

GE_GERICHTE ATAS/767/2016 vom 26. September 2016

GE Cour de justice, 2016-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_767_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/767/2016 du 26 septembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/767/2016 del 26 settembre 2016

Erwägungen

E. 17

Par courrier du 27 novembre 2015, l'assurée a sollicité de son assureur-maladie la notification d'une décision formelle portant sur la question de la prise en charge de son hospitalisation.

E. 18

Le 4 décembre 2015, les HUG ont adressé à l'assurée deux factures, de CHF 3'689.- pour l'une et de CHF 157.70 pour l'autre.

A/1462/2016 - 5/12 -

E. 19

Par décision formelle du 18 décembre 2015, l'assureur-maladie a limité sa prise en charge à CHF 79.- par jour à compter du 30 octobre 2015.

E. 20

Le 5 janvier 2016, l'assurée a formé opposition à la décision précitée, expliquant qu'elle avait subi une importante opération de son œil droit, avec des complications qui lui avaient fait perdre la vision. Au vu de ses difficultés pour réapprendre à marcher et à s'orienter suite à la perte de vision, les HUG avaient décidé de la transférer à l'hôpital de Loëx pour convalescence. Un retour à son domicile fin octobre était dès lors exclu, la prise en charge par un service d'aide et de soins à domicile étant prématurée. Le courrier du 23 octobre 2015 ayant été adressé en priorité aux HUG, avec copie à son attention à son domicile, elle n'avait pas eu la possibilité de contester la prise de position de l'assureur-maladie. Par ailleurs, elle ignorait le contenu de la demande de prolongation adressée le 2 novembre et les éléments sur lesquels l'assureur-maladie s'était fondé pour mettre un terme à la prise en charge des frais d'hospitalisation dès le 30 octobre 2015. Toutefois, elle confirmait qu'en date du 2 novembre 2015, elle n'était pas en mesure de rentrer chez elle. Par conséquent, une sortie n'était à ce moment pas envisageable.

E. 21

Le 7 janvier 2016, les HUG ont adressé une troisième facture à l'assurée, d'un montant de CHF 434.-.

E. 22

Selon l'inscription manuscrite apposée sur les trois factures envoyées par les HUG, l'assurée s'est acquittée de leur paiement en date du 18 janvier 2016.

E. 23

Par décision sur opposition du 19 avril 2016, l'assureur-maladie a confirmé les termes de sa décision du 18 décembre 2015, expliquant que son médecin-conseil avait considéré qu'à compter du 30 octobre 2015, les soins nécessaires ne correspondaient plus à ceux de la catégorie du « lit B » de sorte que c'était à juste titre qu'il avait réduit ses prestations au tarif d'un EMS, à savoir CHF 79.- par jour, pour la période du 30 octobre au 17 novembre 2015.

E. 24

Le 9 mai 2016, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation et à l'établissement d'un nouveau décompte avec prise en charge des coûts selon la facture du 4 décembre 2015. A l'appui de ses conclusions, la recourante a expliqué qu'à aucun moment au cours de son hospitalisation, l'assureur-maladie (ci-après : l'intimé) ne lui avait notifié sa décision de ne plus prendre en charge les soins à l'hôpital de Loëx. Elle avait été mise devant une décision au sujet de laquelle elle n'avait pas été consultée. Enfin, elle a considéré que l'intimé aurait dû lui adresser, avant le 1er novembre 2015, sa décision de ne plus prendre en charge les soins hospitaliers.

E. 25

L'intimé a répondu en date du 7 juin 2016, concluant au rejet du recours. A l'appui de sa position, il a notamment relevé qu'une copie du courrier du 23 octobre 2015 avait été adressée à la recourante. Pour le surplus, il a repris les arguments déjà évoqués dans la décision sur opposition.

E. 26

Par courrier du 17 juin 2016, la recourante a relevé qu'elle n'avait pu prendre connaissance du courrier du 23 octobre 2015 qu'à son retour à domicile, de sorte

A/1462/2016 - 6/12 - qu'elle n'avait pas eu la possibilité de défendre ses intérêts. Par ailleurs, l'assureur-maladie avait clairement violé son devoir d'information, dès lors qu'il était tenu de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations et notamment sur le droit de demander une décision formelle.

