

## **GE\_GERICHTE ATAS/1438/2012 vom 28. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1438\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1438_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1438/2012 du 28 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1438/2012 del 28 novembre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

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 1er 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.

#### **E. 2**

La LPGA s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont notamment celui des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal).

#### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). L'intimée conclut à l'irrecevabilité des conclusions des appelés en cause en tant qu'elles tendent à l'annulation de la décision du 10 août 2010 et de la décision sur opposition du 26 avril 2011, au motif qu'ils ne les ont pas contestées à temps. En l'occurrence, on ne saurait reprocher aux appelés en cause de ne pas avoir contesté les décisions précitées rendues par l'intimée puisque celles-ci portent exclusivement sur les rapports juridiques entre la recourante et l'intimée. On relèvera que l'intimée ne les a, au demeurant, pas notifiées aux appelés en cause, de sorte que ceux-ci n'étaient pas en mesure, quoiqu'il soit, de les contester.

#### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée doit prendre en charge les frais d'hospitalisation de la recourante du 21 décembre 2009 au 17 mars 2010.

#### **E. 5**

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 dans un établissement

A/1632/2011 - 14/21 - médico-social par des médecins, des chiropraticiens, des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2), les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (al. 2 let. d) ainsi que le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e). 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 43 consid. 2b et les références citées). Aux termes de l'art. 41 al. 1bis LAMal, en cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. L'art. 49 al. 1 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. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Selon l'art. 49 al. 4 LAMal, la rémunération allouée en cas d'hospitalisation s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'al. 1, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable. Selon cette disposition, en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, al. 3), l'assureur prend en charge les mêmes

A/1632/2011 - 15/21 - prestations que pour un traitement ambulatoire ou les soins à domicile. Il peut toutefois convenir avec l'établissement médico-social d'un mode de rémunération forfaitaire. L'art. 49, al. 7 et 8, est applicable par analogie.

## **E. 6**

Le droit à des prestations pour un traitement en milieu hospitalier implique qu'un tel traitement soit nécessaire. D'après la jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA, le seul fait de séjourner dans un établissement hospitalier ne suffit pas à ouvrir droit aux prestations. Les caisses répondent toutefois de toute hospitalisation rendue indispensable par l'état malade de leurs assurés lorsque cet état nécessite, non pas forcément un traitement médical, mais simplement un séjour en milieu hospitalier. L'intensité des traitements médicaux qu'exige la maladie n'est pas l'unique critère pour décider si l'état de santé justifie une hospitalisation, 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. Dès lors, le droit aux prestations d'hospitalisation n'existe pas si une hospitalisation a lieu uniquement pour des motifs sociaux, c'est-à-dire si l'assuré n'est pas malade au sens de la loi sur l'assurance-maladie ou si l'ensemble du traitement médical et des autres soins nécessités par sa maladie ne justifie pas un séjour à l'hôpital (ATF 115 V 48 consid. 3b/aa; RAMA 1991

no K 863 p. 78 consid. 2a et la jurisprudence citée). Il est admis que cette jurisprudence conserve toute sa valeur sous le régime de la LAMal en ce qui concerne les établissements et leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal (ATF 125 V 179 consid. 1b; RAMA 1998 no KV 34 p. 289; Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch.136 ss; Duc, L'établissement médico-social et la LAMal, in : LAMal-KVG : Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 313 et 316. ; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, p. 71 note 181; voir aussi ATF 124 V 365 consid. 1b). 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). 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 (ATFA non publié 9C\_276/2011 du 3 janvier 2012, consid. 3.1).

