

GE_GERICHTE ATAS/776/2006 vom 8. September 2006

GE Cour de justice, 2006-09-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_776_2006

FR: GE_GERICHTE ATAS/776/2006 du 8 septembre 2006

IT: GE_GERICHTE ATAS/776/2006 del 8 settembre 2006

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

E. 2

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56

A/2541/2003 - 9/13 - 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. 3

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références).

E. 4

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. 5

Il y a lieu de relever en premier lieu que les conclusions de la recourante portant sur le versement des prestations prévues en cas d'hospitalisation (comprenant les frais sociaux hôteliers) pour le séjour de l'assurée dans les établissements litigieux, celles prévues dans le cas de séjour dans un EMS, et enfin, un forfait EMS en lieu et place des frais effectifs de soins à domicile ont déjà été tranchées par le Tribunal administratif dans son arrêt du 7 septembre 2004, lequel a été confirmé par le TFA en date du 21 mars 2006 (ATFA 137/04). Le Tribunal de céans fait siennes les considérations du TA et du TFA sur ces questions. A ce stade, seule reste donc encore litigieuse la question de savoir si l'on peut considérer que

les soins prodigués à la recourante le sont non pas par l'EMS mais par d'autres fournisseurs de prestations au sens de l'art. 7 al. 1 OPAS, à savoir des infirmiers, et peuvent pris en charge par l'assurance obligatoire à ce titre.

E. 6

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, lesquelles comprennent notamment : les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier, ou dans un EMS par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25al. 2 let. a LAMal), en tenant compte des conditions fixées par les art. 32 à 34 de la loi (art. 24 LAMal).

E. 7

Les prestations à charge de l'assurance obligatoire doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Sur la base de la délégation de compétence de l'art. 33 al. 1 et 5 LAMal, le Conseil fédéral, soit pour lui le département fédéral de l'intérieur, a établi la liste des prestations fournies par des médecins dont les coûts n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire ou ne l'étaient qu'à certaines conditions (art. 33 let. a OAMal ; art. 1 et annexe 1 OPAS). Les assureurs ne

A/2541/2003 - 10/13 - peuvent, au titre de l'assurance obligatoire, prendre en charge d'autres frais que ceux prévus par la loi (art. 34 al. 1 LAMal).

E. 8

Selon l'art. 35 al. 1 LAMal, sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions des art. 36 à 40 LAMal. Ces fournisseurs de prestations sont, notamment, les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient (art. 35 al. 2 let. e LAMal). Selon l'art. 38 LAMal, le Conseil fédéral règle l'admission des fournisseurs de prestations énumérés à l'art. 35 al. 2 let. c à g et m. Il consulte au préalable les cantons et les organisations intéressées. Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a précisé, à l'art. 46 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), que sont admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale, les physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières et infirmiers, logopédistes, orthophonistes et diététiciens qui exercent à titre indépendant et à leur compte. Les organisations de soins et d'aide à domicile sont également admises, à un certain nombre de conditions énumérées à l'art. 51 OAMal. Selon l'art. 7 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), l'assurance prend en charge les examens, les traitements et les soins effectués notamment par des infirmiers ou des organisations de soins et d'aide à domicile, selon l'évaluation des soins requis sur prescription ou sur mandat médical. Ces prestations consistent soit en des instructions et des conseils au sens de l'art. 7 al. 2 let. a OPAS (évaluation des besoins de son patient et de son entourage et mise en place des interventions nécessaires en collaboration avec le médecin et le patient; conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier pour l'administration des médicaments ou l'emploi d'appareils médicaux, contrôles nécessaires), soit en des examens et soins au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS (contrôle des signes vitaux, test du glucose, prélèvement pour examen de laboratoire,

mesures thérapeutiques pour la respiration, pose de sondes et de cathéters, administration de médicaments, etc.), soit encore en des soins de base (soins de base généraux pour les patients dépendants ou soins de base pour des maladies psychiatriques et psychogériatriques). La prescription ou le mandat médical détermine, sur la base de l'évaluation des soins requis et de la planification commune, les prestations à effectuer (art. 8 al. 1 OPAS). Sont compris dans l'évaluation des soins requis l'appréciation de l'état général du patient, l'évaluation de son environnement ainsi que celle des soins et de l'aide dont il a besoin (art. 8 al. 2 OPAS). L'évaluation des soins requis se fonde sur

A/2541/2003 - 11/13 - des critères uniformes et les résultats sont inscrits sur un formulaire qui doit indiquer notamment le temps nécessaire prévu. Les partenaires tarifaires établissent un formulaire uniforme (art. 8 al. 3 OPAS).

E. 9

En l'espèce, les établissements en cause n'étant reconnus ni en tant que EMS ni en tant qu'organisations de soins et d'aide à domicile, seule reste ouverte la question de savoir si les soins prodigués à l'assurée le sont par des infirmiers et infirmières sur prescription ou mandat médical. Interpellé par l'intimée, le Directeur de la "établissement hospitalier" a clairement indiqué, par courrier du 21 octobre 2002, que les soins infirmiers, prodigués par des infirmiers ou infirmières de la Résidence l'étaient sans mandat médical. Il a encore précisé, par lettre du 12 décembre 2002, que les soins étaient compris dans le forfait journalier et que les soins infirmiers n'étaient "pas dissociables de la globalité de la prise en charge, ni facturés séparément." Enfin, par courrier du 16 avril 2003, il a encore indiqué au conseil de la recourante que les différents soins représentaient en moyenne une charge de travail quotidienne d'environ cinq heures et que, dans la mesure où ils étaient compris dans le forfait journalier demandé aux résidents, il ne pouvait sérieusement les comparer avec les niveaux de tarification de l'OPAS, faute de connaître et de pratiquer ces derniers. Il ressort par ailleurs des différents témoignages recueillis lors des enquêtes qu'il n'y a pas de médecin sur place, que, s'agissant de l'assurée, la prise en charge à proprement parler est du niveau le plus faible si l'on ne tient pas compte de la surveillance permanente qu'il est nécessaire d'effectuer. Il apparaît donc que c'est avant tout la nécessité de rester en permanence aux côtés de la patiente pour prévenir tout risque de chute qui constitue l'essentiel de la prise en charge et non des soins prodigués sur prescription médicale. S'agissant de ces soins à proprement parler, force est de constater qu'il n'y a - selon les dires du directeur de l'institution en cause lui-même - pas de mandat médical au sens où l'entend la loi. Qui plus est, il lui a été impossible de préciser quelle part exacte les soins purement médicaux représentaient et à quelle part de la facture ils correspondaient. Dans ces conditions, et compte tenu du fait que la loi fixe de manière impérative les conditions auxquelles un fournisseur de prestations peut être admis à pratiquer aux frais de l'assurance obligatoire des soins à l'art. 35 LAMal, étant rappelé également qu'en matière d'assurance maladie, le droit à la substitution de la prestation peut certes trouver application mais qu'il ne doit cependant pas aboutir à ce qu'une prestation obligatoirement à la charge de l'assurance soit remplacée par une prestation qui ne l'est pas, que les établissements litigieux ne sont pas reconnus en tant qu'organisations de soins et d'aide à domicile et qu'il ne ressort pas clairement

A/2541/2003 - 12/13 - des enquêtes que les soins dont le remboursement est demandé ont été prodigués sur mandat médical au sens où l'entend l'art. 8 OPAS, le recours doit être rejeté.

A/2541/2003 - 13/13 -

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