

## **GE\_GERICHTE A/2503/2011 vom 6. März 2012**

GE Cour de justice, 2012-03-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2503\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2503_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/2503/2011 du 6 mars 2012

IT: GE\_GERICHTE A/2503/2011 del 6 marzo 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 06.03.2012  
A/2503/2011

A/2503/2011 ATAS/233/2012 du 06.03.2012 ( LAMAL ) , CONCILIE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2503/2011  
ATAS/233/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 6 mars  
2012 2ème Chambre En la cause Madame B \_\_\_\_\_, domiciliée c/o EMS  
X \_\_\_\_\_, à Veyrier, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître  
MATHEY-DORET Marc recourante contre ATUPRI KRANKENKASSE, Zieglerstrasse  
29, 3000 Bern, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LANZ MULLER  
Andrea intimé EN FAIT Madame B \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née  
en 1941 est assurée auprès de ATUPRI caisse-maladie (ci-après la caisse ou l'intimée) au  
titre de l'assurance obligatoire des soins. L'assurée a souffert d'une encéphalopathie et d'un  
méningiome post-radique suite à un adénocarcinome traité par chirurgie et radiothérapie en  
1994. Après deux séjours au service de neurologie de l'Hôpital cantonal (HUG) afin  
d'évaluer la nécessité de poser un drain en raison d'une suspicion d'hydrocéphalie suite à des  
troubles de la marche associés à des chutes à répétition, l'assurée a été transférée dès le 15  
mars 2010 à l'Hôpital de Loëx des HUG (l'hôpital) pour la suite des soins et l'élaboration  
d'un projet de placement en EMS. L'avis d'entrée adressé par l'hôpital à la caisse le 16 mars  
2010 mentionne que, sauf avis contraire dans les 5 jours, le cas est garanti au tarif en  
vigueur. La caisse n'a pas réagi. Le 8 avril 2010, la Dresse L \_\_\_\_\_, cheffe de  
clinique de l'hôpital a sollicité de la caisse la prolongation de garantie pour soins continus  
jusqu'au 12 mai 2010, en remplissant le formulaire prévu à cet effet. Elle mentionne les  
problèmes et diagnostics suivants : - Troubles de la marche d'origine multifactorielle  
(probable hydrocéphalie à pression normale, dénutrition protéino-calorique sévère, troubles  
cognitifs) avec des chutes. - Poursuite des soins, adaptation du traitement symptomatique et  
reconditionnement physique. - Encéphalopathie post-radique. Suspicion de métastases  
cérébrales survenues en post-radique (IRM janvier 2010). Crise d'épilepsie sur métastases  
cérébrales. - Troubles cognitifs avec mini mental state à 13/30. - BPCO sévère sur  
tabagisme chronique actif. - Hypertension artérielle. - Etat dépressif. - Dénutrition  
protéino-calorique. - Prise en charge pluridisciplinaire (physiothérapie, ergothérapie,  
psychomotricité, soutien psychologique). - Surveillance clinique et adaptation du traitement  
anti-épileptique, anti-hypertenseur et anti-dépresseur. - Surveillance nutritionnelle et  
introduction de suppléments nutritionnels. La situation actuelle du patient est celle de  
"symptômes modérés à sévères avec perte de fonction, le pronostic est "pathologie  
chronique et/ou risque de limitations permanentes dans la vie quotidienne: nécessité  
éventuelle d'un transfert ultérieur en unité de soins continus ou en "secteur C (EMS, etc.) ou  
retour à domicile nécessitant la mise en place d'un encadrement ambulatoire". Les raisons  
médicales justifiant la prolongation de l'hospitalisation sont : suivi des constantes vitales et

adaptation thérapeutiques nécessitant des soins stationnaires; coordination des soins avec des spécialistes en santé mentale; séance de physiothérapie/rééducation spécialisée intensive. La caisse a répondu le 16 avril 2010 que les conditions médicales pour un séjour au service de soins continus ne sont pas remplies. La Dresse L \_\_\_\_\_ a fait valoir le 22 avril 2010 que la patiente se trouvait dans un état général très diminué lors de son arrivée dans le service et présentait une désorientation et des troubles de l'équilibre, ainsi que des tremblements importants des membres inférieurs avec des risques de chutes. Avec une approche pluridisciplinaire (physiothérapie, ergothérapie, psychomotricité) et une modification du traitement anti-épileptique, elle assiste à une amélioration lente mais progressive de l'autonomie de la patiente, avec nette diminution des risques de chutes. Actuellement, l'assurée est capable de faire les transferts lit/fauteuil et elle participe aux activités de la vie quotidienne. Le médecin