

GE_GERICHTE A/403/1999 vom 14. September 2000

GE Cour de justice, 2000-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_403_1999

FR: GE_GERICHTE A/403/1999 du 14 septembre 2000

IT: GE_GERICHTE A/403/1999 del 14 settembre 2000

Regeste

ASSURANCE SOCIALE; AM; SOINS A DOMICILE; ETABLISSEMENT DE SOINS; FORFAIT JOURNALIER; ASSU | Préserver la santé physique et mentale de la patiente suppose son maintien à domicile, même si celui-ci engendre des coûts de soins supérieurs à ceux que devrait supporter l'assureur en cas de placement en EMS. Il existe aussi un droit à la préservation et au respect de la vie familiale. Même lorsque les soins à domicile s'avèrent aussi efficaces et adéquats que pourraient être ceux administrés dans un home, il convient d'examiner leur économicité. En l'espèce, des coûts, pour les soins à domicile et pour l'ensemble des frais de soins, respectivement de 1,9 et 2,3 fois plus élevés que le montant forfaitaire pour les soins dans un home ne constituent pas, au regard de l'ensemble des circonstances, une disproportion manifeste au point que l'assureur serait en droit de limiter ses prestations au forfait journalier prévu en cas de séjour dans un home. | LAMAL.25 al.2; LAMAL.32

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56C litt. a de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05; art. 86 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 - LAMal - RS 832.10).

E. 2

a. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies exhaustivement aux articles 25 à 31 LAMal et 7 et 8 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (RS 832.112.31) (ci-après : l'OPAS) en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 LAMal. b. Selon l'article 25 alinéa 2 lettres a et b LAMal, ces prestations comprennent "les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, 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", ainsi que "les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien".

E. 3

a. D'une manière générale, la prise en charge des prestations énumérées aux articles 25 à 31 LAMal par l'assureur-maladie est limitée par l'exigence d'efficacité, d'adéquation et d'économicité de l'article 32 LAMal. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter celles-ci à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. b.

Introduit par l'article 23 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911 (LAMA - RS 832.10), le principe d'économicité et la jurisprudence y relative a gardé toute sa valeur dans le cadre de l'article 56 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 (RAMA 1998 K 988 p. 4 avec renvois à la doctrine). La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée par la caisse maladie. Ainsi, des mesures thérapeutiques inutiles ou pouvant être remplacées par d'autres mesures moins onéreuses n'ont pas à être prises en charge par l'assureur (ATF 108 V 29 , 104 V 95 , 101 V 68 , RAMA 1988 N° K 754 9, 1986 N° K 671 143, RJAM 1980 N° 406 83, 1975 N° 219 96). c. Dans son message concernant la révision de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a précisé que l'aspect économique de la prestation suppose qu'il doit exister " une juste relation entre le but visé et les frais mis en œuvre, ce qui ne signifie pas que des mesures coûteuses ne seront pas prises en charge ", le but étant d'écartier la prise en charge de prestations " irrationnelles " ou à tout le moins " douteuses " (FF 1992 I pp. 140-141). d. En effet, le principe d'économicité a été introduit dans la législation sur l'assurance-maladie dans le but de freiner l'augmentation galopante des coûts de la santé et par là même de prévenir l'augmentation des primes de l'assurance-maladie obligatoire. Ainsi, dans sa présentation de la révision de la loi sur l'assurance-maladie, la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss a affirmé que " maîtrise des coûts ne signifie pas réduction des coûts () il s'agit tout simplement de rapprocher autant que faire se peut l'évolution des coûts de la santé et, partant, l'évolution des coûts de l'assurance des soins en cas de maladie, de l'évolution générale des salaires et des prix () cette loi doit donc créer un cadre et prévoir des mesures qui rendent plus efficace la lutte contre les gaspillages, la lutte contre la hausse des coûts et surtout un partage plus équitable des charges. () L'important pour le Conseil fédéral et pour la commission est que les mesures de maîtrise des coûts n'atteignent pas seulement les tarifs et les prix des prestations, mais également l'évolution de la quantité des prestations fournies, de façon à ce que le contrôle des tarifs ne conduise pas à des mesures perverses sur le plan de la quantité des prestations." De l'avis du Conseiller national Comby, le développement de l'aspect qualitatif des prestations ne devrait pas non plus en souffrir (BO/CN 1993 p. 1839). e. Ainsi, lorsqu'une prestation parmi d'autres est plus adéquate et plus efficace, mais plus élevée du point de vue des coûts, la condition relative au caractère économique peut, dans de tels cas, être reléguée à l'arrière-plan. Il faut toutefois observer le principe de la proportionnalité: c'est la prestation dont le coût est le moins élevé qui devra être choisie lorsqu'il existe une importante disproportion entre le prix et le succès de la guérison; cela ressort du principe de l'obligation de réduire le dommage qui est applicable à tous les assurés (MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 52). f. Ce principe d'économicité du traitement ne concerne donc pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins ; il est également opposable à l'assuré qui n'a pas droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 109 V 43 consid. 2a, 108 V 32 consid. 3a ; DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in Mélanges pour le 75ème anniversaire du TFA, p. 536).

