

GE_GERICHTE A/3484/2009 vom 16. Dezember 2010

GE Cour de justice, 2010-12-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3484_2009

FR: GE_GERICHTE A/3484/2009 du 16 décembre 2010

IT: GE_GERICHTE A/3484/2009 del 16 dicembre 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.12.2010
A/3484/2009

A/3484/2009 ATAS/1305/2010 du 16.12.2010 (LAMAL) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3484/2009
ATAS/1305/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 8 du 16 décembre 2010 En la cause Madame J _____,
domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA
Mauro recourante contre SWICA ORGANISATION DE SANTE, ayant son siège
Boulevard de Grancy 39, 1001 Lausanne intimée EN FAIT Madame J _____
(ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en 1932. Elle est assurée à titre obligatoire
pour les soins en cas de maladie auprès de SWICA ORGANISATION DE SANTE
(ci-après : SWICA ou l'intimée) depuis le 1^{er} janvier 1996. Elle dispose également d'une
couverture d'assurance complémentaire hospitalisation auprès de l'intimée. Le 5 novembre
2008, l'assurée a été hospitalisée à la Clinique Générale Beaulieu, en raison d'une fracture
de la clavicule. Le 13 novembre 2008, SWICA a délivré une garantie de prise en charge des
frais de séjour en division privée, valable jusqu'au 14 novembre 2008. L'attestation de
garantie mentionne que la caisse ne prend en charge que les traitements qu'elle a
l'obligation de supporter, qui sont indiqués médicalement, adéquats et économiques. Le 14
novembre 2008, la Clinique a adressé à SWICA une demande de prolongation de garantie,
sur la base d'un rapport médical établi par le Dr L _____, chirurgien orthopédique,
effectuant suivi de l'assurée. Ce rapport fait état du fait que l'assurée est âgée de 75 ans,
qu'elle présente des suites d'une fracture du col du fémur contro-latérale et d'un tassement
de la première vertèbre lombaire, lesquelles réduisent son autonomie à domicile, que son
évolution est lente favorable mais que des difficultés importantes à la marche en relation
avec les douleurs claviculaire et la boiterie de hanche rendent pour l'instant un retour à
domicile difficile. Un tel retour semble toutefois réalisable dès le 19 novembre. Sur la base
des renseignements médicaux figurant dans le rapport précité, le médecin-conseil de
SWICA, le Docteur M _____, a émis un préavis négatif pour l'extension de la
garantie de prise en charge en division de type « A ». Le 19 novembre 2008, l'assurée a
quitté la Clinique Générale Beaulieu et est rentrée à domicile. Par courrier du 28 novembre
2008, SWICA a informé la Clinique Générale Beaulieu de ce qu'après examen, par son
médecin-conseil, du rapport établi le 14 novembre 2008 par le Docteur L _____, les
prestations étaient allouées à raison de 70 fr. par jour, soit au tarif d'un séjour en attente de
placement dans un établissement médico-social (EMS), division type « B ». Le 1^{er}
décembre 2008, le Docteur L _____ a répondu à SWICA, s'étonnant du contenu du
courrier du 28 novembre 2008, puisque son certificat du 14 novembre 2008 spécifiait
expressément que la patiente pourrait retourner à domicile à compter du 19 novembre 2008.
Par courrier du 11 décembre 2008, SWICA indiquait au Docteur L _____ que son

