 135 V 339 ; Arrêt du Tribunal fédéral non publié 8C\_320/2010 du 14 décembre 2010 consid. 5.1) ; Que selon l'art. 30 LPGA tous les organes de mise en œuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent ; Que selon l'art. 61 lettre g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige ; Que sur le plan cantonal, la disposition précitée a son pendant à l'art. 89H al. 3 LPA, selon lequel une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause ; Que dans le cas d'espèce, l'intimé a conclu à l'admission partielle du recours, ce que l'on doit comprendre comme l'acquiescement aux conclusions du recours en tant qu'elles portent sur l'annulation de la décision entreprise et la prise en charge par

l'intimé de la facture litigieuse, mais le refus des conclusions du recours en tant qu'il porte sur la condamnation de l'intimé à verser une indemnité à la recourante ; Qu'en l'occurrence on ne saurait suivre l'intimé en tant qu'il nie le droit de la recourante à une telle indemnité, au motif que les faits le conduisant à proposer l'admission partielle du recours « étaient totalement inconnus et auraient dû être annoncés par les représentants de la recourante avant la notification de la décision ». Il ressort en effet des faits retenus ci-dessus que l'intimé a eu connaissance, dès le dépôt de la demande, du courrier adressé le 23 avril 2014 à la représentante de la recourante par son assureur- maladie, de sorte que l'OAI était d'emblée en mesure de tenir le raisonnement qui l'a conduit à admettre le recours, soit que « dès réception des factures de la clinique, les parents ont transmis leurs demandes de prise en charge à l'assureur-maladie soit un organe incompétent qui a contrevenu à ses obligations. (D'où la date à retenir du 17 mars 2014 pour établir la date du dépôt de la demande) » ; Qu'ainsi on ne saurait faire grief à la recourante de ne pas avoir annoncé ces faits à l'intimé, avant la notification de décision entreprise, et l'on doit ainsi constater que la recourante a dû faire appel à un conseil pour obtenir gain de cause, en interjetant un recours contre la décision litigieuse ; Qu'elle a donc droit à une indemnité au sens des dispositions précitées, laquelle sera fixée à hauteur d'un montant de CHF 1'000.- réparti à hauteur de CHF 500.- pour chacune des deux causes, un seul recours ayant été interjeté contre les décisions – identiques - touchant chacune des sœurs jumelles ; Que conformément à l'art. 69 al.1bis LAI dérogeant à l'art. 61 lettre a LPGA la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-. Par identité des motifs qui conduisent la chambre de céans à répartir l'indemnité de procédure allouée à la recourante par moitié pour chacune des causes, le montant des frais qui sera mis à la charge de l'intimé, au montant minimal de CHF 200.- prévu par la loi, sera également réparti à raison de CHF 100.- par cause. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. L'admet et annule la décision entreprise.![endif]>![if> 3. Retourne la cause à l'office cantonal de l'assurance-invalidité pour nouvelle décision dans le sens des considérants.![endif]>![if> 4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 500.-.![endif]>![if> 5. Met un émolument de CHF 100.- à la charge du l'intimé, dans le sens des considérants. ![endif]>![if> 6. 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.![endif]>![if> La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le