

GE_GERICHTE A/1161/2012 vom 10. Juli 2012

GE Cour de justice, 2012-07-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1161_2012

FR: GE_GERICHTE A/1161/2012 du 10 juillet 2012

IT: GE_GERICHTE A/1161/2012 del 10 luglio 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.07.2012
A/1161/2012

A/1161/2012 ATAS/907/2012 du 10.07.2012 (LAMAL), PARTIELMNT ADMIS En fait
En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE
A/1161/2012 ATAS/907/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt
du 10 juillet 2012 2ème Chambre En la cause Madame M_____, domiciliée au
Grand-Saconnex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître David
METILLE recourante contre SUPRA, domicilié Chemin de Primerose 35, 1007 Lausanne
intimé EN FAIT Madame M_____, (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1956,
est assurée auprès de SUPRA (ci-après : la caisse ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire
des soins et diverses assurances complémentaires. En octobre 1984, l'assurée a été victime
d'un accident de décompression lors d'une plongée ayant entraîné une tri-parésie spastique
touchant les deux membres inférieurs et le membre supérieur droit. Elle se déplace en
fauteuil roulant en raison de cette paraplégie et est au bénéfice d'une rente d'invalidité
partielle depuis 1985 et entière depuis 1995. Elle a séjourné plusieurs fois à la
Rehabilitationszentrum Leukerbad AG – Clinique de rhumatologie et de réadaptation
(ci-après RZL) entre 2004 et 2009. L'assurée a été victime d'un accident de quad le 29 mai
2010, ayant entraîné plusieurs fractures et contusions. Elle a été hospitalisée à l'Hôpital de la
Tour du 20 mai au 16 juin 2010. Elle a séjourné au RZL du 16 juin au 4 août 2010, pour une
réhabilitation et la garantie de la caisse a été limitée à 224 fr./jour. L'assurée a sollicité de la
caisse la prise en charge du forfait journalier de 311 fr./jour applicable à la rééducation
intensive à la clinique de Beau-Séjour. La caisse a confirmé la prise en charge du séjour de
réhabilitation au RZL du 16 juin au 4 août 2010, limitée à 224 fr./jour, correspondant au
tarif de la clinique de Montana et de Joli-Mont, par décision du 8 avril 2011 à laquelle
l'assurée a formé opposition le 24 mai 2011. L'assurée a séjourné au RZL du 16 novembre
au 14 décembre 2011, pour une réhabilitation et la caisse a, pour les mêmes motifs, limité la
prise en charge à 233 fr./jour, sans rendre de décision formelle. Par décision sur opposition
du 8 mars 2012, la caisse a rejeté l'opposition, et confirmé la prise en charge des deux
séjours aux tarifs journaliers respectifs de 224 fr. et de 233 fr. L'assurée a formé recours le
20 avril 2012, concluant à une prise en charge intégrale des frais de 350 fr./jour. Par réponse
du 6 juin 2012, la caisse a conclu à l'admission partielle du recours, car le tarif applicable à
Beau-Séjour de 311 fr. devait être reconnu en raison de la rééducation spécialisée
dispensée. Par pli du 18 juin 2012, l'assurée a adhéré aux conclusions de la caisse s'agissant
du tarif de 311 fr., étant disposée à "retirer son recours", mais sollicitant l'octroi de dépens à
hauteur de 5'191 fr. 20, pour couvrir les honoraires d'avocats selon un tarif préférentiel de
350 fr. selon le récapitulatif de l'activité déployée. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN
DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du
26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1 er 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-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont celui des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal). Déposé dans la forme légale et le délai légal, le recours est recevable (art. 56 et art. 60 LPGA). Le litige porte sur le tarif auquel la caisse doit prendre en charge les séjours de réhabilitation de l'assurée du 16 juin au 4 août 2010 et du 16 novembre au 14 décembre 2011 et sur les dépens. a) Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier (al. 2 let. a) ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie (art. 41 al. 1 LAMal), étant précisé qu'en cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré (art. 41 al. 1 2ème et 3ème phrase LAMal). b) L'art. 39 LAMal prévoit que les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis, notamment, s'ils: figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (let. e). c) L'art. 41 LAMal précise qu'en cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs (al. 1). Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement ambulatoire administré par un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts correspondant au tarif applicable à cet autre fournisseur (al. 2). Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire (al. 3) d) L'art 49 LAMal dispose que pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39 al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits, ces rémunérations étant prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective (art. 49a LAMal). A Genève, le forfait journalier applicable à l'hôpital Beau-Séjour était de 311 fr. en 2010 et 2011. Le recourant 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). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). 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. Quant à l'activité de celui-ci, elle ne doit être prise en considération que dans la mesure où elle s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche, à l'exclusion des

