

GE_GERICHTE ATAS/317/2011 vom 29. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_317_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/317/2011 du 29 mars 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/317/2011 del 29 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c 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, 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) 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 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le

A/1706/2010 - 14/23 - Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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).

E. 3

En vertu de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est, sous réserve de l'art. 1er al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, réglée par le droit cantonal. Elle doit notamment être simple. Par procédure simple, on entend une procédure qui n'est pas régie par des règles trop formalistes (KIESER, ATSG-Kommentar, n. 21 ad art. 61), c'est-à-dire par des règles de procédure qui ne sont pas justifiées par un intérêt digne de protection (ATF 120 V 419 consid. 5c). Ainsi, il ne se justifie pas de déclarer le recours irrecevable du fait qu'il est dirigé contre INTRAS ASSURANCE MALADIE au lieu de INTRAS ASSURANCE MALADIE SA, l'intimée étant suffisamment précisément désignée et l'erreur étant corrigée d'office par le Tribunal cantonal des assurance sociales lors de l'enregistrement du recours, sur la base de la décision sur opposition. Pour le surplus, déposé dans la forme légale et le délai légal, le recours est recevable (art. 56 et art. 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le tarif auquel la caisse doit prendre en charge les frais de séjour et/ou d'hospitalisation de l'assurée durant les périodes du 1er avril au 5 septembre 2008, du 10 février au 16 juin 2009 et depuis le 16 juillet 2009.

E. 5

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) Selon l'art. 43 al. 1, 2 et 4 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs et de prix, le tarif constituant une base de calcul de la rémunération; les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Si aucune convention ne peut être conclue entre les partenaires

A/1706/2010 - 15/23 - tarifaires, l'art. 47 al. 1 LAMal prévoit que c'est au gouvernement cantonal de fixer le tarif, après consultation des intéressés. L'art. 49 LAMal fournit les principes de calcul des conventions tarifaires dans le domaine hospitalier, notamment la tarification sur la base de forfaits, qui comprennent aussi bien la rémunération du traitement hospitalier que le séjour à l'hôpital. En vertu du champ d'application de la loi déterminé à l'art. 1a LAMal, la procédure décrite ne s'applique toutefois qu'aux tarifs qui ont pour objet des prestations obligatoires de soins, c'est-à-dire qui ont trait, en matière d'hospitalisation, aux séjours des assurés en division commune exclusivement (art. 25 al. 1 et 2 let. e, ainsi que 49 al. 4 LAMal; ATF 125 V 106 consid. 3e; RAMA 2001 n° KV 181 p. 426 consid. 3.2.1). 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, 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 (RAMA 1991 n° K 869 p. 164 consid. 1a et les références). 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 (LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, Berne 2004, p. 376 ss.). c) 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. La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée 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 maladif 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; 120 V 206 consid. 6a et les références). 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

A/1706/2010 - 16/23 - aussi bien être appliqué sous la forme d'un traitement ambulatoire ou semi-hospitalier (LONGCHAMP, op. cit., p. 380). d) L'art. 49 al. 4 LAMal en vigueur depuis le 1er janvier 2009 (correspondant à l'art. 49 al. 3 LAMal en vigueur lors de la prise de position de la caisse du 4 mars 2008) prévoit que la rémunération en cas d'hospitalisation s'effectue conformément au tarif applicable selon les al. 1 et 2 à l'hôpital (servant au traitement hospitalier de maladies aiguës au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal) 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 LAMal est applicable. Aux termes de cette dernière disposition légale, l'assureur prend en charge, en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39 al. 3 LAMal), les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile; il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire (ATF 127 V 47 consid. 2c). Pour satisfaire aux impératifs du caractère économique et à la réglementation légale, qui établit une nette distinction entre la rémunération d'un traitement et de soins en milieu hospitalier et celle d'un séjour dans un établissement médico-social, les assureurs-maladie doivent exercer un contrôle suivi d'un traitement hospitalier, avec l'aide de leur médecin-conseil. 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. Il ne faut toutefois pas perdre de vue 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. 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 en 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 (ATF 127 V 47 ss. consid. 2e). e) Dans un arrêt ATF 125 V 177, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que 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) et ses incidences sur le droit aux prestations en cas de séjour dans un établissement a gardé toute sa valeur sous l'empire du nouveau droit (ATF 125 V 179 consid. 1b et les références). En particulier, 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. 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