confirme l'importance de continuer cette approche pluridisciplinaire jusqu'au 30 avril 2010, avant un transfert dans de bonnes conditions dans un EMS. La caisse a prolongé la garantie au 30 avril 2010. Après un entretien le 21 mai 2010, l'hôpital a informé l'assurée par pli du 25 mai 2010 que l'hospitalisation n'étant plus justifiée dès le 1<sup>er</sup> mai 2010, seul le montant forfaitaire de 70 fr. était pris en charge par la caisse. Les factures de prestations médicales étaient adressées à l'assurée, à charge pour elle de se faire rembourser par la caisse, sous déduction de la franchise et de la quote-part. La facture pour la pension, de 217 fr. /jour était à la charge de l'assurée. Par pli du même jour, l'Hôpital indique à l'assurée que la lettre de fin de traitement est "interrompue" en raison des complications médicales présentées dès le 16 mai 2010 et sera "réactivée" dès son rétablissement. Le 7 juin 2010, le Dr M \_\_\_\_\_, chef de clinique de l'hôpital a sollicité de la caisse la prolongation de garantie au 12 juin 2010 pour soins continus. Les diagnostics, la situation médicale et les motifs de l'hospitalisation sont les mêmes que précédemment, avec la précision suivante: "transfert aux urgences du 17 au 19 mai 2010, examens pratiqués: écho-doppler, EEG, IRM. Troubles de l'état de conscience avec absences et trouble de l'élocution dans un contexte de crise d'épilepsie sur état fébrile, vertiges sur atteinte ORL". La caisse a refusé la garantie par pli du 11 juin 2010 au motif que la demande était tardive, estimant de plus que la patiente pouvait fort bien être traitée en EMS, dès lors que "l'amélioration n'est pas manifeste et que le potentiel n'est pas évident". Ensuite, sur avis de son médecin-conseil, la caisse a accepté par pli du 23 juin 2010 de prolonger la garantie du 16 mai au 12 juin 2010. Le 6 juillet 2010, le Dr M \_\_\_\_\_ a sollicité de la caisse la prolongation de garantie au 30 juillet 2011 pour soins continus. Les diagnostics, la situation médicale et les motifs de l'hospitalisation sont les mêmes que précédemment, avec la précision suivante: "Le 28 juin 2010, récurrence d'un épisode de troubles de l'élocution sur crise d'épilepsie dans le contexte d'une bronchopneumonie bilatérale, confirmée par la radiographie". La nécessité de "coordination avec des spécialistes en santé mentale" n'est plus mentionnée. La caisse a refusé par pli du 13 juillet 2010 et confirmé que seule la taxe des soins selon la classification des soins est accordée à partir du 13 juin 2010. Les HUG ont informé l'assurée du refus de la caisse le 26 août 2010. Le 5 octobre 2010, le Dr M \_\_\_\_\_ a sollicité de la caisse la prolongation de garantie au 4 novembre 2011 pour soins continus. Les diagnostics, la situation médicale et les motifs de l'hospitalisation sont les mêmes que précédemment, avec la précision suivante: "Récurrence de bronchopneumonie droite fin septembre 2010; probable bronchoaspiration après vomissements (chez une patiente BPCO) associée à une crise d'épilepsie (sous forme d'aphasie, absence et obnubilation) avec hémiparésie droite (phénomène de Todd), puis lente amélioration. Bronchopneumonie basale droite associée à une crise d'épilepsie (sous

forme d'aphasie, absence et obnubilation) avec hémiparésie droite (phénomène de Todd), fin juillet 2010. Baisse de l'état général et diminution des performances pour la mobilisation et rééducation, suite aux affections de fin juillet 2010". Le pronostic est modifié comme suit "risque de complications physiques ou psychologiques sévères ou risque de mortalité élevé ne permettant pas de faire un pronostic de soins pertinent". La caisse a accepté de prolonger la garantie du 30 septembre au 13 octobre 2010. Elle rappelle que du 13 juin au 30 septembre et dès le 15 octobre, elle n'accorde que le forfait lit d'attente en EMS. Le 28 octobre 2010, le Dr M\_\_\_\_\_ a sollicité de la caisse la prolongation de garantie au 8 novembre 2011 pour soins continus. Les diagnostics, la situation médicale et les motifs de l'hospitalisation sont les mêmes que précédemment, avec la précision suivante: "le 15 octobre 2010, la patiente présente à nouveau un syndrome inflammatoire biologique avec baisse de l'état général, exacerbation de la toux et des expectorations. Un traitement antibiotique est réintroduit en raison de la suspicion d'une récurrence de surinfection pulmonaire. Elle évolue favorablement avec ce traitement du point de vue infectiologique. Il est à souligner que l'assurée, suite aux épisodes de broncho-pneumonie de juillet et septembre 2010, s'accompagnant à chaque