médecin-conseil ne remettait pas en question la date de sortie de l'hospitalisation de l'assurée, mais le tarif qui devait y être appliqué. En effet, il n'y avait pas d'éléments médicaux permettant de prolonger son séjour en soins aigus dès le 15 novembre 2008. Par courrier du 8 janvier 2009, la Clinique Générale Beaulieu communiquait à l'assurée une facture d'un montant de 5'303,05 fr., correspondant aux frais non-couverts (5 jours) par son assurance. Par courrier adressé le 12 janvier 2009 à SWICA, Monsieur J _____, époux de l'assurée, indiquait que c'était le médecin-traitant de son épouse, le Docteur N _____, qui avait fait intervenir le Docteur L _____, alors chirurgien orthopédique de garde, pour traiter la fracture de la clavicule. Dès lors que le Docteur N _____ avait suivi l'affaire de bout en bout, il invitait le médecin-conseil de l'assurance à lui poser par écrit toutes les questions susceptibles de permettre de se forger une opinion circonstanciée sur la question du tarif. Par courrier du 23 janvier 2009, SWICA sollicitait du Docteur Patrick N _____ qu'il adresse à son médecin-conseil les raisons médicales justifiant la durée du séjour de l'assurée à la Clinique Générale Beaulieu, soit du 5 au 19 novembre 2008. Par courrier du 26 janvier 2009, le Docteur N _____ a répondu que l'hospitalisation avait été décidée à la Clinique Générale Beaulieu suite à l'intervention d'un chirurgien-orthopédiste de garde, le Docteur L _____, pour la raison suivante : l'assurée avait souffert d'une fracture du col fémoral gauche en 2000 et avait été opérée pour cela, mais devait désormais se déplacer à l'aide de cannes anglaises. En raison de la fracture de la clavicule, l'utilisation de ces cannes s'était révélée impossible, de sorte que l'assurée avait été totalement immobilisée et que des soins en clinique s'étaient révélés nécessaires, alors qu'en général, une fracture de la clavicule ne nécessitait même pas d'hospitalisation. C'était dès lors pour des raisons d'invalidation temporaire que l'assurée avait été hospitalisée, du 5 au 19 novembre 2008. Par courrier adressé le 30 janvier 2009 au Docteur N _____, l'assurance lui indiquait qu'il avait été procédé à un nouvel examen du dossier par son médecin-conseil, mais qu'elle se voyait contrainte de maintenir sa position exprimée dans ses courriers des 28 novembre et 11 décembre 2008, aucun élément médical nouveau ne lui ayant été communiqué, lui permettant de modifier son préavis. Par courrier de son conseil du 3 mars 2009, l'assurée s'adressait à SWICA, relevant qu'elle n'était en aucun cas responsable de la situation et qu'elle ne saurait être prise en otage par une divergence de vues entre le médecin-conseil de l'assurance et son médecin-traitant. Elle ajoutait qu'un retour prématuré à domicile aurait impliqué un risque non négligeable de nouvelle chute et de nouvelle fracture, ce qui aurait engendré des frais bien plus importants que ceux qui étaient en litige. Elle sollicitait que l'avis du médecin-conseil soit adressé à son avocat. Par courrier du même jour adressé au Docteur N _____, le conseil de l'assurée sollicitait que des détails lui soient transmis au sujet des motifs pour lesquels il considérait que l'hospitalisation de Madame Monique J _____ devait se prolonger au-delà du 14 novembre 2008. Un courrier était adressé le même jour au Docteur L _____, sollicitant de sa part l'apport d'éléments médicaux plus substantiels que ceux mentionnés dans sa correspondance du 14 novembre 2008, qui faisait état d'une perte de l'autonomie à domicile. Il lui était indiqué que l'assurée ne saurait supporter le montant de 5'303,05 fr. qui lui était réclamé pour les cinq jours supplémentaires d'hospitalisation. Par courrier adressé le 5 mars 2009 au conseil de l'assurée, le Docteur L _____ apportait les éléments médicaux suivants : - le motif principal de l'hospitalisation consistait en une fracture de clavicule gauche qui n'était, en soi, pas une indication à une hospitalisation lorsqu'un traitement conservateur était choisi, - l'hospitalisation avait toutefois été motivée en raison de nombreux problèmes annexes que

