

GE_GERICHTE A/588/2006 vom 31. Mai 2007

GE Cour de justice, 2007-05-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_588_2006

FR: GE_GERICHTE A/588/2006 du 31 mai 2007

IT: GE_GERICHTE A/588/2006 del 31 maggio 2007

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 31.05.2007
A/588/2006

A/588/2006 ATAS/629/2007 du 31.05.2007 (LAMAL) , ADMIS Recours TF déposé le 09.07.2007, rendu le 06.06.2008, ADMIS, 9C_454/2007 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/588/2006 ATAS/629/2007
ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 31 mai 2007 En la cause Madame R_____, domiciliée , VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET Madame N_____, domiciliée ESPAGNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourantes contre ATUPRI CAISSE MALADIE, sise Spitalgasse 2;Postfach 8721, BERN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andrea LANZ MULLER intimée EN FAIT Madame R_____ est affiliée auprès de ATUPRI CAISSE MALADIE, notamment pour l'assurance obligatoire de soins et la division commune en cas de séjour hospitalier. Tombée gravement malade en mars 2004, l'assurée a été traitée d'urgence aux soins intensifs à l'étranger et rapatriée par vol sanitaire à "établissement hospitalier". Le 14 avril 2004, après une hospitalisation aux urgences et à "établissement hospitalier", elle a été hospitalisée à "établissement hospitalier". Par courrier du 9 mai 2004, les ("établissement hospitalier") ont informé le médecin-conseil d'ATUPRI de cette hospitalisation (pce 8 assurance). Les diagnostics posés étaient : cirrhose hépatique, encéphalopathie hépatique, démence depuis deux ans, hémorragie digestive chronique probable sur ulcère anastomique de la gastrostomie. Le 9 juillet 2004, l'assurance a octroyé une garantie de prise en charge des coûts pour la division commune du 14 avril au 10 juillet 2004. Elle a par ailleurs demandé qu'un rapport détaillé soit remis à son médecin-conseil si le séjour devait se prolonger. Le rapport médical demandé, daté du 15 juillet 2004, est parvenu au médecin-conseil de l'assurance le 1^{er} novembre 2004. Il indiquait que la patiente restait très fragile et présentait des baisses rapides de l'état de vigilance dans le cadre de l'encéphalopathie, ce qui nécessitait une surveillance quotidienne des constantes biologiques avec réadaptation des apports hydriques. Par courrier du 10 novembre 2004, ATUPRI a informé les "établissement hospitalier" que la taxe aiguë serait prise en charge jusqu'au 10 juillet 2004 et qu'à partir du 11 juillet 2004, les prestations seraient indemnisées comme séjour dans un établissement médico-social (EMS). Une copie a été adressée pour information à Madame R_____. Le 8 décembre 2004, le Dr A_____, médecin-chef de clinique à "établissement hospitalier", s'est adressé au médecin-conseil de l'assurance. Il a défendu l'opinion que l'hospitalisation était justifiée. Il a expliqué que cette dernière avait été transférée de Médecine interne à "établissement hospitalier" « pour suites de soins d'un status postcoma sur encéphalopathie hépatique, avec décompensation ascitogène, dans le contexte d'une cirrhose Child C sur alcoolisme et une hémorragie digestive haute sur ulcère anastomosique d'une gastrectomie », qu'elle avait continué à

