

GE_GERICHTE ATAS/629/2007 vom 31. Mai 2007

GE Cour de justice, 2007-05-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_629_2007

FR: GE_GERICHTE ATAS/629/2007 du 31 mai 2007

IT: GE_GERICHTE ATAS/629/2007 del 31 maggio 2007

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est donc 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 11 décembre 2004 au 10 janvier 2005.

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

A/588/2006 - 10/15 - 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 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

A/588/2006 - 11/15 - 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); La caisse a reconnu que les deux premières conditions énoncées étaient remplies dans le cas particulier. En revanche, elle conteste qu'il y ait eu nécessité d'hospitalisation. 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 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

A/588/2006 - 12/15 - 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 les recourantes, 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

En l'espèce, l'assurée a été transférée le 14 avril 2004 dans le département médical de "établissement hospitalier" avec les diagnostics suivants : cirrhose hépatique Child C avec varices oesophagiennes stade II et encéphalopathie hépatique ; démence depuis deux ans ; hémorragie digestive chronique probable sur ulcère anatomique de la gastrotomie ; status postcoma sur encéphalopathie hépatique suite à décompensation, chutes à répétition avec fractures costales et du poignet et gastrectomie des deux-tiers pour ulcère gastrique dix ans auparavant.

E. 8

Les recourantes mettent en cause l'impartialité du médecin conseil de l'assurance et la valeur probante de ses considérations. Sur ce point, il convient cependant de rappeler que selon la jurisprudence, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En l'espèce, il ne se justifie donc pas d'écarter purement et simplement l'avis du Dr B _____ au simple motif qu'il est médecin conseil de l'assurance et qu'il s'est présenté aux côtés du représentant de cette dernière à l'audience.

A/588/2006 - 13/15 - Quoi qu'il en soit, c'est à juste titre que les recourantes rappellent que la jurisprudence a reconnu aux médecins traitants un certain pouvoir d'appréciation

lorsqu'il s'agit de fixer la limite entre une hospitalisation aiguë et des soins de longue durée. Or, en l'espèce, les médecins traitants de l'assurée ont indiqué, dans leurs rapports successifs et dans le courrier adressé au médecin-conseil de l'assurance en décembre 2004, que la patiente restait très fragile et présentait des baisses rapides de l'état de vigilance dans le cadre de son encéphalopathie, ce qui nécessitait une surveillance quotidienne des constantes biologiques avec réadaptation des apports hydriques. Ils ont ajouté que, depuis l'été 2004, elle avait présenté des épisodes à répétition d'encéphalopathie hépatique, avec somnolence sévère, alternés avec des états d'agitation fréquents et d'intensité variable, accompagnés parfois d'une décompensation cardio-respiratoire et que le traitement devait donc très souvent être rapidement réadapté afin de stabiliser la situation clinique. Compte tenu de cette situation, ils ont estimé que seul un milieu hospitalier était à même d'assurer une prise en charge adéquate de la patiente. Le médecin-conseil de l'assurance, soutient pour sa part qu'une fois le diagnostic posé et les médicaments prescrits, l'assurée pouvait être soignée sans problème dans un EMS. A l'appui de sa théorie, il allègue que le traitement d'une cirrhose du foie fait partie des activités médicales habituelles et fréquentes et que les patients, après stabilisation, peuvent être traités de manière ambulatoire ou dans un EMS. Or, le Dr A _____ a clairement indiqué en audience que l'état de la patiente n'était pas stabilisé et qu'elle présentait un fort risque de décompensation. Il convient par ailleurs de rappeler qu'en l'espèce, s'ajoutaient à la cirrhose une encéphalopathie - dont il apparaît qu'elle a récidivé à de nombreuses reprises depuis l'été 2004 - et une hémorragie digestive. Qui plus est, le médecin conseil a reconnu que, dans le cas de l'assurée, une surveillance clinique régulière devrait être exercée. Il a également reconnu que, durant les phases d'instabilité, il devrait être procédé à des adaptations de médicaments quotidiennes. Certes, l'assurée étant en fin de vie, on ne pouvait s'attendre à ce que le traitement améliore notablement son état de santé, cependant, il ressort des explications du Dr A _____, que son hospitalisation a été nécessaire à sa survie jusqu'au moment où il est apparu que son état s'était suffisamment stabilisé et que le suivi indispensable pourrait être fourni en EMS. Enfin, ainsi que le font remarquer les recourantes, le fait que "établissement hospitalier" soit en principe destiné à des malades chroniques n'est pas décisif : cela reviendrait à exclure toute prise en charge au tarif hospitalier pour les patients qui y sont hospitalisés. Or, l'intimée elle-même a accepté la prise en charge au tarif

A/588/2006 - 14/15 - hospitalier jusqu'au 10 juillet 2004, admettant ainsi que certaines hospitalisations à "établissement hospitalier" doivent se pratiquer selon ce tarif. Eu égard aux considérations qui précèdent, l'avis des médecins traitants doit l'emporter sur celui du médecin-conseil et une nécessité médicale d'hospitalisation aiguë doit donc être reconnue jusqu'au 10 janvier 2005.

A/588/2006 - 15/15 -

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