présentait la patiente, à savoir un diabète, une ancienne fracture de la première vertèbre lombaire, survenue en été 2008, ainsi qu'une ancienne fracture du col du fémur, dont l'évolution n'était pas favorable, puisque la patiente devait impérativement se déplacer avec des cannes ; - c'était l'ensemble de ces pathologies qui avait constitué un motif d'hospitalisation ; - la fracture de clavicule ne permettait temporairement pas à la patiente de se déplacer avec ses cannes et les douleurs lombaires contre-indiquaient un déplacement et un positionnement prolongé en fauteuil roulant ; - il était évident qu'une hospitalisation dans un milieu en soins aigus pouvait sembler excessif pour ce type de problème, puisque la patiente n'avait jamais été opérée au cours de ce séjour ; - malheureusement, une hospitalisation en soins chroniques lors d'un évènement aigu n'était que rarement possible, faute de place. Par courrier adressé au conseil de l'assurée le 5 mars 2009, le Docteur N_____ a indiqué en substance ce qui suit : - l'assurée avait été opérée du col du fémur gauche en 2000, avec un résultat médiocre et, depuis lors, devait se déplacer chez elle et au dehors avec deux cannes ; l'utilisation d'une seule canne était déconseillée dans son état, pour ne pas aggraver la situation en entraînant un problème lombaire, - la patiente s'était fracturée la clavicule, ce qui en soi n'était pas une affection grave, une hospitalisation à la Clinique Générale Beaulieu ayant été confirmée par le chirurgien-orthopédiste consulté, laquelle avait dû être prolongée au-delà du 14 novembre 2008 en raison de la persistance de douleurs de la région claviculaire lorsque la patiente se remettait à marcher ; il avait donc fallu attendre que les douleurs deviennent supportables pour qu'un retour à domicile soit envisageable ; - Madame J_____ accusait un excès pondéral, ce qui entraînait une utilisation accentuée de la musculature des membres supérieurs lorsqu'elle marchait et s'appuyait sur ses cannes ; - elle-même et son époux étaient des personnes âgées vivant seules à domicile ; - Monsieur J_____ n'était pas en mesure de remettre son épouse sur pied en cas de chute de celle-ci ; il avait donc été indispensable d'attendre que des conditions satisfaisantes soient obtenues pour qu'un retour à domicile puisse être envisagé, avec reprise de la vie normale ; la mise en place d'une aide à domicile par la FSASD n'était pas envisageable, les passages des infirmières ou des aides étant ponctuelles avec des intervalles pouvant être fâcheux ; c'était donc le maintien en hospitalisation qui avait été la seule et unique solution ; dans la mesure où la patiente bénéficiait d'une assurance complémentaire, cette hospitalisation aurait dû pouvoir se prolonger sans complications administratives ; un transfert à Joli-Mont ou à la Clinique de Montana n'avait pas non plus été envisageable, ces deux établissements étant trop éloignés du domicile du couple J_____ et Monsieur J_____ rendant visite quotidiennement à son épouse ; - enfin, l'état de fatigue entraîné par la fracture claviculaire, accompagné de douleurs intenses, avait contraint les médecins à maintenir l'assurée hospitalisée à la Clinique Générale Beaulieu. Par décision du 23 mars 2009, notifiée au conseil de l'assurée, SWICA aboutissait au résultat suivant : - à compter du 15 novembre 2008, un séjour dans un établissement pour maladie aiguë n'était plus nécessaire en regard de l'affection donc souffrait l'assurée, soit une fracture de la clavicule ; un séjour dans un établissement médico-social ou un retour à domicile était possible ; - SWICA limitait donc sa prise en charge du séjour à la Clinique des Grangettes (recte : Clinique Générale Beaulieu) au 14 novembre 2008 ; pour la suite, les prestations pouvaient être allouées au tarif de 70 fr. par jour, tarif correspondant à une attente de placement, à compter du 15 novembre 2008 et jusqu'à la sortie de la clinique, au 19 novembre 2008. Une opposition a été formée contre cette décision en date du 23 avril 2009, l'assurée faisant valoir que c'était pour des raisons médicales qu'elle avait dû être maintenue en clinique au-delà du 14 novembre 2008, ce qui

