

GE_GERICHTE ATAS/1305/2010 vom 16. Dezember 2010

GE Cour de justice, 2010-12-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1305_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1305/2010 du 16 décembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1305/2010 del 16 dicembre 2010

Erwägungen

E. 1

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 la 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.

E. 2

Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, par devant le Tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si la taxe pour patients aigus convenue doit être allouée par l'intermédiaire de l'assurance obligatoire des soins pour la période du 15 au 19 novembre 2008.

E. 4

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 LAMal, en tenant compte des conditions énoncées aux art. 32 à 34. Ces prestations comprennent, notamment, les examens, traitements et soins dispensés 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). Par ailleurs les prestations de l'assurance obligatoire englobent le séjour en division commune dans un établissement hospitalier (art. 25 al. 2 let. 2 LAMal).

E. 5

Selon l'art. 32 al. 1 LAMal les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de

l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale: lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). Le critère de

A/3484/2009 - 10/14 - l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

E. 6

Les coûts du séjour hospitalier sont pris en charge par l'assurance obligatoire lorsque les conditions suivantes sont satisfaites : - la personne assurée doit séjourner dans un établissement hospitalier ou dans une division hospitalière qui sert au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution en milieu hospitalier de mesures médicales de réadaptation (art. 39 al. 1 LAMal) ; - l'établissement hospitalier ou la clinique doit figurer sur la liste hospitalière cantonale structurée en catégorie selon les mandats de prestations ; - Selon l'art. 49 al. 3 LAMal, en cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital (servant au traitement hospitalier de maladies aiguës, au sens de l'art. 39 BGE 125 V 177 p. 179 al. 1 LAMal) tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins et d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 LAMal (convention tarifaire avec les établissements médico- sociaux) est applicable. Autrement dit, un séjour dans un établissement hospitalier pour soins aigus au tarif hospitalier ne peut se faire qu'aussi longtemps qu'un tel séjour est rendu nécessaire par le but du traitement (LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2ème éd. , Berne 1997, p. 165, n°28 ; ATF 124 V 364). Il est établi dans le cas d'espèce que les deux premières conditions énoncées ci- dessus étaient remplies dans le cas particulier. En revanche, la caisse conteste qu'il y ait eu nécessité d'hospitalisation en soins aigus durant la période litigieuse, du 15 au 19 novembre 2008. L'art. 49 al. 3 LAMal reprend la jurisprudence rendue à propos du principe d'économie du traitement prescrit à l'art. 23 LAMA (cf. message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 168). D'après cette jurisprudence, l'assuré dont l'état nécessite une hospitalisation doit choisir l'établissement hospitalier ou la division qui correspond à la catégorie de malades à laquelle il appartient. Aussi, une caisse n'a-t-elle pas à prendre en charge, au titre de l'assurance de base, les coûts supplémentaires découlant du fait que l'assuré se rend dans une clinique spécialisée dans les traitements intensifs - et, partant, plus coûteuse -, bien que son état ne nécessite pas un tel traitement et qu'il aurait pu être soigné aussi bien dans un établissement plus simple et moins onéreux. De même, l'assuré dont l'état nécessite un traitement hospitalier ne peut prétendre des prestations plus élevées que celles qui sont prévues par la loi ou les dispositions statutaires, lorsqu'il est contraint de séjourner dans une clinique dont les prix sont

A/3484/2009 - 11/14 - élevés, parce qu'il ne trouve pas de place dans un établissement ou une division moins chers, correspondant à la catégorie de malades à laquelle il appartient. Par ailleurs, une caisse n'a pas à prendre en charge un séjour dans un établissement hospitalier lorsqu'un assuré, dont l'état ne nécessite plus une hospitalisation, continue de

séjourner dans un tel établissement parce que, par exemple, il n'y a pas de place dans un établissement médico-social adapté à ses besoins et que l'hospitalisation ne repose finalement que sur des motifs d'ordre social (ATF 115 V 48 consid. 3b/aa et les références, cf. aussi ATF 120 V 206 consid. 6a). Bien qu'elle ait partiellement étendu les prestations, la LAMal n'a pas entraîné de modification en ce qui concerne le principe de l'économie du traitement et ses incidences sur le droit aux prestations en cas d'hospitalisation. Aussi, la jurisprudence ci-dessus exposée a-t-elle gardé toute sa valeur sous l'empire du nouveau droit (ATF 125 V 177 consid. 1b ; ATF 124 V 364 consid. 1b; BGE 125 V 177 p. 180 RAMA 1998 no KV 34 p. 289 consid. 1; ALFRED MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle et Francfort-sur-le-Main 1996, p. 71 no 181). La LAMal ne fixe pas de terme à partir duquel un patient atteint d'une affection chronique ne nécessite plus des soins réservés à des maladies aiguës. Tant que l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé, un tel patient peut donc prétendre des soins pour maladie aiguë en milieu hospitalier (cf. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 304 ad ch. 139). Selon la jurisprudence constante, il existe une indication médicale pour un séjour hospitalier lorsque la personne assurée est malade au sens de la LAMal, que les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires peuvent être effectuées de façon appropriée uniquement dans un établissement hospitalier, d'autre part également lorsque les possibilités d'un traitement ambulatoire sont épuisées et que les chances de succès d'un traitement existent encore uniquement dans le cadre d'un séjour hospitalier. Un simple séjour dans un établissement hospitalier ne justifie pas un droit aux prestations légales. Cependant, dans l'arrêt invoqué par la recourante, le TFA a reconnu au médecin traitant un certain pouvoir d'appréciation s'agissant de fixer la limite entre hospitalisation aiguë et soins de longue durée (ATF 124 V 362ss consid. 2c).

