

GE_GERICHTE ATAS/1192/2011 vom 30. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1192_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1192/2011 du 30 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1192/2011 del 30 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des

A/3326/2010 - 10/16 - 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a repris la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce (cf. art. 1 al. 1 LAMal ; art. 2 LPGA).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

E. 4

Le litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais d'hospitalisation de la recourante pour la période du 17 novembre 2009 au 19 décembre 2009.

E. 5

En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. Ces prestations comprennent, notamment, les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25 al. 2 let. a LAMal) et le séjour en division commune d'un hôpital (art. 25 al. 2 let. e LAMal). Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques

inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement. Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 46 consid. 2b et les références citées).

A/3326/2010 - 11/16 - L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier (art. 39 al. 1 LAMal). Le seul fait de séjourner dans un établissement hospitalier ne suffit par conséquent pas à ouvrir le droit aux prestations dues en cas d'hospitalisation. Encore faut-il qu'il y ait maladie nécessitant un traitement hospitalier. Aussi, la prise en charge des frais d'hospitalisation n'entre pas en considération si le traitement peut tout aussi bien être appliqué sous la forme d'un traitement ambulatoire ou semi-hospitalier (LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, Berne 2004, p. 380). La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriées que dans un hôpital et d'autre part, également, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès. L'obligation de fournir des prestations peut aussi se justifier quand l'état malade de la personne ne nécessite pas forcément un séjour à l'hôpital mais que, néanmoins, le traitement ne peut être prodigué qu'en milieu hospitalier pour des raisons particulières, notamment lorsqu'un assuré âgé ou vivant seul est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état (ATF 126 V 326 consid. 2b).

E. 6

Pour satisfaire aux impératifs du caractère économique, les assureurs-maladie n'ont pas seulement le droit, mais sont également tenus, d'exercer - avec l'assistance de leur médecin-conseil - un contrôle suivi d'un traitement hospitalier. L'efficacité de ce contrôle postule qu'il puisse s'exercer préalablement au traitement ou en cours d'hospitalisation, le médecin traitant pouvant être amené, à la suite d'une intervention justifiée du médecin-conseil, à prescrire une mesure moins coûteuse que le maintien du patient en milieu hospitalier. Un tel contrôle préalable de l'économie du traitement a lieu le plus souvent quand l'assureur intervient en qualité de tiers-payant, mais il est aussi concevable dans le système du tiers-garant, même si, dans cette éventualité et pour des raisons pratiques évidentes, un contrôle s'opérera la plupart du temps a posteriori (DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in: Mélanges pour le 75ème anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 538). Ainsi, sous le régime de la LAMA, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: le TFA) a eu l'occasion de juger, à propos de l'art. 23 LAMA, qu'un contrôle préalable par le médecin-conseil (dans un cas d'application du système du tiers-garant) était souhaitable, quand il s'agit de procéder à un traitement médicamenteux coûteux, pour lequel la prescription ou la remise de médicaments abusive ne peut être exclue (RAMA 1984 n° K 566 p. 30 consid. 3b et c). Il est aussi dans l'intérêt du patient d'être soigné d'une manière qui réponde aux critères de l'économie, afin que les prestations du fournisseur soient remboursées par l'assurance-maladie sociale (DUC, La direction du traitement médical et le