E. 27

Après transmission du courrier précité à l'intimé, la cause a été gardée à juger. EN DROIT
1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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. 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). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le tarif auquel la caisse doit prendre en charge les frais d'hospitalisation de la recourante durant la période du 30 octobre au 17 novembre 2015. 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 dans un établissement 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). b. 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) (art. 41 al. 1bis LAMal). 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

A/1462/2016 - 7/12 - 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 (art. 49 al. 1 LAMal). c. Selon l'art. 49 al. 4 LAMal, en cas d'hospitalisation, la rémunération 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, l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire. Selon l'art. 39 al. 3 LAMal, sont considérés comme des établissements médicaux sociaux, les institutions et les divisions d'établissements ou d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée. 6. a. L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose ainsi 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 323 consid. 2b p. 326, 120 V 200 consid. 6a p. 206 et les références, voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 6/04 du 11 janvier 2005, consid. 2). b. Selon la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 186/00 du 14 mai 2001, consid. 2b), 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. 4, 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). 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. 4, seconde phrase LAMal). 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

A/1462/2016 - 8/12 - 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, 2004, p. 382). c. Lorsque la condition du traitement n'est plus réalisée, on devrait conclure qu'en l'absence d'une disposition contraire, le droit à la prise en charge des frais d'hospitalisation s'éteint avec effet immédiat et sans délai d'adaptation. Cela serait toutefois contraire aux intérêts légitimes de l'assuré, qui ne nécessite plus un traitement hospitalier comme précédemment mais qui doit être accueilli en milieu stationnaire (EMS ou division analogue) et qui, dans l'optique d'un placement doit prendre des mesures. C'est pourquoi, dans une telle hypothèse, la jurisprudence constante rendue par le Tribunal fédéral des assurances puis par le Tribunal fédéral prévoit d'accorder si nécessaire à l'assuré séjournant dans un hôpital pour patients atteints d'une affection aiguë une brève période d'adaptation d'un mois au plus pour lui permettre de se rendre dans un établissement médico-social ou une division de ce type. Ainsi, il est tenu compte de l'intérêt de l'assuré conformément à l'art. 56 al. 1 LAMal (ATF 124 V 362 consid. 2c; 115 V 38 consid. 3d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_794/2011 du 28 février 2012 consid. 2.2, in: SVR 2012 KV n° 16 p. 59; arrêts du Tribunal fédéral des assurances 20/06 du 20 octobre 2006 consid. 4.1 ; K 175/05 du 12 avril 2006 consid. 2.2; K 44/05 du 20 octobre 2005 consid. 2.4; K 56/00 du 29 janvier 2001 consid. 1a; Gebhard EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 2010, n. 23 ad art. 49 LAMal (ci-après: EUGSTER 2010) ; Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer (éd.), Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Tome XIV, 2e éd. 2016, p. 544 n°453 (ci-après: EUGSTER 2016) ; Guy LONGCHAMP, op. cit., p. 399 s.; Hardy LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 1995, p. 323 n. 452). A noter que la période d'adaptation ne peut commencer à courir que dès le moment où le médecin traitant ou l'assurance informe l'assuré que la nécessité d'une hospitalisation n'est plus reconnue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 175/05 consid. 2.2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 44/05 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 179/04 let. A et consid. 2.2.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 180/04 let. A et consid. 2.3; LONGCHAMP, op. cit., p. 400). 7. a. 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

A/1462/2016 - 9/12 - 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). b. 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 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). Le seul fait de séjourner en milieu hospitalier ne donne pas droit aux prestations d'hospitalisation (ATF 99 V 70 consid. 3). La prise en charge des frais d'hospitalisation n'entre pas en considération si le traitement peut tout aussi bien être appliqué de manière ambulatoire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 30/06 du 7 mai 2007, consid. 4.1) 8. En résumé, l'assuré dont l'état nécessite une hospitalisation a le choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie. Cela étant, il doit opter pour l'établissement hospitalier ou la division qui correspond à la catégorie de malades à laquelle il appartient (lits A – maladie aiguë – ou lit B – réadaptation médicale en milieu hospitalier). Par ailleurs, conformément à l'art. 32 al. 1 LAMal, le séjour dans un hôpital, au tarif des établissements hospitaliers n'est possible que tant que l'assuré a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins en raison d'une maladie aiguë (lits A) ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier (lits B). Cette condition est réputée réalisée tant que l'on peut attendre du traitement une amélioration sensible de l'état de santé. Lorsque cette condition n'est plus remplie, - en d'autres termes lorsque le besoin de traitement se transforme en besoins de soins – il s'agit d'un séjour hospitalier sans indication médicale, lequel est pris en charge par l'assureur-maladie au tarif applicable dans les EMS (lits C). Dans cette dernière hypothèse, à savoir lorsque le patient continue à séjourner dans un hôpital (lits A ou B) alors qu'il n'y a pas d'indication médicale, l'assureur-maladie doit lui accorder, si nécessaire, une brève période d'adaptation d'un mois au maximum pour lui permettre de se rendre dans un EMS ou une division de ce type (lits C – voir Stéphanie PERRENOUD, Soins à l'hôpital, soins à domicile et soins en EMS : quelles différences ? in RSAS 2015 p. 415ss). 9. 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