A/1706/2010 - 17/23 - 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. Dans le même arrêt, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la condition du droit à la rémunération conformément au tarif applicable à l'hôpital (servant au traitement hospitalier de maladies aiguës, au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal) en vertu de l'art. 49 al. 1 et 2 LAMal (art. 49 al. 3, première phrase LAMal) est réalisée lorsque l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé (ATF 125 V 181 consid. 2c; cf. Gebhard Eugster, *Krankenversicherung in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, n. 304 ad ch. 139). Si tel n'est pas le cas, la rémunération s'effectue conformément à la réglementation prévue à l'art. 50 LAMal en cas de séjour dans

un établissement médico-social (art. 49 al. 3, seconde phrase LAMal; arrêt du 14 mai 2001, cause K/186.00). f) La loi cantonale concernant la privation de liberté à des fins d'assistance du

E. 7

Dans le cas d'espèce, tant l'expert psychiatre mandaté par le Tribunal tutélaire que le médecin traitant de l'assurée affirment que l'état de santé de celle-ci ne nécessite plus une hospitalisation à la clinique de Belle Idée et ce depuis l'année 2006 en tout cas, date des premières interventions de l'Unité des Lilas auprès du Foyer Z_____ pour le transfert de la patiente, sauf les périodes de crises précisément datées. Leur avis est convaincant, bien motivé, fondé sur une appréciation détaillée de la situation et répond aux interrogations - légitimes - des tuteurs. En premier lieu, l'Unité des Lilas ne présente pas le caractère fermé ou confiné souhaité et les risques de fugue sont similaires à ceux qui persisteront au foyer Z_____. En second lieu, le risque de déféstration, épisode certes très grave et légitimement source d'inquiétude pour les tuteurs, mais qui ne s'est produit qu'une seule fois en 2003, est évité du fait que le bâtiment du foyer n'a pas d'étages élevés. En troisième lieu, la vraisemblance de l'absence de nécessité de faire usage de la "chambre fermée" dans le cadre plus apaisé d'un foyer doit être admise, eu égard aux explications pertinentes du médecin traitant. De même, l'assurée étant désireuse de quitter l'hôpital, une prise en charge plus harmonieuse de ses besoins dans le cadre d'un foyer limiterait peut-être la fréquence des médications forcées, étant rappelé au demeurant qu'en cas de crise qui ne peut pas être canalisée par le foyer, la patiente peut être hospitalisée en urgence et aussi longtemps que son état de santé le nécessite, la prise en charge des frais d'hospitalisation par la caisse étant alors acquise. Les tuteurs de l'assurée n'amènent ainsi aucun élément médical qui contredit cet avis unanime. Il n'est pas contesté que l'affection dont souffre l'assurée n'est pas guérissable et qu'elle connaîtra toujours des épisodes de crise, de décompensation, voire de délires, mais le fait que ceux-ci soient détaillés dans le journal de bord de la clinique ne démontre pas la nécessité d'une hospitalisation, au vu des possibilités de prise en charge dans un foyer. Le traitement à l'hôpital ne permet ainsi pas une amélioration de l'état de santé de l'assurée. De même, les courriers de la Dresse H_____ concernant des cas ponctuels d'administration de médicaments contre le gré de la patiente ne justifient pas, à eux seuls, une hospitalisation, car s'il est certain que de tels traitements ne sont pas administrés de force en foyer, il faut admettre avec le médecin traitant que, soit la médication contrainte ne sera pas nécessaire, l'assurée étant plus compliant dans un cadre plus souple et mieux adapté, soit la patiente sera hospitalisée en cas de crise. Au surplus, le transfert progressif de l'assurée, qui prend un repas au foyer une fois par mois depuis janvier