contrôle

A/3326/2010 - 12/16 - de l'activité médicale par les assureurs sociaux, in: Aspects du droit médical, Fribourg 1987, p. 205). Il ne faut pas perdre de vue, par ailleurs, que le médecin-conseil n'est pas habilité à traiter lui-même l'assuré ou à donner des instructions au médecin traitant sur l'application d'un traitement (EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, ch. 62), même si la loi (art. 57 al. 6, deuxième phrase, LAMal) l'autorise, à certaines conditions, à examiner lui-même l'assuré. Si, contre l'avis du médecin-conseil, le médecin traitant estime qu'un séjour en milieu hospitalier est nécessaire, l'assuré conserve la possibilité de faire valoir vis-à-vis de l'assureur ses prétentions au remboursement des frais encourus. L'avis du médecin-conseil ne préjuge pas définitivement des droits que l'assuré pourrait faire valoir à un tel remboursement. L'exigence d'un accord de la part du médecin-conseil, préalable à une hospitalisation (ou à une prolongation de celle-ci) et qui serait considéré comme une condition sine qua non du versement par l'assureur de ses prestations, sortirait clairement du cadre des compétences que la loi attribue aux médecins-conseils des assureurs-maladie (arrêt non publié B. du 24 novembre 1999 [K 31/99]). Enfin, le contrôle doit s'exercer dans les limites du principe de proportionnalité (cf. art. 5 al. 2 Cst.), qui s'applique aussi à l'activité des assureurs qui gèrent l'assurance-maladie obligatoire (art. 11 LAMal), en leur qualité de détenteurs de la puissance publique (voir les art. 80 et 85 LAMal; cf. aussi, par exemple, ATF 116 V 236 consid. 3b). Ainsi, les interventions du médecin-conseil ne doivent pas aller au-delà de ce qu'exige un bon fonctionnement de l'assurance-maladie et, en particulier, de ce qui est nécessaire pour examiner si les conditions d'une prise en charge d'une prestation sont remplies (ATF 127 V 43). On ajoutera la nécessité de respecter le principe de la bonne foi, qui doit imprégner les relations entre l'Etat et les citoyens (art. 5 al. 3 Cst.; ATF 126 II 104 consid. 4b) et leur impose de se comporter l'un vis-à-vis de l'autre de manière loyale. Si le Tribunal fédéral a reconnu qu'un contrôle préalable au traitement ou en cours d'hospitalisation présentait de nombreux avantages, il n'a toutefois pas exclu la possibilité d'un contrôle fait a posteriori par les assureurs-maladie et leur médecin-conseil. Au contraire, il a d'ailleurs jugé que dans le système du tiers-garant, le contrôle s'opérait la plupart du temps a posteriori pour des raisons pratiques évidentes (ATF 127 V 43).

E. 7

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

A/3326/2010 - 13/16 - assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 8

En l'espèce, l'intimée a refusé de prendre en charge les frais d'hospitalisation de la recourante à partir du 17 novembre 2009 au motif que dès cette date, l'hospitalisation n'était plus médicalement justifiée mais reposait uniquement sur des considérations sociales. Les

appelés en cause partagent cet avis. La recourante estime pour sa part que son état de santé ne lui permettait pas de quitter l'hôpital le 17 novembre 2009 et que son hospitalisation était médicalement justifiée pour toute la durée de son séjour du 18 octobre 2009 au 19 décembre 2009.

E. 9

La recourante a été hospitalisée aux HUG suite à une chute à son domicile, sans traumatisme crânien ni perte de connaissance. L'examen clinique a révélé un syndrome de Diogène ainsi que divers problèmes, tels qu'un état de dénutrition, une gastrite chronique, des symptômes de démangeaison généralisée, une hypertension artérielle non traitée, des difficultés d'audition et un possible problème d'alcoolisme. Concernant le caractère médicalement justifié de cette hospitalisation, le Prof. O _____, chef du service de gériatrie du département de réhabilitation et gériatrie des HUG, a indiqué très clairement que la prolongation du séjour hospitalier entre le 17 novembre 2009 et le 19 décembre 2009 n'était nullement liée à un problème médical, mais à des tergiversations familiales concernant l'avenir de l'assurée et de sa sœur, à savoir une sortie à domicile, en institution ou un retour aux États-Unis. Le Dr P _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de l'intimée, a retenu que les traitements dispensés à la recourante ne justifiaient pas deux mois d'hospitalisation. La Dresse N _____, de l'Hôpital X _____, a indiqué qu'au vu d'un retour impossible à domicile (état de délabrement de la maison, syndrome de Diogène), une sortie avec logement provisoire dans un hôtel avait été organisée pour la recourante et sa sœur en collaboration avec leur neveu, dans l'attente d'un probable retour définitif aux États-Unis.