A/1462/2016 - 10/12 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 50/03 du 3 décembre 2003, consid. 7). 10. En l'espèce, la recourante a été victime d'un malaise suivi d'une chute en date du 19 septembre 2015. Elle a été emmenée aux urgences des HUG et transférée, le même jour, à l'hôpital de Beau-Séjour, au SMIR, où elle a séjourné jusqu'au 22 octobre 2015, date de son transfert à l'hôpital de Loëx. Elle a pu rentrer chez elle le 17 novembre 2015. Par courrier du 25 septembre 2015, l'intimé a garanti la prise en charge de l'hospitalisation jusqu'au 13 octobre 2015. Sur demande des médecins du SMIR, l'assureur-maladie a, par courrier du 23 octobre 2015, prolongé jusqu'au

E. 29

octobre 2015 était justifiée ou si, au contraire, l'intimée pouvait exiger de l'assurée qu'elle se fasse soigner dans un EMS ou une division analogue, comme cela ressort de l'avis de son médecin-conseil ainsi que de ses prises de positions des 23 octobre et 12 novembre 2015. La réponse à cette question peut toutefois rester ouverte. En effet, même dans l'hypothèse où le séjour hospitalier au-delà du 29 octobre n'était plus justifié, l'intimée ne pouvait réduire ses prestations sans octroyer un délai d'adaptation suffisant, d'un mois selon la jurisprudence fédérale susmentionnée, pour permettre à la recourante de prendre les mesures nécessaires, ledit délai ne pouvant au demeurant commencer à courir qu'à partir du moment où elle a eu connaissance, soit par l'intermédiaire de son médecin traitant, soit directement par l'assureur-maladie, du fait que son hospitalisation serait sans indication médicale à compter du 30 octobre 2015 et que seul le forfait EMS serait versé dès cette date. La question de la date à laquelle la recourante est réputée avoir

A/1462/2016 - 11/12 - eu connaissance de la position de l'intimé (date du dépôt de la copie du courrier du 23 octobre 2015 dans la boîte aux lettres de la recourante ou date du retour à son domicile) peut également rester ouverte, dès lors que même dans l'hypothèse la plus défavorable à la recourante, à savoir une prise de connaissance présumée du courrier du 23 octobre entre le 24 et le 28 octobre au plus tôt (en fonction du type d'envoi – courrier A ou courrier B – et pour autant que la lettre en question ait été mise à la poste le 23 octobre avant la dernière levée), la période d'adaptation d'un mois n'était quoi qu'il en soit pas terminée au jour du retour à domicile, le 17 novembre 2015. Partant, dans tous les cas, l'intimé doit prendre en charge le solde de l'hospitalisation de la recourante au tarif « lit B » pour la période du 30 octobre au 17 novembre 2015. A noter encore que selon les pièces transmises par la recourante, celle-ci aurait payé les factures des HUG le 18 janvier 2016. L'intimé sera par conséquent invité à s'acquitter du solde de l'hospitalisation directement en mains de la recourante toutefois après production par cette dernière d'une preuve du paiement des factures en question (attestation des HUG mentionnant le débiteur, avis de débit, récépissé du bulletin de versement, etc.). 11. 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 30 octobre au 17 novembre 2015, au tarif hospitalier. La recourante n'étant pas représentée, elle n'a pas droit à des dépens quand bien même elle obtient gain de cause (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/1462/2016 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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