A/1632/2011 - 16/21 - Il est dans l'intérêt tant des assurés que des assureurs-maladie de distinguer clairement les notions de traitement ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier. La loi, respectivement les conventions tarifaires et les tarifs édictés par les gouvernements cantonaux font une nette distinction entre ces trois formes de traitements médicaux et prévoient des modalités d'indemnisation des assurés et de prise en charge des frais fort différentes. Cette distinction est en particulier nécessaire pour déterminer le tarif applicable, le choix du fournisseur de prestations, l'étendue de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins et la participation aux coûts des assurés (ATFA non publié 9C\_276/2011 du 3 janvier 2012, consid. 3.1). La condition du droit à la rémunération conformément au tarif applicable à l'hôpital est réalisée lorsque l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé (ATFA non publié K 186/00 du 14 mai 2001, consid. 2b). Pour établir si une hospitalisation est nécessaire, seul l'état de santé au moment de l'hospitalisation est déterminant (ATF 120 V 200 consid. 6a). La santé de l'assuré à la sortie de l'établissement hospitalier n'est ainsi pas décisive. La guérison de l'assuré ou l'amélioration de sa santé ne sauraient, en règle générale, entraîner la reconnaissance a posteriori de la nécessité de son hospitalisation. A l'inverse, on ne saurait déduire de ce qu'il n'y a pas eu de complications graves durant l'hospitalisation que l'assuré n'avait pas besoin d'une surveillance continue et de soins infirmiers constants (Guy LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, thèse, Berne 2004, p. 382). Par conséquent, le caractère économique du traitement n'autorise un séjour dans un hôpital pour patients atteints de maladie aiguë, au tarif des établissements hospitaliers, qu'aussi longtemps qu'un tel séjour est rendu nécessaire par le but du traitement (ATF 124 V 364 consid. 1). 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 125 V 177 consid. 1b). Toutefois, conformément à la jurisprudence rendue du temps de la LAMA, il convient, si nécessaire, d'accorder à l'assuré séjournant dans un hôpital pour patients atteints d'une affection aiguë une brève période d'adaptation pour lui permettre de se rendre dans un établissement médico-social ou une division de ce type (ATF 124 V 366 consid. 2c). La jurisprudence a ainsi admis la nécessité d'une hospitalisation dans les cas suivants: assurée âgée de 97 ans ayant subi une fracture de la jambe et devant suivre une rééducation difficile selon les médecins afin de recouvrir sa mobilité et son autonomie (RJAM 1982 n°477 p. 41); séjour de remobilisation, réhabilitation et amaigrissement après un infarctus (RJAM 1978 n°331 p. 170); assurée de 75 ans impotente et souffrant d'une affection sanguine stabilisée (RJAM 1969 n°48 p. 99); réhabilitation cardiaque, cependant limitée à trois semaines (ATFA non publié K 184/00 du 9 octobre 2001); psoriasis grave avec échec des traitements

A/1632/2011 - 17/21 - ambulatoires (RKUV 1985 n° K 621 p. 85); fracture de l'humérus et douleurs nécessitant de la physiothérapie chez une assurée de 78 ans (ATFA non publié K 158/00 du 11 juin 2001). Elle l'a en revanche niée pour l'hospitalisation de deux mois une à deux fois par an d'un assuré presque hémiparétique à la suite d'un accident vasculaire cérébral sévère survenu six ans auparavant, en raison de l'utilité discutable de la physiothérapie dans un tel cas (RAMA 2000 KV n°135 p. 338); en cas de séjour n'incluant que de brèves séances de gymnastique non quotidiennes chez une assurée souffrant d'artériosclérose (RAMA 1999 KV n° 60 p. 31); pour un séjour en clinique en raison d'un état d'épuisement (ATFA non publié K 112/01 du 17 juin 2002) et enfin chez une assurée sexagénaire ayant subi une pose de prothèse de la hanche et pouvant se déplacer au moyen de béquilles, le séjour post-opératoire en clinique ayant été qualifié de convalescence (ATFA non publié K 180/00 du 22 août 2001).

## **E. 7**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). La jurisprudence se réfère également à ces critères pour examiner la valeur probante de rapports médicaux lorsqu'il s'agit d'évaluer la nécessité d'une hospitalisation (ATFA non publié K 50/03 du 3 décembre 2003, consid. 7). Enfin, 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 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'occurrence, il ressort des déclarations de la Dresse G\_\_\_\_\_ qu'au moment de l'entrée de la recourante à l'Hôpital de Loëx le 4 décembre 2009, celle-ci présentait une escarre sacrée importante (degré IV) - d'un diamètre de 3 cm et de

