

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1245/2012

ATAS/1459/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 décembre 2012

2ème Chambre

En la cause

Monsieur H\_\_\_\_\_, domicilié à Confignon, représenté par AXA ARAG Protection juridique          recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève          intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

---

Vu, **EN FAIT**, la demande d'allocation pour impotent de l'AVS déposée le 27 juin 2008 par M. H\_\_\_\_\_, né en 1926 (ci-après l'assuré ou le recourant) auprès de la Caisse Cantonale Genevoise de Compensation (ci-après la caisse), transmise le 16 juillet 2008 à l'OFFICE INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI) pour instruction ;

Vu l'instruction diligentée par l'OAI ;

Vu la décision de la caisse du 9 septembre 2008 qui accorde une allocation d'impotence de degré moyen à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> février 2008 ;

Vu la demande de révision formée par l'assuré le 22 septembre 2010, complétée le 29 octobre 2010 ;

Vu la communication du 6 décembre 2010 adressée par l'OAI à l'assuré et constatant que le degré d'impotence n'a pas changé, de sorte que l'allocation de degré moyen reste maintenue ;

Vu le courrier de l'assuré du 9 décembre 2010 s'opposant à cette communication ;

Vu la décision de l'OAI du 5 janvier 2011, maintenant le droit de l'assuré à une allocation d'impotence de degré moyen ;

Vu l'arrêt de la Cour de céans du 29 mars 2011 qui admet partiellement le recours, annule la décision du 5 janvier 2011 et renvoie la cause à l'autorité compétente pour nouvelle décision au sens des considérants, aux motifs, d'une part, que c'est la caisse AVS qui est compétente pour rendre la décision, à l'exclusion de l'OAI et, d'autre part, qu'il convient d'interroger précisément l'assuré, voire son médecin-traitant, pour déterminer concrètement son besoin d'aide ;

Vu l'enquête au domicile de l'assuré effectuée par l'OAI le 27 septembre 2011 ;

Vu la communication de l'OAI du 4 avril 2012 puis, à la demande de l'assuré, la notification d'une décision de l'OAI le 24 avril 2012, qui maintient l'allocation pour impotence de degré moyen ;

Vu le recours formé par l'assuré le 30 avril 2012 ;

Vu le préavis de l'OAI du 23 mai 2012 ;

Vu le complément d'acte de recours formé par AXA ARAG, Protection juridique, le 30 mai 2012 pour le compte du recourant qui conclut à l'annulation de la décision, au renvoi de la cause à l'autorité compétente pour nouvelle décision accordant une allocation pour impotence grave dès le mois de novembre 2010 ;

Que le mandataire fait valoir, d'une part, que la nouvelle décision querellée souffre du même vice de forme que celui relevé dans l'arrêt du 29 mars 2011, dès lors que c'est l'OAI, et non pas la caisse, qui a rendu la décision ;

Que, pour le surplus, l'essentiel du complément de recours, rédigé sur deux pages, outre les conclusions, concerne le fond, soit le nombre d'actes pour lesquels l'assuré a besoin d'aide et qui, selon lui, justifient l'octroi d'une allocation de degré grave ;

Vu les conclusions complémentaires de l'OAI du 21 juin 2011 ;

Vu les déterminations du recourant du 26 juillet 2012 et les nouvelles pièces produites ;

Attendu que l'OAI a été expressément interpellé par la Cour sur la question de sa compétence pour rendre la décision et qu'il a répondu, le 12 septembre 2012 que la décision est annulable, s'en remettant à l'appréciation de la Cour ;

Vu l'arrêt de la Cour de céans du 25 septembre 2012 qui admet très partiellement le recours, annule la décision en tant qu'elle est notifiée par l'OAI, lui renvoie la cause pour transmission à la Caisse cantonale genevoise de compensation dans le sens des considérants ;

Que, pour le surplus, l'arrêt retient que l'instruction de la cause a permis de déterminer que, malgré l'aggravation de l'état de santé de l'assuré et l'accroissement du besoin d'aide pour les actes de la vie concernés, seul le besoin d'aide pour cinq actes de la vie est admis, de sorte que c'est à juste titre que l'allocation de degré moyen a été maintenue ;

Que l'arrêt retient que le recourant n'obtient que très partiellement gain de cause, sur la seule question formelle de l'autorité compétente, de sorte qu'une indemnité limitée à 1'000 fr. lui est allouée ;

Que, pour le surplus, la Cour a renoncé à la perception d'un émolument, compte tenu du fait, d'une part, que le refus d'augmenter l'allocation est justifiée et, d'autre part, que la décision relevait de la Caisse AVS et n'était dès lors pas soumise à émolument ;

Que par courrier du 18 octobre 2012, l'intimé a contesté le principe même de l'allocation de dépens, la décision de l'OAI ayant été confirmée en tous points sur le fond, de sorte que l'assuré n'a pas obtenu gain de cause ;