présenter, durant tout l'été 2004 et jusqu'alors, des épisodes à répétition d'encéphalopathie hépatique, avec somnolence sévère, alternés avec des états d'agitation fréquents et d'intensité variable, accompagnés parfois d'une décompensation cardio-respiratoire, que le traitement devait donc très souvent être rapidement réadapté afin de stabiliser la situation clinique et que la patiente était complètement dépendante. Selon le Dr A_____, seul un milieu hospitalier proposant de longs séjours était à même d'assurer une prise en charge adéquate de la patiente sur les plans somatique, psychique et éthique. Par courrier du 13 janvier 2005, considérant le fait que le rapport du 15 juillet 2004 n'était parvenu au médecin-conseil de la caisse qu'au mois de novembre 2004 en raison d'une grève des médecins hospitaliers, la caisse s'est déclarée disposée à prendre en charge la taxe aiguë à partir de la date d'entrée de l'assurée jusqu'au 10 décembre 2004. Ce n'est donc qu'à partir du 11 décembre 2004 que seules les prestations comme séjour dans un établissement médico-social seraient indemnisées. Une garantie de prise en charge des coûts correspondant a été remise aux "établissement hospitalier" le 13 janvier 2005. L'assurée a également été informée de cette garantie. Le 10 janvier 2005, l'assurée a été transférée dans un EMS. Par courriers des 1^{er} février et 22 avril 2005, la fille de l'assurée et les "établissement hospitalier" (par courrier du 7 avril 2005) ont demandé à l'assurance de bien vouloir prendre en charge les frais pour le séjour en division commune jusqu'au transfert de l'assurée en EMS. Par courriers des 2 mars et 2 mai 2005, la caisse a confirmé sa position du 13 janvier 2005. Par courrier du 2 août 2005, l'assurée a demandé une décision formelle. Une décision formelle confirmant la position de la caisse a été rendue le 2 septembre 2005. Le 26 septembre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision. Madame R_____ est décédée le 12 novembre 2005. Par décision sur opposition du 13 janvier 2006, la caisse a confirmé son refus de prendre en charge la taxe pour patient aigue convenue conventionnellement par l'intermédiaire de l'assurance obligatoire des soins au-delà du 10 décembre 2004. La caisse a retenu qu'à partir du 11 juillet 2004, il n'y a plus eu de nécessité d'hospitalisation aigue mais seulement une nécessité de soins. Selon elle, à partir de ce moment, les mesures nécessaires auraient aussi bien pu être prodiguées dans un établissement médico-social car, à compter du 11 juillet 2004, il n'y a plus eu de maladie aiguë mais une maladie chronique. La caisse nie avoir reconnu la nécessité d'hospitalisation aigue jusqu'au 10 décembre 2004. Elle explique n'avoir accepté la prise durant la période du 11 juillet au 10 décembre 2004 que pour tenir compte des circonstances particulières (grève des médecins). Ce sont ces évènements particuliers qui l'ont conduite à ne pas réduire les prestations avec effet rétroactif au 11 juillet 2004 et à prendre en charge la taxe aiguë jusqu'au 10 décembre 2004, soit trente jours après la communication du 10 novembre 2004 (modification de la prestation d'aiguë à chronique). Ce laps de temps de trente jours a été appliqué pour tenir compte du fait qu'un temps d'adaptation approprié doit être accordé pour le transfert dans un établissement médico-social ou dans un département de soins. Par courrier du 15 février 2006, Mesdames R_____ et N_____ née R_____, filles et héritières de feu Madame R_____, ont interjeté recours contre cette décision. Les recourantes demandent la prise en charge de l'hospitalisation de leur mère au tarif aigu jusqu'au 10 janvier 2005, date de son transfert en EMS. Elles font valoir que les notions de maladie aiguë et de nécessité d'hospitalisation aiguë, d'une part, et celles de maladie chronique et de nécessité de soins de longue durée, d'autre part, ne sont pas clairement délimitées par la loi, ce qui laisse au médecin traitant une certaine marge de manœuvre pour fixer la limite entre hospitalisation aiguë et soins de longue durée (ATF 124 V 362 consid. 2c). Elles rappellent que le médecin-conseil d'une assurance n'est pas habilité à traiter