fois d'états confusionnels dans le contexte de crises d'épilepsie a présenté une baisse de son état général associé à un ralentissement et à une augmentation de son état de dépendance. Après évaluation du neurologue consultant, un CT-SCAN cérébral est effectué le 8 octobre 2010, qui montre une relative stabilité de la formation extra-axiale pariétale gauche. Sur proposition du neurologue, le traitement antiépileptique est augmenté. Est ajoutée aux raisons médicales: "soins médicaux intégrés (par ex. pneumologie, cardiologie, rééducation, etc.)". Le pronostic reste celui de "risque de complication (...)" Par décision du 25 octobre 2010, la caisse refuse la prise en charge des coûts pour la période du 1<sup>er</sup> mai au 15 mai 2010, du 13 juin au 29 septembre 2010 et à partir du 14 octobre 2010, en l'absence de nécessité d'hospitalisation. Pour ces périodes, seules les prestations en cas de séjour dans un EMS sont allouées. Après citation des dispositions légales applicables, la caisse examine si l'état de santé de l'assurée nécessitait une hospitalisation durant les périodes litigieuses. Elle rappelle que les troubles de la santé qui apparaissent soudainement, momentanément et fortement et qui exigent des soins médicaux intensifs rapidement nécessitent une hospitalisation aigüe, qui dure aussi longtemps qu'une amélioration essentielle de la santé peut être attendue par un traitement en cours. Par contre, lors de troubles chroniques de la santé, de longue durée avec un développement plus lent, la nécessité de soins, et non pas de traitement médical, est primordiale, mais peut être prodiguée ambulatoirement. La caisse rappelle qu'après la prise en charge jusqu'au 30 avril 2010, l'état de santé de la patiente s'est aggravé et a nécessité un transfert aux urgences, qui a justifié la couverture du 16 mai au 12 juin 2010. A partir du 13 juin 2010, seule une nécessité de soins doit être envisagée. L'état de santé de l'assurée s'est à nouveau aggravé à fin septembre 2010, qui a justifié une hospitalisation jusqu'au 13 octobre 2010, raison pour laquelle dès le 14 octobre 2010, seule une nécessité de soins doit être envisagée. Le rapport médical du 22 avril 2010 permet de conclure que l'état de santé de l'assurée s'est stabilisé jusqu'au 30 avril 2010, de sorte qu'un transfert en EMS était approprié et raisonnable début mai 2010, la nécessité d'hospitalisation n'étant démontrée que pour les deux périodes admises. Par pli du 3 novembre 2010, la caisse confirme à l'hôpital son refus, ne voyant pas de nouvelles indications médicales dans la demande du 1<sup>er</sup> novembre 2010 (recte: 28 octobre 2010). Selon la lettre de sortie du 12 novembre 2010 de l'hôpital, signée par le Dr M\_\_\_\_\_ et le médecin-chef le Dr N\_\_\_\_\_, l'assurée est sortie le 5 novembre 2010, transférée dans un EMS. Le document résume

l'anamnèse, l'examen clinique à l'entrée, l'évolution, la discussion et la prise en charge des différents problèmes, l'examen clinique de sortie, ainsi que la médication prescrite à la sortie. Il est précisé que, suite à tous les événements infectieux et neurologiques intervenus depuis son hospitalisation, l'assurée a progressivement diminué, son état général est devenu fatigable, avec une diminution de sa mobilité et de sa capacité pour participer à la physiothérapie, avec une exacerbation des troubles cognitifs et de sa dépendance pour les activités de la vie quotidienne. Durant la première partie du séjour, l'assurée marche avec un rolator, mais la marche est précaire et instable. En fin de séjour, la patiente se déplace en fauteuil roulant sur de courtes distances. Par acte du 24 novembre 2010, l'assurée, représentée par avocat, forme opposition à la décision et conclut à son annulation, motifs pris que son hospitalisation était justifiée durant toute sa durée, conformément à l'avis des médecins de l'hôpital. Par pli du 5 janvier 2011, l'assurée persiste dans les termes et conclusions de son opposition. Par décision sur opposition du 20 juin 2011, la caisse admet partiellement l'opposition, des prétentions étant également admises du 16 mai au 30 juin 2010 et la rejette pour le surplus. En sus des arguments déjà développés dans la décision initiale, la caisse relève qu'il ressort de la lettre de sortie que le motif principal du séjour à l'hôpital visait, d'une part, une amélioration de la marche par de la physiothérapie et, d'autre part, la planification d'un transfert dans un EMS. Ces deux raisons d'hospitalisation ne justifient pas une nécessité d'hospitalisation pour la durée totale du séjour à l'hôpital. L'assurée