E. 4

a. Les prestations sont facturées sur la base de tarifs, de prix ou encore de conventions tarifaires (art. 43 LAMal). Conformément à l'article 50 LAMal, en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, 3e al. LAMal), l'assureur prend en charge 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. b. Si

donc les établissements médico-sociaux figurent parmi les fournisseurs de prestation du secteur dit stationnaire, les prestations qui y sont fournies, telles que définies à l'article 7 OPAS, ressortissent au domaine ambulatoire. Elles n'incluent par conséquent pas les frais d'hôtellerie (séjour et nourriture) qui ne peuvent dès lors pas être mis à charge de l'assurance de base et qui doivent donc être financés par d'autres sources, soit par les ressources personnelles du patient ou, lorsque ce dernier en est démuné, par les recettes fiscales de l'Etat (MCF, concernant la révision de l'assurance maladie FF 1992/I p. 77, p. 110, 131 et 151).

E. 5

a. Par arrêt du 18 décembre 1998, le TFA a estimé que ce n'est pas le critère de la plus grande adéquation qui doit départager la prise en charge entre deux traitements mais celui de l'économicité. Lorsque plusieurs traitements sont envisageables, il y a donc lieu de procéder à une pesée entre coûts et bénéfices de chaque traitement. Si l'un d'eux permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais du traitement le plus onéreux (ATFA K. D. c. Y. du 18 décembre 1998, K 34/98, non publié ; RAMA 1998, K 988 4 ; DESCHENAUX, loc. cit., p. 534). Ainsi, quand des soins à domicile coûtaient CHF 110.- par jour alors que le même traitement pouvait être administré dans un EMS avec lequel une convention forfaitaire limitait la prise en charge à CHF 20.- par jour, cette différence de coûts était tellement disproportionnée que les soins à domicile ne pouvaient plus être qualifiés d'économiques (ATFA K.D. c. Y. du 18.12.1998, K 34/98, précité). b. Cependant, et comme l'OFAS l'a relevé, cet arrêt a été rendu dans un cas d'espèce et les assureurs-maladie ne sauraient en déduire le droit de limiter leur prise en charge des soins à domicile au tarif convenu avec les EMS sans une sérieuse pesée des intérêts en cause dans chaque cas d'espèce.

E. 6

Il convient donc de déterminer si, au nom de l'économicité, l'assureur peut limiter sa prise en charge au forfait qu'il devrait assumer si Mme X. vivait en EMS, au motif que le montant à sa charge serait effectivement moins élevé que celui du coût effectif des soins à domicile. Or le but du principe d'économicité dans la LAMal est de diminuer dans l'ensemble les coûts de l'assurance-maladie obligatoire. Si un assureur devait réussir à se défaire de ses obligations légales par un transfert de charges, sans qu'aucune diminution des coûts n'y soit liée, on ne pourrait parler d'économicité au sens de la LAMal (EUGSTER, Le principe d'économicité dans la LAMal, in Aspects de la sécurité sociale I 1999 p. 27).