lui-même l'assuré ou à donner des instructions au médecin traitant sur l'application d'un traitement. Lorsqu'il donne son avis, il doit le faire de manière circonstanciée et complète, soutenir sa position avec des éléments du dossier médical. En l'espèce, elles estiment que la nécessité médicale de l'hospitalisation aiguë de l'assurée ressort clairement des certificats établis par les médecins de "établissement hospitalier" (pièces 5, 7 et 9 rec.). Elles soutiennent que le traitement administré dans cet établissement a permis de stabiliser l'état de Madame R_____ après une hospitalisation d'urgence avec des troubles très sévères. Elles font remarquer que le médecin-conseil s'est contenté d'inscrire : "ok jusqu'au 10 juillet 2004" et "patiente chronique type C dès le 11 juillet 2004 probablement » et estiment qu'un tel avis ne saurait remplir les exigences de la jurisprudence en la matière, qui exige une motivation de l'avis du médecin-conseil (cf. ATFA du 11 octobre 2005 dans la cause K 120/04 consid. 5). Selon elles, l'avis des médecins traitants doit l'emporter sur celui du médecin-conseil et une nécessité médicale d'hospitalisation aiguë doit donc être reconnue de manière incontestable. Invitée à se prononcer, la caisse, dans sa réponse du 19 avril 2006, a conclu au rejet du recours. Elle soutient qu'une fois le diagnostic posé et les médicaments prescrits, l'assurée pouvait être soignée sans problème dans un EMS. L'intimée se réfère à l'avis de son médecin-conseil à qui le dossier a été soumis une nouvelle fois après l'opposition de l'assurée. Le médecin-conseil a alors indiqué que le traitement d'une cirrhose du foie faisait partie des activités médicales habituelles et fréquentes, que ce traitement, la plupart du temps, débutait de façon stationnaire et qu'après cela, les patients pouvaient être traités de manière ambulatoire ou dans un EMS. Selon l'intimée, son médecin-conseil n'avait pas de raison de se mettre en rapport directement avec un médecin traitant de l'assurée puisque la documentation versée au dossier était complète : le rapport des "établissement hospitalier" du 15 juillet 2004 indiquait que l'assurée avait besoin d'une surveillance quotidienne des constantes biologiques avec réadaptation des apports hydriques. La caisse soutient que cela pouvait se faire dans un EMS. L'intimée produit un courrier émanant de son médecin-conseil, le Dr. B_____, daté du 6 avril 2006, rédigé en ces termes : « Concernant le dossier médical, il y a tout d'abord lieu de préciser que les documents de "établissement hospitalier" présentent les mêmes formulations standard dans tous les certificats. L'assurée était au stade final d'une cirrhose du foie alcoolique marquée par des ascites (liquides dans la cavité abdominales dus à la transformation du foie) et une encéphalopathie (affaiblissement cérébral jusqu'au coma par l'accumulation du produit du métabolisme en raison de la défaillance du foie). Le traitement consiste en une gestion conséquente du bilan du liquide et à l'absorption de Lactulose afin de réduire la formation d'ammoniaque. Des problèmes de cœur et de circulation peuvent en outre apparaître comme complication en particulier lorsqu'il existe trop ou trop peu de liquide dans le système vasculaire ; il est par ailleurs remédié à ces complications par l'adaptation de l'approvisionnement en liquide ou par l'adaptation du diurétique. En se référant à la maladie de Madame R_____, il est possible de mentionner : une surveillance clinique régulière (état général, tension artérielle) ; cette surveillance devrait en fonction de la stabilité de la patiente avoir lieu entre une fois tous les jours et une fois toutes les une à trois semaines. Les substances mentionnées dans les documents sont en outre utilisées comme traitement médicamenteux.(...) Toutes ces préparations doivent être prises oralement. Cette surveillance et l'absorption de ces médicaments sont possibles sans problème dans un établissement médico-social (ou également à domicile). Il y a, en outre, également lieu de mentionner que le traitement d'une cirrhose du foie fait partie des activités médicales habituelles et fréquentes, que ce