E. 10

Au regard des avis médicaux précités, et en particulier du rapport convaincant établi par le Prof. O _____, la Cour de céans considère que l'hospitalisation de la recourante n'était plus médicalement justifiée à partir du 17 novembre 2009 mais reposait uniquement sur des considérations sociales, à savoir l'impossibilité de renvoyer la recourante chez elle vu l'insalubrité de son domicile. Le dossier médical de la recourante ne mentionne d'ailleurs aucun traitement pour soins aigus ou maladie nécessitant un traitement hospitalier après le 17 novembre

A/3326/2010 - 14/16 - 2009. Les seuls soins et symptômes encore signalés sont un examen ORL réalisé le 25 novembre 2009 en l'absence d'un médecin durant la semaine précédente selon lequel la recourante souffrait de sensation d'oreille bouchée mais ne relevant aucun problème médical particulier, un état nauséux accompagné de deux vomissements le 17 décembre 2009 ne nécessitant pas de soins médicaux importants, l'état général de la recourante étant conservé et, enfin, un rapport histologique du 18 novembre 2009 consistant en réalité en des biopsies antro-fundiques et bas œsophage à 30cm de l'arcade dentaire réalisées le 13 novembre 2009 et relevant respectivement des discrètes lésions de gastrite chronique sans signe d'activité avec absence de métaplasie intestinale ou d'*Helicobacter pylori*, et des fragments de muqueuse glandulaire de type cardinal avec métaplasie intestinale étendue compatible avec un œsophage de Barrett mais l'absence de signes histologiques de dysplasie. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais d'hospitalisation de la recourante à partir du 17 novembre 2009. Quoi qu'en dise cette dernière, le fait que le contrôle du traitement hospitalier par l'intimée n'ait pas eu lieu préalablement ou en cours de traitement n'y change

rien. En effet, c'est le lieu de rappeler qu'un contrôle a posteriori est conforme à la jurisprudence, ce d'autant dans le système du tiers-garant. Le recours, mal fondé, sera dès lors rejeté.

E. 11

A titre subsidiaire, la recourante conclut à ce que la Cour de céans constate qu'elle n'est pas débitrice des HUG appelés en cause, la responsabilité de ces derniers étant engagée faute de lui avoir fourni les informations adéquates et nécessaires quant à la prise en charge de son assurance. La Cour de céans dispose de compétences d'attribution énumérées exhaustivement à l'art. 134 LOJ. En vertu de l'art. 56 LPGA, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice statue sur les recours dirigés contre les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte qui ont été rendues par des assureurs ou l'administration (cf. ATF non publié du 2 décembre 2010, 9C_320/2010, consid. 4.4). En l'espèce, les conclusions de la recourante dirigées contre les HUG portent sur le point de savoir si ces derniers ont engagé leur responsabilité faute de l'avoir dûment informée quant à la prise en charge par son assurance et, partant, s'ils sont en droit de lui réclamer le paiement de leur facture. Or, les HUG, en tant que fournisseurs de prestations, ne peuvent rendre de décision au sens de l'art. 49 LPGA sujette à recours devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, de sorte que l'on ne se trouve pas dans l'un des cas prévus à l'art. 134 LOJ. La Cour de céans doit dès lors décliner sa compétence concernant les conclusions subsidiaires dirigées contre les HUG. Ces dernières seront déclarées irrecevables et la recourante invitée à mieux agir.

A/3326/2010 - 15/16 -

E. 12

En conclusion, le recours sera intégralement rejeté dans le sens des considérants.

E. 13

En vertu de l'art. 61 let. g LPGA, seul le recourant obtenant gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens (voir aussi art. 89H al. 3 LPA). Compte tenu de l'issue du litige, la recourante sera par conséquent déboutée de sa conclusion y relative. Il en va de même des conclusions des HUG, appelés en cause.

A/3326/2010 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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