A/1632/2011 - 18/21 - 4 cm de profondeur - qui nécessitait une surveillance quotidienne avec changement de pansements tous les jours. Il résulte en outre de son rapport du 11 décembre 2009 adressé à l'intimée, que l'escarre était colonisée par des bactéroïdes fragilis et streptococcus agalactiae du groupe B (pièce 20/30 chargé intimée). Par ailleurs, selon les déclarations de ce médecin, pour ce traitement, la recourante était suivie par une équipe spécialisée, comprenant des médecins en chirurgie plastique. En outre, la recourante devait également poursuivre le traitement de physiothérapie et d'ergothérapie pour maintenir les capacités motrices et éviter les complications dues à la spasticité. De surcroît, la recourante était prise en charge sur le plan psychiatrique et assistée également par des psychologues. Force est dès lors de constater que la recourante présentait, déjà à son entrée à l'Hôpital de Loëx, un besoin de prise en charge globale et de soins médicaux qui ne pouvaient être pratiqués de manière appropriée que dans un hôpital. Ensuite, dès janvier 2010, l'état de santé de la recourante s'est aggravé sur plusieurs points. La Dresse G\_\_\_\_\_ a en effet expliqué par-devant la Cour de céans que sa patiente allait moins bien et était très douloureuse, au point que le traitement antalgique avait dû être adapté. Par ailleurs, la médication contre la spasticité avait entraîné des complications, soit une perturbation des tests hépatiques, de sorte que le traitement avait également dû être adapté par ce médecin. Enfin et surtout, l'escarre était devenue plus importante, avec un écoulement, qui a nécessité le transfert aux HUG pour un examen spécialisé afin de déterminer une attitude thérapeutique. Au vu des déclarations convaincantes et détaillées fournies par le témoin, la Cour de céans ne saurait mettre en doute l'aggravation de l'état de santé à compter de janvier 2010, comme le fait valoir l'intimée. On relèvera que ces explications sont corroborées par la demande de prolongation du 14 janvier 2010 établie par la Dresse G\_\_\_\_\_, dans laquelle elle a relevé notamment que l'escarre présentait une évolution défavorable depuis une semaine. Cette demande de prolongation ayant été adressée à l'intimée, celle-ci ne saurait prétendre, comme elle fait, qu'elle n'a pas été dûment informée de l'existence d'une complication. On ajoutera encore que la Dresse G\_\_\_\_\_ a confirmé par-devant la Cour de céans que les soins administrés ne pouvaient pas être donnés dans un EMS, étant précisé que les médecins avaient d'ailleurs été actifs du point de vue des soins jusqu'au 17 mars 2010, et qu'avant cette date, il était trop tôt pour que la recourante entre dans un EMS, ajoutant que même si une place en EMS avait été disponible, elle n'aurait pas laissé partir la recourante avant le mois de mars 2011. Au vu de ces éléments, force est de constater que l'aggravation de l'état de santé de la recourante dès janvier 2010 a rendu son hospitalisation d'autant plus indispensable dans la mesure où la recourante nécessitait alors un encadrement médical et soignant encore plus soutenu qu'au moment de son entrée à l'Hôpital de

A/1632/2011 - 19/21 - Loëx. Ce n'est ainsi pas un problème d'organisation du placement en EMS qui est à l'origine du maintien en milieu hospitalier de la recourante, mais bien son état de santé. Les autres pièces médicales du dossier ne conduisent pas à une autre appréciation du cas. Il en va ainsi, en particulier, de l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ du 16 avril