traitement a la plupart du temps au début lieu de façon stationnaire (diagnostic, mise en place des médicaments) et, qu'après cela, le patient peut ensuite être traité ambulatoirement (ou dans un établissement médico-social si la personne a besoin de soins), alors que le dosage des médicaments doit faire l'objet d'une adaptation régulière. Les adaptations doivent être effectuées durant les phases d'instabilité, voire quotidiennement (au maximum une fois par jour : fixation du dosage du jour prochain). Ceci est également confirmé dans le rapport du 15 juillet 2004 (...) qui stipule notamment « nécessitant une surveillance quotidienne » durant les phases fragiles. Les actes médicaux se limitent à des visites cliniques et régulières habituellement chaque semaine, voire chaque mois, (éventuellement quotidiennes durant les phases instables) ainsi qu'à des examens cliniques avec adaptation du dosage des médicaments (en particulier le diurétique) au poids et à l'état de santé de la patiente. Des actes médicaux spécifiques qui nécessitent un environnement hospitalier ne sont pas mentionnés dans les rapports et ne sont pas indiqués. Il est usuel, dans un établissement médico-social (...) que des règles soient établies concernant l'adaptation des médicaments notamment : "poids supérieur à 65 kg : prendre deux tablettes par jour, au-dessous, une tablette par jour, contrôle du poids trois fois par semaine". Les soins médicaux sont garantis dans tous les établissements médicaux sociaux soit par des visites régulières ou la présence d'un médecin ou par la visite et la possibilité d'atteindre le médecin le reste du temps. Depuis mon cabinet médical, je dois dire qu'il aurait été possible de soigner une patiente comme l'assurée dans un établissement médico-social sans restriction. » Quant à savoir de quelles mesures médicales l'assurée avait besoin, le médecin a précisé encore une fois qu'aucune mesure spécifique qui devrait être prodiguée uniquement dans un établissement hospitalier pour soins aigus n'a été mentionnée dans aucun rapport. L'assurée avait sans aucun doute besoin d'une surveillance et de soins réguliers pouvant être prodigués dans EMS. Enfin, s'agissant de l'ATF 125 V 177 consid. 2c invoqué par les recourantes, le médecin a souligné qu'il s'opposait à la nécessité d'hospitalisation pour soins aigus dans le cas de l'assurée car on ne pouvait s'attendre à ce que le traitement améliore notablement son état de santé. Le médecin-conseil estime qu'après avoir été dans une certaine mesure stabilisé par le traitement médicamenteux, l'état de santé de l'assurée ne pouvait plus être amélioré et qu'il n'y avait plus qu'à « maintenir le mauvais état de santé par des adaptations médicamenteuses ». Dans leur réplique du 26 mai 2006, les recourantes ont fait valoir que le médecin-conseil et l'assureur maladie s'immisçaient dans les décisions relatives au traitement médical de la patiente sous prétexte de vouloir garantir le caractère économique du traitement. Elles font remarquer que l'état de santé de leur mère a été unanimement décrit par les médecins qui l'ont suivie comme grave et nécessitant une surveillance rapprochée qui rendait son hospitalisation absolument nécessaire. Elles jugent ainsi inadmissible d'affirmer, à l'instar du médecin-conseil de l'assureur, qu'il aurait été possible depuis son cabinet de soigner une patiente comme l'assurée. Dans sa duplique du 3 juillet 2006, la caisse a fait remarquer que la question pertinente n'était pas de savoir si une assurance maladie avait le droit de s'immiscer dans des traitements médicaux mais à partir de quel moment la nécessité d'hospitalisation pour soins aigus n'avait plus existé. Selon elle, la nécessité prétendue d'hospitalisation ne correspond pas à l'indigence aiguë ou à une maladie aiguë. Par courrier du 19 juillet 2006, les recourantes ont demandé l'audition du Dr A _____, chef de clinique à "établissement hospitalier". Après deux reports d'audience, l'audition du Dr A _____ a finalement eu lieu le 16 novembre 2006. Le Dr C _____ était également présent. Après avoir confirmé la teneur du courrier adressé à la caisse en date du