avait été confirmé par les Docteurs N_____ et L_____. Par décision sur opposition du 27 août 2009, notifiée au conseil de l'assurée, SWICA lui a partiellement donné raison en ce sens qu'elle acceptait d'allouer à l'assurée ses prestations pour lit « B », soit 215 fr. par jour pour la période du 15 au 19 novembre 2008. Le médecin-conseil de l'assurance, le Docteur M_____, a été consulté avant la prise de cette décision sur opposition. Dans son rapport du 25 juin 2009, annexé à la décision, le Docteur M_____ se réfère à la convention des Hôpitaux Universitaires de Genève, laquelle prévoit qu'est réputée hospitalisation somatique aigue toute hospitalisation de patient atteint d'affection aigüe nécessitant la mise en oeuvre de mesures médicales continues et intensives. Or, durant l'hospitalisation de l'assurée, seuls un bilan radiologique simple de l'épaule avait été effectué le 5 novembre 2008, ainsi qu'un bilan de laboratoire, le lendemain. Par la suite, aucune autre investigation para-clinique n'avait été réalisée, à l'exception d'un cliché de contrôle de la clavicule, le 13 novembre 2008 qui aurait pu totalement être réalisée à partir d'un établissement de type lit « B ». Sur la base de ces éléments, la garantie d'hospitalisation en soins aigus de huit jours était suffisante. A la lecture rétrospective des documents médicaux, on pouvait raisonnablement estimer qu'elle avait été trop longue dans le cas d'espèce, une hospitalisation en soins aigus de trois à quatre jours se révélant suffisante pour faire le bilan. Ensuite, un transfert en lit « B » aurait été aussi efficace, plus approprié et plus économique. En conclusion, à la lecture du dossier, un remboursement du séjour était justifié selon un tarif lit « A » jusqu'au 9 novembre 2008, puis lit « B » du 10 au 19 novembre 2008. Le 24 septembre 2009, l'assurée a formé recours contre la décision sur opposition, se référant aux opinions médicales présentées par les Docteurs N_____ et L_____ et soutenant que l'hospitalisation du 5 au 19 novembre 2008 était justifiée. Le principe d'économicité justifiait qu'elle ne soit pas rentrée à domicile, vu les risques que ceci comportait, ne pouvant pas non plus solliciter, pour cinq jours, des prestations d'un EMS, de sorte qu'elle avait dû rester hospitalisée, afin d'éviter un dommage supplémentaire dont le coût aurait largement dépassé les sommes que SWICA tentait d'économiser. Par ailleurs, elle était au bénéfice d'une assurance complémentaire qui n'avait été appliquée que partiellement par l'intimée. Elle sollicitait que soit procédé à l'audition des Docteurs L_____ et N_____, à ce que la décision attaquée soit annulée et à ce que SWICA soit condamnée à lui allouer les prestations pour la prise en charge complète des frais de séjour à la Clinique Générale Beaulieu pour la période du 15 au 19 novembre 2008, à ce que l'intimée soit déboutée de toutes autres ou contraires conclusions et à ce qu'une indemnité à titre de dépens lui soit allouée. En date du 4 mars 2010, une audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes a eu lieu devant le Tribunal de céans, lors de laquelle deux témoins ont été entendus. Le Docteur N_____ a indiqué qu'à son sens, l'hospitalisation en clinique était absolument nécessaire pour sa patiente, en raison de ses difficultés à la marche, dans la mesure où il lui était impossible de se déplacer avec ses cannes suite à la fracture de la clavicule, comme de procéder aux autres activités quotidiennes banales. Pour des raisons pratiques, en particulier, la possibilité de la transférer dans un autre établissement hospitaliser n'avait pas été évoquée car cela aurait rendu très difficile à son époux de lui rendre visite tous les jours, ainsi qu'il le faisait. Ce dernier n'était pas en mesure de relever son épouse en cas de chute de celle-ci, ce qui rendait risqué un retour à domicile. Les soins à domicile n'étaient pas envisageables car les soignants passaient à intervalles réguliers et, en cas de chute, en particulier, des conséquences fâcheuses étaient à prévoir. Une infirmière à domicile, toutes les six heures, aurait pu être envisagée, à charge de l'assurance, mais cela était extrêmement