E. 7

Dans le cas d'espèce, la recourante a été hospitalisée auprès de la Clinique Générale Beaulieu dans la division soins aigus, dès son entrée en clinique, le 5 novembre 2008, et jusqu'au 19 novembre 2008. Conformément à la garantie délivrée par l'intimée le 13 novembre 2008, la prise en charge de ces frais de séjour n'est pas remise en question jusqu'au 14 novembre 2008, bien qu'il s'agisse d'une hospitalisation en division pour affection aiguë.

A/3484/2009 - 12/14 - Par contre, à compter du 15 novembre 2008, l'intimée a considéré qu'aucun élément médical ne pouvait justifier la poursuite d'une telle hospitalisation dans ladite division. Force est de constater que les deux médecins interrogés, ayant suivi la patiente durant la période litigieuse, à savoir les Docteurs N_____ et L_____, ont confirmé qu'une fracture de la clavicule ne nécessitait généralement pas d'hospitalisation, ce qui vaut a fortiori pour une hospitalisation pour affection aiguë. Ils ont tous deux confirmé que l'hospitalisation qui avait duré du 5 au 19 novembre 2008 avait eu lieu en raison de l'impossibilité pour la recourante de se déplacer sans ses cannes, du fait de la fracture claviculaire, le Docteur L_____ ayant également indiqué, lors de l'audience d'enquêtes du 4 mars 2010, qu'il n'était pas indiqué, du point de vue médical et thérapeutique, de renvoyer la recourante chez elle, étant rappelé que la chute à l'origine de la fracture de la clavicule s'était produite à domicile et qu'une station alitée prolongée aurait engendré des risques trombo-emboliques. Le Docteur N_____, s'agissant de se prononcer sur un retour à domicile, avec organisation de soins sur place, a indiqué qu'une

infirmière à domicile avec passage toutes les six heures aurait pu être envisagée, mais que cela aurait été très coûteux pour l'assurance. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de tenir compte de la situation médicale particulière de la recourante, connue à teneur du dossier, comme des facteurs pris en considération par ses médecins traitants, ainsi que de son âge et de celui de son époux, pour aboutir à la conclusion qu'un retour à domicile n'était pas envisageable dans le cas d'espèce. Il ne paraît pas plus concevable, ce que soutient à raison la recourante, de prendre en considération un placement en EMS pour un séjour de cinq jours. Toutefois, s'agissant spécifiquement d'une hospitalisation en division pour affections aiguës, il apparaît évident, au vu des soins non spécifiques qui lui ont été prodigués (radiographies, examens sanguins, traitement antalgique) comme des affections dont elle souffrait, qu'une telle hospitalisation n'était pas justifiée. Comme le soutient avec raison l'intimée, après les premiers jours d'hospitalisation nécessités pas le bilan diagnostique et thérapeutique, la patiente aurait dû et pu être transférée en division de soins de réadaptation, soit en lit « B », tel que fourni par la Clinique de Joli-Mont, par exemple. Il convient également de souligner que c'est le Docteur L. _____ lui-même qui a indiqué, lors de l'audience d'enquêtes du 4 mars 2010, qu'il n'avait pas été possible de transférer la patiente dans une autre unité que celle de soins aigus, où elle avait été hospitalisée durant tout son séjour, « faute de place ».

A/3484/2009 - 13/14 - Quant à lui, lors de la même audience, le Docteur N. _____ a ajouté que c'était « pour des raisons pratiques, en particulier », que la possibilité de transférer la recourante dans un autre établissement hospitalier n'avait pas été évoquée, ajoutant « car cela aurait rendu très difficile, à son époux, de lui rendre visite tous les jours, ainsi qu'il le faisait ». Or, au regard du principe d'économicité applicable en l'espèce, de tels arguments ne sauraient être retenus comme valables pour justifier la prise en charge, par l'assurance de base, de frais supplémentaires au coût d'une hospitalisation en lit « B ». L'intimée ayant d'ores et déjà accepté la couverture des frais relatifs à l'hospitalisation de la recourante pour la période du 15 au 19 novembre 2008, à hauteur de 215 fr. par jour, tarif plus généreux que celui qui était, de fait, applicable en 2008, ce qu'elle ne remet pas en question dans le cadre de la présente procédure, sa décision sur opposition du 27 août 2009 sera confirmée.

E. 8

Enfin, s'agissant de l'assurance complémentaire hospitalisation dont la recourante bénéficie auprès de SWICA, il est établi que cette dernière a couvert les frais de séjour en division privée. La recourante mentionne toutefois dans ses écritures que cette couverture n'aurait pas été assurée de manière exhaustive, sans plus ample explication. Elle ne prend pas de conclusion en paiement différenciée, relativement à la prise en charge qu'elle fait valoir par rapport à l'assurance de base et celle à laquelle elle prétendrait sur la base de son assurance complémentaire, ces deux couvertures ne pouvant être confondues. L'intimée ne s'est jamais prononcée au sujet de la couverture complémentaire, les décisions rendues ne contenant aucune analyse de cette question. Il n'appartient dès lors pas au Tribunal de se prononcer sur cette question dans le cadre de la présente procédure de recours.