démarches inutiles ou superflues. En outre, les démarches que le mandataire a entreprises avant l'ouverture de la procédure n'entrent pas en ligne de compte pour déterminer le montant des honoraires. On tiendra compte, dans ce contexte, des conséquences économiques qu'aura pour l'intéressé l'issue de la procédure (ATF 114 V 87 consid. 4 ; ATFA non publié du 23 janvier 2006, I 699/04, consid. 2). En l'espèce, c'est conformément au droit applicable que les parties ont finalement convenu que la caisse devait prendre en charge les deux séjours litigieux au tarif journalier de 311 fr., applicable à l'hôpital de Beau-Séjour. Celui de 224 fr., retenu par la caisse, est prévu pour les établissements hospitaliers de Montana et de Joli-Mont, qui ne disposent pas des structures de réhabilitation spécialisées nécessaires à l'assurée. A l'inverse, celle-ci ne prétend plus que les traitements nécessaires ne pourraient pas être fournis à Beau-Séjour, de sorte qu'il ne se justifie pas de mettre à la charge de la caisse le tarif de 350 fr. pratiqué par le RZL. Il n'y a donc pas lieu de motiver plus avant le bien fondé de la solution retenue. Dans la mesure où la recourante maintient ses conclusions en dépens, la Cour tranchera la cause, conformément à l'accord intervenu, au lieu de prendre acte du retrait du recours. Il s'avère donc que le recours formé par l'assurée est partiellement bien fondé. Surtout, il ressort des pièces produites que l'assurée, en personne, a sollicité dès juin 2010 déjà la couverture du forfait de 311 fr., conformément à ce qui avait été pratiqué et admis par la caisse lors des séjours de 2004 à 2009, les motifs évoqués par la caisse dans sa réponse pour justifier cette différence n'étant pas pertinents. Ainsi, si la caisse avait rapidement admis le tarif de 311 fr., l'assurée aurait été dispensée de déposer un recours et d'assumer les frais d'avocat y relatifs. Toutefois, le recours n'est que partiellement bien fondé et corolairement partiellement admis. Conformément à la jurisprudence et à la pratique de la Cour de céans, compte tenu de la relative complexité du cas, de l'acte de recours unique, mais très complet, de l'absence d'audience et d'autres actes de procédure, les dépens sont fixés à 2'000 fr. Ainsi, le recours est partiellement admis, la décision du 8 mars 2012 est annulée et il est dit que les séjours de la recourante au RZL du 16 juin au 4 août 2010 et du 16 novembre au 14 décembre 2011 sont à la charge de l'intimée au tarif journalier de 311 fr., et que l'intimée est condamnée à verser une indemnité de procédure de 2'000 fr. à la recourante. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement, annule la décision du 8 mars 2012 et dit que les séjours de la recourante au RZL du 16 juin au 4 août 2010 et du 16 novembre au 14 décembre 2011 sont à la charge de l'intimée au tarif journalier de 311 fr. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de procédure de 2'000 fr. à la recourante. Dit que la procédure est gratuite. 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) ; 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.