onéreux. Pour lui, il n'y avait pas d'autre solution raisonnable que l'hospitalisation. Le Docteur L_____ a indiqué que lorsqu'il avait été amené à traiter la recourante au mois de novembre 2008 suite à une fracture de la clavicule, il s'agissait d'un contexte particulier dans la mesure où cette dernière avait également souffert d'une fracture du col du fémur et d'une fracture de la première vertèbre lombaire. En raison de ces pathologies et du fait qu'elle avait 75 ans, elle ne pouvait pas rentrer à domicile. Une attelle avait été installée et les médecins avaient assuré son repos, de même qu'un traitement antalgique lui avait été administré, accompagné d'un suivi de rééducation. En raison de sa fracture de la clavicule, la patiente ne pouvait plus utiliser les cannes avec lesquelles elle se déplaçait depuis sa fracture du col du fémur. Durant son hospitalisation, des examens sanguins ainsi que des radiographies avaient été effectués. Faute de place, il n'avait pas été possible de transférer l'assurée dans une autre unité que celle de soins aigus où elle avait été hospitalisée durant tout son séjour. Un retour à domicile aurait pu être organisé pour une personne plus jeune. Toutefois, dans le contexte médical particulier (diabète, handicap à la marche, séquelles de fractures), il n'était pas indiqué, du point de vue médical et thérapeutique, de la renvoyer chez elle. La chute à l'origine de la fracture de la clavicule s'était produite à domicile. Une station alitée prolongée aurait engendré des risques trombo-emboliques. Suite à l'audition des témoins, une audience de comparution personnelle des parties a eu lieu. A cette occasion, l'intimée a été sollicitée quant à la couverture des prestations litigieuses par l'assurance complémentaire de la recourante. SWICA a indiqué que l'objet du litige relevait uniquement de la couverture de soins obligatoires, de sorte qu'elle ne souhaitait pas se prononcer sur la question qui lui était alors soumise dans le cadre de la présente procédure. Dans le délai imparti par le Tribunal, la recourante et l'intimée ont fait valoir des arguments complémentaires dans leurs écritures du 12 mars 2010, soulignant les éléments positifs à leurs thèses, révélés par les enquêtes. SWICA a produit la convention signée le 14 juin 2007 entre les cliniques genevoises de Joli-Mont et de Montana, d'une part, et SantéSuisse, d'autre part, portant sur le forfait journalier tarifé à 211 fr. pour la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008. Elle a dès lors indiqué que c'était à bon droit qu'elle avait réduit ses prestations pour la période du 15 novembre au 19 novembre 2008 au tarif de réadaptation de la Clinique de Joli-Mont, ce tarif étant en réalité de 211 fr. par jour en 2008, alors qu'elle avait accepté de couvrir 215 fr. par jour, en faveur de la recourante, ce qui correspondait au tarif de 2009. SWICA avait également sollicité un nouvel avis de son médecin-conseil. Dans son rapport du 11 mars 2010, annexé, le Docteur M_____ a confirmé que les opinions présentées par ses confrères lors de l'audience d'enquêtes du 4 mars 2010 ne pouvaient pas modifier son appréciation, effectuée sur la base du dossier. Au contraire, celle-ci était même confirmée par les enquêtes. Le 10 mai 2010, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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). 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 15 au 19 novembre 2008. 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 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). 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). 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. 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). Il est établi dans le cas d'espèce que les deux premières conditions énoncées ci-dessus étaient remplies dans le cas particulier. En revanche, la caisse conteste qu'il y ait eu nécessité d'hospitalisation en soins aigus durant la période litigieuse, du 15 au 19 novembre 2008. 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 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 la recourante, 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). Dans le cas d'espèce, la recourante a été hospitalisée auprès de la Clinique Générale Beaulieu dans la division soins aigus, dès son entrée en clinique, le 5 novembre 2008, et jusqu'au 19 novembre 2008. Conformément à la garantie délivrée par l'intimée le 13 novembre 2008, la prise en charge de ces frais de séjour n'est pas remise en question jusqu'au 14 novembre 2008, bien qu'il s'agisse d'une hospitalisation en division pour affection aiguë. Par contre, à compter du 15 novembre 2008, l'intimée a considéré qu'aucun élément médical ne pouvait justifier la poursuite d'une telle hospitalisation dans ladite division. Force est de constater que les deux médecins interrogés, ayant suivi la patiente durant la période litigieuse, à savoir les Docteurs N_____ et L_____, ont confirmé qu'une fracture de la clavicule ne nécessitait généralement pas d'hospitalisation, ce qui vaut a fortiori pour une