E. 7

En l'espèce, du point de vue de l'assureur, le coût des soins à domicile prodigués à Mme X. se montait à CHF 133,50.- par jour, alors que le montant forfaitaire en cas de placement en EMS s'élevait à CHF 69.- par jour en 1999. Y. aurait contraint Mme X. soit à payer la différence (CHF 63,50.- par jour) pour le maintien à domicile, soit à emménager dans un EMS (où son hébergement aurait coûté entre CHF 100.- et 250.- par jour, soit entre CHF 3'000.- et 7'500.- par mois, à sa charge ou à celle des services sociaux (prix relevés sur la liste des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, 1999, éditée par l'office cantonal des personnes âgées)). Cependant, il sied de rappeler que tout forfait est établi sur la base d'une moyenne entre cas lourds et cas légers. Si toutes les personnes qui nécessitent plus qu'une heure de soins à domicile étaient placées en EMS, le coût moyen des soins augmenterait également, la convention forfaitaire devrait être renégociée à la hausse

et aucune diminution effective des coûts ne serait obtenue. Au contraire, la charge pour les personnes concernées et pour l'Etat augmenterait lourdement, effet que le législateur a justement voulu éviter par l'introduction des soins à domicile dans le catalogue des prestations à l'article 25 al.2 LAMal et par un renforcement de la solidarité dans l'assurance-maladie.

E. 8

Le litige portant sur la décision sur opposition du 20 avril 1999, le Tribunal administratif n'a pas à se prononcer sur la nouvelle convention tarifaire entrée en vigueur le 1er janvier 2000.

E. 9

En l'espèce, il convient donc encore de déterminer si les soins à domicile étaient adéquats et efficaces dans le cas de Mme X.. Le critère d'adéquation implique l'obtention du résultat recherché dans le cas concret soit, in casu, en 1999, de maintenir une certaine stabilité dans l'état de santé de la patiente. Son médecin traitant a affirmé en audience que du point de vue matériel, ces soins pouvaient être administrés de manière tout aussi efficace à domicile qu'en EMS; si, sans l'aide de son mari et des soins à domicile, la recourante aurait effectivement dû aller dans un EMS en catégorie C, il n'existait cependant aucune urgence, ni raison médicale d'effectuer un tel placement, la recourante n'ayant aucun besoin de surveillance permanente. Dans le cadre des soins à domicile, l'objectif paraissait ainsi entièrement atteint en l'espèce, et ce depuis 9 ans. Grâce à un encadrement adapté et au soutien affectif de son époux, la santé de la recourante s'était d'abord améliorée puis stabilisée à un niveau très satisfaisant. Les soins à domicile constituaient donc un traitement aussi efficace qu'adéquat en l'espèce.

E. 10

Il est en revanche certain que dans l'hypothèse d'un placement en EMS, la recourante aurait été atteinte dans sa santé psychique puisqu'elle y aurait été privée, contre sa volonté et sans nécessité médicale, tant de la compagnie de son époux que de son cadre de vie habituel, alors qu'elle était parfaitement consciente.