2011 dont les conclusions ne sont pas convaincantes. En effet, celui-ci a considéré qu'à compter du 4 décembre 2009, date du transfert à l'Hôpital de Loëx, l'état de santé de la recourante était stabilisé et que les mesures thérapeutiques n'avaient pas pour but une amélioration, de sorte que le maintien à l'hôpital ne se justifiait pas. Or, contrairement à ce qu'indique ce médecin, il est dûment établi que l'état de santé de la recourante n'était pas stabilisé lors de son entrée à l'Hôpital de Loëx, qu'il s'est même notablement aggravé dès janvier 2010 et que les mesures thérapeutiques ont permis d'améliorer en particulier la grandeur et la profondeur de l'escarre sacrée. Le rapport de sortie du 9 décembre 2009 établi par les Drs F \_\_\_\_\_, AC \_\_\_\_\_ et AA \_\_\_\_\_ ne permet pas non plus de retenir l'absence d'indication hospitalière pour la période litigieuse du 21 décembre 2009 au 17 mars 2010, comme le voudrait l'intimée, puisque ce rapport porte sur le séjour hospitalier effectué par la recourante du 28 septembre au 4 décembre 2009. Certes, ce rapport fait-il mention d'un placement dans un EMS, corroborant ainsi l'explication de la Dresse G \_\_\_\_\_ selon laquelle un tel placement avait effectivement été discuté avant le transfert de la recourante à l'Hôpital de Loëx. Il n'en demeure pas moins que des traitements et des soins dans une structure hospitalière étaient encore nécessaires non seulement au moment de son entrée à l'Hôpital de Loëx - ne serait-ce qu'en raison de la grandeur et de la profondeur de l'escarre sacrée - mais également dès janvier 2010, vu que son état de santé s'est alors aggravé, de sorte qu'un transfert en EMS n'était alors pas adéquat. A cet égard, le Dr AB \_\_\_\_\_ a confirmé lors de son audition que lorsqu'un patient séjourne à l'hôpital et qu'il bénéficie de soins quotidiens, il convient de déterminer le bon moment pour un transfert en EMS, à savoir lorsque le patient atteint une phase « plateau » ou que les soins ne sont plus nécessaires quotidiennement. Enfin, la Dresse G \_\_\_\_\_ a versé à la procédure une demande d'admission dans un EMS, qui n'est pas datée. Selon ses propres déclarations, cette demande a été établie par ses soins le 2 février 2010. Il y est fait notamment état de ce que la recourante ne nécessitait plus de soins en milieu hospitalier. La Cour de céans est d'avis que quand bien même tel aurait été le cas à cette date-là - la Dresse G \_\_\_\_\_ ayant tout de même expliqué lors de son audition que les médecins avaient été actifs du point de vue des soins jusqu'au départ de la recourante en EMS le 17 mars 2010 - il y avait lieu d'accorder à la recourante une brève période d'adaptation pour lui permettre de se rendre dans un EMS, conformément à la jurisprudence susmentionnée.

A/1632/2011 - 20/21 -

#### **E. 9**

En conséquence, au vu des pièces versées au dossier et de l'instruction menée par la Cour de céans, il y a lieu de retenir que la nécessité d'un traitement hospitalier est établie pour la période du 21 décembre 2009 au 17 mars 2010. L'intimée n'était ainsi pas fondée à limiter ses prestations à la prise en charge des frais correspondant à un séjour en EMS. Enfin, l'intimée est d'avis que les appelés en cause ont informé tardivement la recourante de son refus de prendre en charge les frais hospitaliers, de sorte qu'ils seraient déchu de leur droit au paiement des prestations. La Cour de céans ne saurait toutefois examiner ce grief, étant rappelé que seul est compétent le tribunal arbitral pour juger des éventuels litiges survenant entre l'intimée - assureur - et les appelés en cause - fournisseur de prestations -, ce conformément à l'art. 89 LAMal.

#### **E. 10**

Eu égard à ce qui précède, le recours sera admis, les décisions litigieuses annulées, la recourante ayant droit à la prise en charge par l'intimée de son séjour à l'Hôpital de Loëx du 21 décembre 2009 au 17 mars 2010, au tarif hospitalier.

#### **E. 11**

La recourante obtenant gain de cause, elle a droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA). Tel est également le cas des appelés en cause (KIESER, op. cit., n. 115 ad art. 61 ; ATF 105 V 111 consid. 3). Ceux-ci doivent être fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que les mandataires ont dû y consacrer (ATFA non publié I 699/04 du 23 janvier 2006, consid. 2). Compte tenu du nombre d'écritures et d'audiences tenues, il convient en l'espèce de fixer l'indemnité de dépens à 3'500 fr. pour la recourante et à 1'500 fr. pour les appelés en cause. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1632/2011 - 21/21 - 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.