A/1706/2010 - 20/23 - 2010 déjà, n'est pas médicalement justifié sur une aussi longue période, mais n'est pas intensifié uniquement pour éviter que la patiente soit désorientée, ne sachant plus quel est son lieu de vie. Selon le médecin traitant, ce transfert a lieu au maximum en quelques mois dès qu'une place est disponible et ce, dans les cas graves. Finalement, les refus opposés à l'assurée par le Tribunal tutélaire lors de ses demandes de sortie immédiate sont justifiés même sans nécessité d'une hospitalisation, dès lors que cela impliquerait que l'assurée soit autorisée à sortir de Belle Idée, sans qu'une solution de placement en foyer soit trouvée. Or, il ne fait pas de doute que l'état de santé de l'assurée exige un cadre permanent et approprié. Il est donc établi, au degré de la vraisemblance prépondérante admissible en matière d'assurances sociales que l'état de santé de la patiente

ne nécessite pas qu'elle soit hospitalisée à la clinique de Belle Idée, sauf pour les périodes non contestées par la caisse durant lesquelles l'assurée aurait, vraisemblablement, dû être hospitalisée, si elle avait séjourné en foyer. Partant, c'est à juste titre que la caisse prend à sa charge uniquement le tarif réduit et relevant de l'art 50 LAMal pour les périodes litigieuses.

E. 8

L'argument de l'assurée concernant la portée de l'ordonnance du Tribunal tutélaire n'est pour le surplus pas pertinent. En premier lieu, l'interprétation de la motivation de l'ordonnance faite par le conseil de l'assurée se heurte au texte même de la décision. Le Tribunal Tutélaire, sur la base de l'avis de l'expert, expose notamment que " le maintien de l'assurée en milieu hospitalier ne se justifie plus (...), Belle Idée convient le mieux à ces situations lorsqu'elles présentent un caractère aigu (...), le caractère fermé des Lilas est illusoire (...)". En second lieu, l'ordonnance invite clairement la tutrice à agir de façon soutenue aux fins d'assurer le transfert de sa pupille, ce qui signifie indubitablement que ce transfert peut et doit se faire. En troisième lieu, l'autorisation à obtenir du Tribunal Tutélaire, avant tout transfert de la pupille, ressemble à une mise en garde contre d'éventuelles interventions intempestives de collaborateurs de la clinique, et non pas une interdiction absolue de tout transfert ce qui serait en totale contradiction avec les considérants de l'ordonnance et l'invitation susmentionnée. Il faut comprendre de ce point du dispositif que l'accord du Tribunal tutélaire devra être requis, et sera obtenu, lorsque le transfert sera possible, à savoir lorsqu'une place dans un foyer adapté sera disponible. De même, le maintien de la mesure de privation de liberté à des fins d'assistance n'est pas incompatible avec un transfert au foyer Z _____, qui est considéré comme un établissement approprié au sens de l'art 397a CCS. En dernier lieu, il n'est pas de la compétence du Tribunal Tutélaire de trancher la question du tarif applicable par la caisse, de sorte que s'il est établi que l'état de santé ne justifie plus l'hospitalisation, ce que le Tribunal Tutélaire laisse à l'appréciation des médecins, le tarif à charge de la caisse est celui de l'art 50 LAMal, même si l'assurée demeure hospitalisée.