E. 11

a. Préserver la santé physique et mentale de la recourante supposait son maintien à domicile. Le droit de Mme X. au respect de la vie familiale était protégé cumulativement par les articles 13 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. féd. - RS 101), 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques de l'ONU; pour être admissible, toute atteinte à la vie familiale doit être prévue dans la loi et rester proportionnée face au but légitime poursuivi dans chaque cas concret (art. 13 al. 2 CEDH); toutes dispositions qui priment les dispositions légales et limitent la portée du principe de l'économicité du traitement. b. La Cour européenne des droits de l'homme a même jugé, dans un autre contexte certes, que le droit au respect de la vie familiale d'un criminel multi-récidiviste pouvait primer l'intérêt public à la sécurité de l'Etat et que celui-ci ne pouvait être expulsé de France où il résidait avec son épouse française (ACEDH Beldjoudi du 26 février 1992, n° 55/1990/246/317, §79). c. Le droit au respect de la vie familiale ne se limite ainsi pas à des restrictions au niveau des ingérences de l'Etat; des obligations positives inhérentes à un respect effectif de la vie familiale peuvent également s'y ajouter (ACEDH Marckx du 13 juin 1979, Série A, n° 31, § 31 ; AUER, MALINVERNI, HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, Les droits fondamentaux, 2000, p. 377ss, p. 203). Aussi, le

Tribunal administratif admettra que l'État et l'assureur-maladie doivent non seulement promouvoir les soins à domicile en tant que traitement le plus apte à favoriser la vie familiale de la malade, mais en plus leur accorder la primauté face aux autres traitements impliquant une séparation.

E. 12

Or, par arrêt du 26 mai 1998 (A. c/Y.), le Tribunal administratif a déjà jugé que la santé est définie comme le comportement harmonieux du corps et de l'esprit (GARNIER/DELMARE, Dictionnaire des termes de médecine, 23ème édition, p. 796). Il s'agit d'un état de complet bien-être physique, mental et social, et non seulement d'une absence de maladie ou d'infirmité (Préambule de la Constitution de l'organisation mondiale de la santé, approuvé par l'Assemblée fédérale le 19 décembre 1946 - Recueil des lois fédérales 1948, pp. 1001-1002).

E. 13

Au vu des principes rappelés ci-dessus, il apparaît que: - l'état de santé physique de la recourante ne nécessitait pas son placement en EMS; - celui-ci aurait été contre-indiqué, voire aurait détérioré sa santé mentale; - à supposer qu'un tel placement soit plus économique (alors que dans l'ATFA K.D. c. Y. du 18 décembre 1998, le rapport était de 110/20, il n'est en l'espèce que de 133/69), il aurait contrevenu au droit fondamental au respect de la vie familiale. Le Tribunal administratif considère par conséquent que le traitement de la recourante dans un EMS, bien qu'efficace, aurait été moins adéquat que celui qu'elle recevait en restant à domicile.

E. 14

Comme l'a souligné Madame Ruth Dreifuss, Conseillère fédérale, " Même s'il est vraisemblablement abusif de partir de l'idée que les soins à domicile entraînent toujours une économie concernant les coûts, les soins à domicile signifient presque toujours un traitement plus humain, dans un cadre plus favorable à la guérison et à l'intégration du malade. Tant qu'ils ne sont pas massivement sollicités, les soins à domicile représentent une chance réelle d'éviter une hospitalisation qui se révélerait plus coûteuse. " (BO/CN, séance du 5 octobre 1993, pp. 1824-1825).

E. 15

S'agissant de la durée de la prestation des soins à domicile, il sied de rappeler que l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) n'impose aucune limitation à ce sujet et l'article 2 de la loi genevoise sur l'aide à domicile indique clairement que celle-ci consiste en " une activité ambulatoire qui s'adresse à des personnes dont l'état de santé, physique ou mentale, exige des soins, des contrôles ou des aides, temporaires ou durables ". La prise en charge des soins à domicile n'a donc aucune raison d'être limitée dans le temps même lorsque aucune amélioration de la santé du recourant n'est à espérer; il est cependant évident qu'en cas de grave détérioration de son état, un nouvel examen doit être effectué, car, comme l'a souligné le Conseil fédéral, il est important que le patient puisse être "assisté" dans une mesure qui corresponde au mieux à ses besoins actuels (FF 1992 I p.150).

E. 16

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis. Vu la nature du litige, il ne sera pas perçu d'émolument (art. 89G LPA). Une indemnité de procédure de CHF 2'000.- sera allouée à M.

X. à charge d'Y..

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