

GE_GERICHTE ATAS/688/2011 vom 4. Juli 2011

GE Cour de justice, 2011-07-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_688_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/688/2011 du 4 juillet 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/688/2011 del 4 luglio 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès 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. Le recours est recevable pour avoir été interjeté dans les forme et délai prescrits (art. 38, al. 4 let. c, 60 et 61 let. b LPGA).

E. 2

Le litige porte sur le tarif auquel la caisse doit prendre en charge les frais d'hospitalisation de l'assuré durant la période du 13 avril au 28 septembre 2009. 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

A/55/2011 - 5/7 - 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). 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). b) L'art. 49 al. 4 LAMal 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; 125 V 177). Pour satisfaire aux impératifs du caractère économique et à la réglementation légale, 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). Lorsque la nécessité d'hospitalisation n'existe plus, le droit à des prestations hospitalières stationnaires s'éteint immédiatement, sous réserve d'une période de transition allant jusqu'à un mois (ATF 124 V 362).

A/55/2011 - 6/7 - c) Le juge des assurances sociales établit d'office les faits et ordonne une expertise lorsque les faits médicaux nécessitent d'être clarifiés. Il peut toutefois, lorsque les faits ne sont pas suffisamment élucidés, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (DTA 2001 p. 169). Un renvoi à l'administration ne viole, en général, ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206; RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

E. 3

En l'espèce, le médecin traitant, le Dr A _____, a fait état des multiples affections dont était atteint l'assuré et exposé, de manière détaillée et motivée, pourquoi ces affections ne pouvaient être traitées en milieu médico-social. Le médecin-conseil de l'intimée, dans son appréciation du 15 novembre 2010, reconnaît d'ailleurs que deux d'entre elles (l'œdème pulmonaire et la bronchopneumonie) auraient pu justifier un traitement en milieu hospitalier, pour une durée de 7 jours au maximum. Il ressort ainsi de ces documents que les frais d'hospitalisation devaient, en tout cas, être pris en charge du 4 au 11 et du 24 au 31 mai 2009. Ces pièces ne permettent cependant pas de trancher la question de savoir si ces deux durées étaient suffisantes, d'une part, et, d'autre part, si les autres affections, respectivement les co-morbidités multiples dont était atteint l'assuré, nécessitaient un traitement et des soins ou une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Ces questions relèvent du domaine de la science médicale. En l'état du dossier, les indications y figurant, en particulier les appréciations en partie divergentes entre le médecin-conseil et le médecin traitant, ne permettent pas à la Cour de déterminer si l'hospitalisation du patient - au-delà du 13 avril 2009 et en sus de celles occasionnées par les deux infections précitées (œdème pulmonaire, bronchopneumonie) - était justifiée. Il y a donc lieu de confier à un médecin indépendant le soin de se prononcer sur ces points. L'assurance reconnaît au demeurant, en concluant elle-même à la mise en œuvre d'une expertise, la nécessité d'instruire davantage le dossier. Celui-ci lui sera ainsi renvoyé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recours est donc admis en tant que l'intimée devra s'acquitter des frais d'hospitalisation courus du 4 au 11 et du 24 au 31 mai 2009; pour le surplus, la cause est renvoyée à l'intimée.

E. 4

Les hoirs, représentés par un mandataire, ont droit à une indemnité à titre de participation à leurs frais et dépens, fixée en l'occurrence à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA).

* * *

A/55/2011 - 7/7 - 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.