aurait déjà pu être transférée dans un EMS avant le 5 novembre 2010. Il s'avère que la nécessité d'hospitalisation n'était pas limitée du 16 mai au 12 juin 2010, mais jusqu'au 30 juin 2010. Par acte du 18 août 2011, l'assurée forme recours contre la décision sur opposition, et conclut à son annulation, à la condamnation de la caisse de verser les prestations dues en cas d'hospitalisation également du 1<sup>er</sup> au 15 mai, du 1<sup>er</sup> juillet au 29 septembre 2010 et du 14 octobre au 5 novembre 2010, avec suite de dépens. Elle estime que la caisse se livre à une sorte de "saucissonnage", à géométrie variable dans le temps, qui ne repose pas sur de véritables arguments médicaux, dès lors qu'elle n'expose pas sur la base de quels éléments objectifs elle se fonde pour exclure la prise en charge de quelques fractions de cette période d'hospitalisation. D'ailleurs, la lettre de sortie du 12 novembre 2010 confirme que l'assurée présente des surinfections broncho-pulmonaires de fin juillet à fin septembre 2010. Il n'est pas sérieux de retrancher de la couverture d'une hospitalisation qui a duré 7 mois et demi des périodes de deux, voire trois semaines, au début et à la fin d'une hospitalisation, au motif que la patiente aurait dû séjourner en EMS. A suivre la logique de la caisse, on assisterait à un bal incessant de transferts médicalisés de patients faisant les pendulaires entre l'hôpital et les EMS du canton. Par mémoire-réponse du 17 octobre 2011, la caisse conclut au rejet du recours. Elle expose que sa décision est fondée sur l'avis du Dr O \_\_\_\_\_, médecin-conseil de la caisse, sur la base des rapports du Dr M \_\_\_\_\_, qui estime que l'assurée peut se faire traiter en EMS, sur la base des diagnostics et des traitements figurant dans les rapports. Malgré un traitement intensif d'un mois, la situation ne s'est pas améliorée, du point de vue des troubles de la marche. Il faut donc conclure à l'absence d'un potentiel de réhabilitation réalisable, ce qui a été prouvé clairement par la suite de son séjour à l'hôpital. Les crises d'épilepsie n'ont plus justifié d'admission en neurologie, ce qui prouve le caractère palliatif de l'hospitalisation. Le médecin-conseil estime que les soins prodigués auraient pu tout à fait être fournis dans un EMS, raisonnement confirmé par le transfert de l'assuré en novembre 2010, dans un état malheureusement bien pire qu'à son entrée à l'hôpital, ce qui prouve que la nécessité d'hospitalisation n'était pas légitime. Le médecin-conseil répond aux questions médicales

spécialisées au niveau de la détermination des faits, il évalue les cas en toute indépendance, sans recevoir de directive ni de l'assureur ni du fournisseur de soins et en respectant l'estimation thérapeutique du médecin-traitant concernant le genre et la quantité de la prestation médicale. La caisse joint à son recours le rapport du 27 septembre 2011 du Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, dont le contenu a été cité dans le mémoire-réponse mentionné ci-dessus. Par pli du 4 novembre 2011, invitée à se déterminer, après consultation des pièces produites par la caisse, l'assurée relève que c'est pour la première fois qu'un avis médical écrit du médecin-conseil est produit, de sorte que la décision et la décision sur opposition ne reposaient alors sur aucun avis médical circonstancié, l'examen de l'adéquation d'une hospitalisation ne peut en effet pas se faire sur la base d'une analyse rétrospective, mais doit reposer sur l'appréciation de la situation sur le plan médical, durant l'hospitalisation elle-même. Ainsi, le fait que l'état de santé de la recourante n'ait pas connu d'amélioration souhaitée ne permet pas de considérer, à posteriori que les soins prodigués auraient pu être fournis dans un EMS. Le Dr O \_\_\_\_\_ ne se prononce d'ailleurs pas concrètement sur les arguments médicaux développés par le Dr M \_\_\_\_\_, selon lequel l'hospitalisation est pleinement justifiée au vu de l'état maladif chronique et des complications relativement sérieuses et répétées subies par la recourante. Par analogie avec un cas similaire, il y a lieu d'appeler en cause les HUG, dont la situation juridique est susceptible d'être affectée par l'issue de la procédure, dans le cadre de laquelle la question de l'adéquation du tarif pratiqué est posée. Lors de l'audience du 21 février 2012, le Dr M \_\_\_\_\_ a été entendu en qualité de témoin, en présence de l'avocat de l'assurée, d'une représentante de la caisse et du Dr O \_\_\_\_\_, médecin-conseil de la caisse. Il a exposé dans le détail les motifs ayant