8 décembre 2004 (pièce 9 rec.), le Dr A_____ a émis l'opinion que l'hospitalisation de l'assurée avait été parfaitement justifiée car elle était très fragile et présentait un fort risque de décompensation ; son état n'était pas stabilisé. Il a expliqué que les médecins prenaient dans ces cas-là la décision « sur le moment » et que c'était donc lorsqu'une place en EMS s'était libérée que la question s'était posée de savoir si l'hospitalisation devait durer ou non. Dans le cas de l'assurée, le Dr A_____ a indiqué que, même si une place en EMS ne s'était présentée que plus tard, il aurait été justifié de continuer l'hospitalisation, car son état n'était pas entièrement stabilisé. Il a ajouté que, lorsque l'état du patient est aussi fluctuant, les médecins doivent d'une part procéder à la réadaptation des médicaments et d'autre part le surveiller. Selon le Dr A_____, le fait que l'assurée aurait pu être suivie en EMS ne suffit pas à conclure que son hospitalisation était injustifiée. Ce n'est pas comme si elle avait été stabilisée depuis longtemps. Le Dr C_____ a posé la question de savoir selon quels critères exacts "établissement hospitalier" avait jugé du moment où le passage en EMS était possible. Il a exprimé l'opinion qu'il était contradictoire d'affirmer d'une part qu'une hospitalisation aiguë se justifiait et d'autre part qu'un passage en EMS aurait même été possible plus tôt pour autant qu'un suivi puisse être assuré. Le Dr A_____ a expliqué que les médecins prenaient en compte l'ensemble de la situation psycho-médico-sociale, que "établissement hospitalier" était principalement destiné aux maladies chroniques et aux malades ayant besoin de réhabilitation et de soins palliatifs, contrairement à "établissement hospitalier", plus habilité à traiter les maladies aiguës, que c'était précisément le parcours qu'avait suivi l'assurée, qui après avoir été hospitalisée à "établissement hospitalier", l'a été à "établissement hospitalier" puis à "établissement hospitalier". L'assurée, comme la plupart des malades chroniques, traversait des épisodes aigus mais ponctuels. Le Dr A_____ a ajouté que si les interventions des médecins n'étaient pas « énormes », elles étaient en revanche justifiées. Il a répété que la décision dépendait de tout un contexte. Il a rappelé que l'assurée était en fin de vie. Lorsqu'il est apparu que le suivi indispensable pouvait être fourni en EMS, après discussion avec la famille et examen de tous les autres critères, le transfert est apparu comme un projet adéquat. Le Dr C_____ a précisé que la question était d'autant plus importante que lors d'un contact téléphonique en octobre 2004 entre l'une des collaboratrices de l'assurance et la fille de l'assurée, cette dernière avait répondu par l'affirmative à la question de savoir si un transfert était prévu, tout en précisant qu'elle ne souhaitait pas placer sa maman n'importe où et qu'une place devait se libérer. Madame R_____, fille de l'assurée, a rétorqué que ce téléphone avait pour objectif de s'enquérir de la prise en charge auprès de l'assurance et a contesté les propos qui lui ont été prêtés. Elle a souligné à cet égard qu'elles n'avaient pas eu le loisir de choisir un EMS ni de décider du moment du transfert. Par courrier du 19 décembre 2006, l'intimée a maintenu sa position. Selon elle, les éléments apportés par le Dr A_____ demeurent vagues. Elle a souligné que, selon les dires du Dr A_____ lui-même, "établissement hospitalier" est destiné aux patients chroniques ou ayant besoin de soins palliatifs. Selon l'intimée, les explications du Dr A_____ permettent au contraire de conclure que la décision a été prise de garder la patiente sous la pression d'un décès imminent et sur l'avis de la famille, et non sur la base de critères médicaux clairs. L'intimée a réaffirmé que la disponibilité d'un lit en EMS ne représente pas une raison motivant la nécessité d'une hospitalisation aiguë. Quant aux recourantes, elles ont allégué que l'avis du médecin-conseil de la caisse devait être considéré avec circonspection. Selon elles, en assistant à l'audience aux côtés de l'assurance, il a fait perdre toute valeur à ses avis médicaux. Elles répètent que la décision litigieuse ne repose sur