Qu'à titre subsidiaire, l'intimé a contesté le montant des dépens, eu égard au travail fourni par le conseil du recourant, qui n'est intervenu que dans un deuxième temps pour compléter par un mémoire de deux pages un recours introduit par l'assuré, sans tenue d'audience ;

Que le conseil de l'assuré a répondu, le 9 novembre 2012, qu'il admettait avoir obtenu gain de cause très partiellement seulement mais relève qu'il a souligné dans son écriture

du 30 mai 2012 le point litigieux, la problématique de la compétence étant d'ailleurs un problème connu, y compris de l'OAI, dont le droit d'être entendu n'avait pas été violé. Dans la mesure où l'assuré a obtenu gain de cause, même très partiellement, par rapport à un grief contenu dans un mémoire complémentaire, l'indemnité de dépens de 1'000 fr. est un montant réduit qui tient compte du fait de l'admission partielle du recours.

Qu'à la suite de cette détermination, les parties ont été informées, le 13 novembre 2012, que la cause était gardée à juger.

Considérant, **EN DROIT**, que la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, connaît 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), selon l'art. 143 al. 6 de la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ) du 26 septembre 2010,

Que 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 (art. 87 al. 4 de la loi cantonale du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative [LPA ; RS/GE E 5 10]),

Que la réclamation du 18 octobre 2012 formée contre l'arrêt de la Cour de céans du 25 septembre 2012 est donc recevable.

Que selon l'art. 61 let. g LPGA, la procédure devant le juge des assurances sociales est réglée par le droit cantonal, étant précisé que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et ses 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. 89H al. 3 de la loi cantonale du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10), applicable à la procédure devant la Cour, confirme qu'une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause,

Que d'après la jurisprudence, l'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4 a; 110 V 365 consid. 3 c),

Qu'en règle ordinaire, les honoraires d'avocat sont fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le mandataire a dû y consacrer (cf. GRISEL, Traité de droit administratif, page 848),

Que selon l'art. 6 du règlement sur les frais de procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA-RS/GE E 5 10.03), la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de 200 fr. à 10'000 fr.,

Que selon la casuistique de la Cour de céans, les dépens sont fixés en général entre 500 fr. et 5'000 fr., mais peuvent aller exceptionnellement au-delà de ce montant, notamment si la grande complexité du litige a impliqué la rédaction d'écritures qui ont nécessité d'importantes recherches juridiques ou un raisonnement ardu, ou si de nombreuses audiences ont été nécessaires (cf. ATAS/188/2011, 306/2010, 505/2011),

Que pour apprécier l'importance du travail et du temps consacré à la cause, il faut tenir compte du fait que le procès en matière d'assurance sociale est gouverné par la maxime inquisitoire, ce qui, dans de nombreux cas, est de nature à faciliter la tâche du mandataire (ATF 111 V 49 consid. 4a; 110 V 365 consid. 3c),

Qu'en l'espèce, la procédure cantonale de recours concernée a consisté, pour le mandataire du recourant, en la rédaction d'un mémoire de deux pages, la troisième contenant les conclusions, ainsi qu'en la rédaction d'observations sur une page et demie et la production de pièces,

Que l'essentiel des développements du mémoire complémentaire déposé par le conseil de l'assuré ainsi que des observations porte sur l'aggravation de l'état de santé et les conditions d'octroi d'une allocation pour impotence de degré grave,

Que le recourant, qui concluait à l'octroi d'une telle allocation, n'a pas obtenu gain de cause, s'agissant de ses conclusions principales,

Que le seul point sur lequel il a obtenu gain de cause, à savoir l'annulabilité de la décision en raison de l'incompétence de l'OAI, a été développé sur trois lignes et ne présentait aucune complexité, ne serait-ce que parce que le précédent arrêt du TCAS l'avait déjà relevé,

Qu'ainsi, le montant de 1'000 fr. fixé à titre de dépens dans l'arrêt querellé est trop important, compte tenu du peu de complexité de la question juridique liée à la compétence et du temps limité consacré à la rédaction des écritures concernant cette question,

Qu'au vu de ces éléments, du succès très partiel du recourant, du fait que son recours aurait été entièrement rejeté si la décision avait été prise par une autorité compétente, l'indemnité sera réduite à 200 fr.,

Que dans la mesure où le recours n'est pas purement et simplement rejeté, il se justifie d'octroyer des dépens, mais d'un montant très limité,

Que la réclamation sera ainsi admise dans cette mesure.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare la réclamation recevable.

**Au fond :**

2. Annule le chiffre 3 du dispositif de l'arrêt de la Cour de céans du 25 septembre 2012 (ATAS/1161/2012) et, statuant à nouveau sur ce point, condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 200 fr. à titre de dépens.
3. Confirme l'arrêt précité pour le surplus.
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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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