A/1706/2010 - 21/23 - En l'état, le foyer Z _____, qui est une résidence pour personne atteintes d'affections psychiques, faisant partie des établissements publics pour l'intégration (EPI) et non pas des établissements médico-sociaux (EMS) destinés aux personnes retraitées, semble être le foyer le mieux adapté à l'état de santé de l'assurée et géographiquement idéalement placé, eu égard au souhait de ses proches de lui rendre visite et de l'éventualité d'hospitalisations à Belle Idée en période de crise. Il n'appartient pas à la Cour de céans de se prononcer sur l'adéquation de ce foyer, plutôt qu'un autre, à l'état de la patiente, seul l'avis des médecins et experts, ainsi que de la direction du foyer étant déterminant. Or, le médecin traitant a confirmé que les symptômes et manifestations de la pathologie de l'assurée étaient compatibles avec un transfert en foyer, à l'instar d'autres patients, tout aussi gravement atteints et qui ont été transférés avec succès après un séjour beaucoup plus court à la clinique, l'assurée y étant hospitalisée depuis plus de sept ans. Dès lors qu'il est admis que l'hospitalisation ne se justifie plus, le tarif de l'art 50 s'applique et la jurisprudence du Tribunal Fédéral a souvent confirmé que l'absence de place dans un foyer adapté aux besoins du patient ne justifie pas que la caisse prenne à sa charge le tarif de l'hospitalisation. Ainsi, aucun motif pertinent ne justifie le maintien de l'assurée à la clinique dès lors que la médication administrée peut l'être dans un foyer et qu'il n'y a aucune autre justification liée à l'assurée elle-même qui permettrait de déroger exceptionnellement aux principes susvisés, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, notamment lorsque les

soins ne peuvent pas être prodigués à domicile ou en milieu semi hospitalier. A ce sujet, l'obligation ou la faculté pour les HUG de limiter la facturation de leurs prestations au tarif relevant de l'art 50 LAMal, soit 70 fr. par jour, au lieu de celui de l'hospitalisation, soit 363 fr./jour semble-t-il, la différence étant alors à la charge de l'assurée, ne relève pas du présent litige. La Cour n'aura donc pas à instruire d'avantage le fait de savoir si la tutrice a effectivement et rapidement effectué des démarches soutenues en vue du transfert de sa pupille, notamment la réalité des difficultés alléguées avec la commission d'indication, ou si le retard pris est essentiellement dû au manque de place en foyer, voire si le temps écoulé était nécessaire aux cotuteurs pour admettre la faisabilité de ce transfert. L'assurée se plaint encore que la prise en charge de ses frais de soin et de séjour au foyer Z_____ n'est pas garantie par la caisse. Bien que ce grief sorte du cadre des débats, il y a lieu de dissiper un important malentendu. Selon la LAMal, il n'incombe pas aux caisses maladies de prendre en charge les frais de séjour dans un EPI, mais uniquement les frais médicaux qui y sont prodigués, selon le tarif journalier convenu de 70 fr./jour. Les frais de séjour sont à la charge de l'assurée, qui devra les assumer aux moyens de ses revenus (rente AI., cas échéant allocation d'impotence AI, revenus et fortune propres ou, à défaut, prestations complémentaires), au même titre que les personnes âgées séjournant en EMS.

A/1706/2010 - 22/23 - Pour terminer, les conflits des tuteurs avec les HUG ne sont pas pertinents pour la solution du litige, en particulier le dernier grief soulevé par les tuteurs de l'assurée contre le médecin traitant de celle-ci, raison pour laquelle il n'est pas détaillé dans la parti en fait de l'arrêt, si ce n'est que ceux-ci ont vraisemblablement ralenti le transfert de l'assurée dans un foyer.

E. 9

S'agissant du droit d'être entendu et de l'administration des preuves, la Cour relève que l'audition de la Dresse H_____, psychiatre traitant de l'assurée durant une période limitée, au rythme des changements de médecins internes au sein des HUG, en plus de celle du Dr F_____, qui suit la patiente depuis plusieurs années et est le supérieur hiérarchique de la première, ne se justifie pas. La Cour est en effet suffisamment renseignée du point de vue médical par l'audition du Dr F_____, par le contenu de l'expertise ordonnée par le Tribunal tutélaire et des divers rapports produits.

E. 10

Mal fondé, le recours est rejeté. La procédure est gratuite.

A/1706/2010 - 23/23 - 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.