justifié le maintien de l'assurée à l'hôpital jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2010, puis dès le 16 mai 2010, la succession d'épisodes aigus, qui ont débuté les 16 mai 2010, 28 juin 2010, 26 juillet 2010 et fin septembre, ayant nécessité à chaque fois un suivi médical quotidien, puis après la stabilisation obtenue environ 15 jours plus tard, la reprise de la rééducation, la patiente régressant dans l'autonomie acquise antérieurement. Il a précisé que les infections avaient nécessité une antibiothérapie par intraveineuse. Il a ajouté que même si l'assurée séjournait déjà dans un EMS avant la première hospitalisation en mars 2010, elle aurait été hospitalisée à chacun des épisodes décrits, puis transférée à l'Hôpital de Loëx pour une rééducation, admettant que tel n'aurait pas été le cas de l'épisode de mi-octobre 2010. Sur la base de ces explications, les parties ont convenu que, sur les trois périodes restant litigieuses, soit du 1<sup>er</sup> au 15 mai 2010, du 1<sup>er</sup> juillet au 29 septembre 2010 et du 14 octobre au 5 novembre 2010, la caisse prendrait à sa charge les coûts du séjour hospitalier du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août 2010, ainsi qu'une indemnité de procédure de 2'000 fr. en faveur de l'assurée au titre de dépens. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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. 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). Le recours, déposé dans la forme et le délai légal, est recevable. 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 1<sup>er</sup> au 15 mai 2010, du 1<sup>er</sup> juillet au 29 septembre 2010 et du 14 octobre au 5 novembre 2010. a) 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. 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). b) 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 ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a), les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (al. 2 let. d) 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 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> phrase LAMal). c) 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). d) 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 tarifaires, l'art. 47 al. 1 LAMal prévoit que c'est au gouvernement cantonal de fixer le tarif, après consultation des intéressés. e) 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.). a) 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 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. 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). 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 ). b) 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 aussi bien être appliqué sous la forme d'un traitement ambulatoire ou semi-hospitalier (LONGCHAMP, op. cit., p. 380). 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). Par ailleurs, 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 362 ss. consid. 2c). 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 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). 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 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, 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). Dans le cas d'espèce, au vu des explications données par le Dr M\_\_\_\_\_, confrontées à l'avis du Dr O\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la caisse, et afin de mettre un terme au litige, les parties ont convenu que la caisse prendrait à sa charge les coûts du séjour hospitalier du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août 2010, ainsi qu'une indemnité de procédure de 2'000 fr en faveur de l'assurée au titre de dépens. L'accord étant conforme au droit applicable, la Cour en prendra acte. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant d'accord entre les parties Donne acte à l'intimée de son accord de prendre à sa charge les coûts du séjour hospitalier de la recourante du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août 2010. Donne acte à l'intimée de son accord de verser une indemnité de procédure à titre de dépens de 2'000 fr en faveur de la recourante. L'y condamne en tant que de besoin. Donne acte à la recourante de ce qu'elle renonce à réclamer de l'intimée la prise en charge des coûts du séjour hospitalier du 1<sup>er</sup> au 15 mai 2010, du 1<sup>er</sup> au 29 septembre 2010 et du 14 octobre au 5 novembre 2010. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irene PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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