

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2254/2008

ATAS/663/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 15 juin 2010

En la cause

Monsieur B _____, domicilié à VESENAZ, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Marie FAIVRE

demandeur
sur
réclamation

contre

Arrêt du 20 avril 2010 du Tribunal cantonal des assurances sociales dans la cause
opposant

Monsieur à B _____

à

UNIVERSA CAISSE MALADIE, sise rue du Nord 5,
MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

Vu la décision du 21 mai 2008 rendue par UNIVERSA CAISSE MALADIE (la caisse);

Vu le recours du 23 juin 2008 de Monsieur à B_____ (l'assuré ou le recourant), la réponse du 13 août 2008, et les courriers complémentaires des parties;

Vu l'arrêt du Tribunal de céans du 18 décembre 2008 (ATAS 1503/2008), qui admet le recours et la demande, annule la décision du 21 mai 2008 (chiffre 2 du dispositif), dit que le recourant a droit au remboursement des frais litigieux, sur la base de l'assurance obligatoire des soins, comme de celle de l'assurance complémentaire (chiffre 3 du dispositif) et alloue 3'000 fr de dépens au recourant (chiffre 4 du dispositif);

Vu l'arrêt du Tribunal fédéral du 19 mars 2010, qui admet le recours de la caisse, annule les chiffres 2 et 3 de l'arrêt, en tant qu'il reconnaît le droit de l'assuré aux remboursement des frais sur la base de l'assurance obligatoire et prie le Tribunal de céans de statuer sur les dépens de la procédure cantonale;

Vu l'arrêt du Tribunal de céans (ATAS 397/2010), qui annule le chiffre 3 (recte: 4) du dispositif de l'arrêt du 18 décembre 2008 et dit qu'il n'y a pas lieu à l'octroi de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause même partiellement;

Vu la réclamation de l'assuré du 27 avril 2010 qui conclut à ce que la caisse soit condamnée à payer la moitié des dépens de la procédure cantonale et aux dépens de la procédure de réclamation, motif pris que le Tribunal Fédéral a annulé l'arrêt cantonal uniquement s'agissant du remboursement des frais sur la base de l'assurance obligatoire, de sorte que, faute de recours de droit civil, l'arrêt cantonal est devenu exécutoire pour ce qui concerne la prise en charge du fait de l'assurance complémentaire;

Vu le courrier d'Universa du 21 mai 2010, qui confirme que les conditions d'assurances précisent qu'elles n'interviennent qu'en complément de l'assurance obligatoire des soins, de sorte que le Tribunal ayant accordé de façon erronée la prise en charge par l'assurance obligatoire, tel était par conséquent le cas de l'assurance complémentaire. Il serait ainsi choquant d'allouer des dépens à l'assuré, qui se voit nier la prise en charge du traitement par l'assurance obligatoire et complémentaire;

Attendu en droit que, conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1), sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie;

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. Les dispositions des articles 50 à 52 sont pour le surplus applicables (article 87 al 4 LPA). La réclamation du 27 avril 2010 formée contre l'arrêt Tribunal de céans notifié le 20 avril 2010 est donc recevable;

Que l'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). L'assuré qui obtient gain de cause a droit à des dépens fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (cf. GRISEL, Traité de droit administratif, p. 848) ;

Qu'en l'espèce, les dépens initialement fixés à 3'000 fr. en faveur de l'assuré doivent effectivement être réduits à néant, ce dernier n'obtenant pas gain de cause, même partiellement, le Tribunal fédéral ayant annulé les chiffres 1 et 2 (recte 2 et 3) du dispositif de l'arrêt du 18 décembre 2008 et nié à l'assuré tout droit au remboursement des frais médicaux litigieux sur la base de l'assurance obligatoire des soins;

Qu'en effet, les prestations de l'assurance complémentaire ne sont dues par l'assurance qu'en complément des celles de l'assurance obligatoire (article 6 des conditions générales d'assurance combinée d'hospitalisation), de sorte que si l'assurance n'est pas tenue de prêter en vertu de l'assurance obligatoire, elle ne l'est pas non plus sur la base de la complémentaire;

Que l'arrêt cantonal admet la demande fondée sur la LCA, s'agissant de la couverture par l'assurance complémentaire, en raison de l'admission du recours concernant l'assurance obligatoire uniquement, ce qui ressort:

- du texte de l'arrêt: "Celle-ci (la caisse) sera tenue de rembourser les frais (...) sur la base de l'assurance obligatoire des soins. Par conséquent, également sur la base de l'assurance complémentaire de sorte que la demande sera admise" (arrêt du 18 décembre 2008, page 13);
- de l'absence d'examen des conditions d'octroi de l'assurance complémentaire et de motivation spécifique à cette assurance, dont la couverture est retenue en complément à celle de l'assurance obligatoire;

Que le Tribunal fédéral ayant nié tout droit au remboursement de l'assurance obligatoire des soins, l'assuré ne peut pas prétendre au remboursement par l'assurance complémentaire;

Que le Tribunal fédéral n'ayant examiné le recours que sous l'angle de l'assurance obligatoire, en recours de droit public, il a renvoyé la cause à la juridiction cantonale, afin qu'elle statue sur les dépens, alloués pour l'ensemble de la cause, soit le recours contre la décision et la demande sous l'angle de la LCA;

Que malgré l'absence de recours de droit civil, l'assurance est fondée à refuser toute prestation sur la base de l'assurance complémentaire, qui ne peut pas être tenue de prester sur la base de l'assurance complémentaire, si elle n'est pas tenue de le faire en vertu de l'assurance de base ;

Que l'assuré a donc été débouté entièrement de ses conclusions, que ce soit sur la base de l'assurance obligatoire que de l'assurance complémentaire, de sorte qu'il ne peut pas prétendre à des dépens;

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare la réclamation recevable.

Au fond :

2. La rejette.
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 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) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; 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

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le