hospitalisation pour affection aiguë. Ils ont tous deux confirmé que l'hospitalisation qui avait duré du 5 au 19 novembre 2008 avait eu lieu en raison de l'impossibilité pour la recourante de se déplacer sans ses cannes, du fait de la fracture claviculaire, le Docteur L _____ ayant également indiqué, lors de l'audience d'enquêtes du 4 mars 2010, qu'il n'était pas indiqué, du point de vue médical et thérapeutique, de renvoyer la recourante chez elle, étant rappelé que la chute à l'origine de la fracture de la clavicule s'était produite à domicile et qu'une station alitée prolongée aurait engendré des risques trombo-emboliques. Le Docteur N _____, s'agissant de se prononcer sur un retour à domicile, avec organisation de soins sur place, a indiqué qu'une infirmière à domicile avec passage toutes les six heures aurait pu être envisagée, mais que cela aurait été très coûteux pour l'assurance. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de tenir compte de la situation médicale particulière de la recourante, connue à teneur du dossier, comme des facteurs pris en considération par ses médecins traitants, ainsi que de son âge et de celui de son époux, pour aboutir à la conclusion qu'un retour à domicile n'était pas envisageable dans le cas d'espèce. Il ne paraît pas plus concevable, ce que soutient à raison la recourante, de prendre en considération un placement en EMS pour un séjour de cinq jours. Toutefois, s'agissant spécifiquement d'une hospitalisation en division pour affections aiguës, il apparaît évident, au vu des soins non spécifiques qui lui ont été prodigués (radiographies, examens sanguins, traitement antalgique) comme des affections dont elle souffrait, qu'une telle hospitalisation n'était pas justifiée. Comme le soutient avec raison l'intimée, après les premiers jours d'hospitalisation nécessités pas le bilan diagnostique et thérapeutique, la patiente aurait dû et pu être transférée en division de soins de réadaptation, soit en lit « B », tel que fourni par la Clinique de Joli-Mont, par exemple. Il convient également de souligner que c'est le Docteur L _____ lui-même qui a indiqué, lors de l'audience d'enquêtes du 4 mars 2010, qu'il n'avait pas été possible de transférer la patiente dans une autre unité que celle de soins aigus, où elle avait été hospitalisée durant tout son séjour, « faute de place ». Quant à lui, lors de la même audience, le Docteur N _____ a ajouté que c'était « pour des raisons pratiques, en particulier », que la possibilité de transférer la recourante dans un autre établissement hospitalier n'avait pas été évoquée, ajoutant « car cela aurait rendu très difficile, à son époux, de lui rendre visite tous les jours, ainsi qu'il le faisait ». Or, au regard du principe d'économicité applicable en l'espèce, de tels arguments ne sauraient être retenus comme valables pour justifier la prise en charge, par l'assurance de base, de frais supplémentaires au coût d'une hospitalisation en lit « B ». L'intimée ayant d'ores et déjà accepté la couverture des frais relatifs à l'hospitalisation de la recourante pour la période du 15 au 19 novembre 2008, à hauteur de 215 fr. par jour, tarif plus généreux que celui qui était, de fait, applicable en 2008, ce qu'elle ne remet pas en question dans le cadre de la présente procédure, sa décision sur opposition du 27 août 2009 sera confirmée. Enfin, s'agissant de l'assurance complémentaire hospitalisation dont la recourante bénéficie auprès de SWICA, il est établi que cette dernière a couvert les frais de séjour en division privée. La recourante mentionne toutefois dans ses écritures que cette couverture n'aurait pas été assurée de manière exhaustive, sans plus ample explication. Elle ne prend pas de conclusion en paiement différenciée, relativement à la prise en charge qu'elle fait valoir par rapport à l'assurance de base et celle à laquelle elle prétendrait sur la base de son assurance complémentaire, ces deux couvertures ne pouvant être confondues. L'intimée ne s'est jamais prononcée au sujet de la couverture complémentaire, les décisions rendues ne contenant aucune analyse de cette question. Il n'appartient dès lors pas au Tribunal de se prononcer sur cette question dans le cadre de la présente procédure de recours. PAR CES

MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette et confirme la décision sur opposition du 27 août 2009. 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) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; 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 Irène PONCET La présidente Laurence CRUCHON Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le

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