aucun avis médical susceptible de remettre en question ceux des médecins de "établissement hospitalier". Elles expliquent que les malades hospitalisés dans cet établissement se trouvent, en quelque sorte, à mi-chemin entre les soins dits aigus prodigués à l'hôpital cantonal, et le suivi médical prodigué au sein d'un EMS. Certes, "établissement hospitalier" n'est pas un hôpital pour soins aigus mais un établissement où sont traités des patients atteints de maladies chroniques, le cas échéant avant un transfert en EMS, durant une phase de transition et de stabilisation. Il s'agit pourtant bien d'un établissement hospitalier. Les critères justifiant une hospitalisation dans un hôpital tel que celui-ci sont de plusieurs ordres : médical, psychologique, social. Il s'agit de situations complexes nécessitant des décisions qui peuvent être lourdes de conséquences et qui doivent être prises en considérant la situation dans sa globalité. Les recourantes font valoir que la notion de réadaptation médicale en milieu hospitalier est particulièrement large et vise justement les situations comme celle de l'assurée, une patiente en phase transitoire de stabilisation et de réadaptation avant transfert en EMS. Elles s'inquiètent de ce que les caisses-maladie puissent s'immiscer dans la prise de telles décisions. Enfin, elles font remarquer que si l'on se base uniquement sur le fait que "établissement hospitalier" est destiné à des malades chroniques, cela revient à exclure toute prise en charge au tarif hospitalier pour les patients qui y sont hospitalisés. Or, l'intimée elle-même a accepté la prise en charge au tarif hospitalier jusqu'au 10 juillet 2004. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 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. 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 11 décembre 2004 au 10 janvier 2005. 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, 2 ème éd. , Berne 1997, p. 165, n°28 ; ATF 124 V 364) ; La caisse a reconnu que les deux premières conditions énoncées étaient remplies dans le cas particulier. En revanche, elle conteste qu'il y ait eu nécessité d'hospitalisation. 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 les recourantes, 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). En l'espèce, l'assurée a été transférée le 14 avril 2004 dans le département médical de "établissement hospitalier" avec les diagnostics suivants : cirrhose hépatique Child C avec varices oesophagiennes stade II et encéphalopathie hépatique ; démence depuis deux ans ; hémorragie digestive chronique probable sur ulcère anatomique de la gastrotomie ; status postcoma sur encéphalopathie hépatique suite à décompensation, chutes à répétition avec fractures costales et du poignet et gastrectomie des deux-tiers pour ulcère gastrique dix ans auparavant. Les recourantes mettent en cause l'impartialité du médecin conseil de l'assurance et la valeur probante de ses considérations. Sur ce point, il convient cependant de rappeler que 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). En l'espèce, il ne se justifie donc pas d'écarter purement et simplement l'avis du Dr B _____ au simple motif qu'il est médecin conseil de l'assurance et qu'il s'est présenté aux côtés du représentant de cette dernière à l'audience. Quoi qu'il en soit, c'est à juste titre que les recourantes rappellent que la jurisprudence a reconnu aux médecins traitants un certain pouvoir d'appréciation lorsqu'il s'agit de fixer la limite entre une hospitalisation aiguë et des soins de longue durée. Or, en l'espèce, les médecins traitants de l'assurée ont indiqué, dans leurs rapports successifs et dans le courrier adressé au médecin-conseil de l'assurance en décembre 2004, que la patiente restait très fragile et présentait des baisses rapides de l'état de vigilance dans le cadre de son encéphalopathie, ce qui nécessitait une surveillance quotidienne des constantes biologiques avec réadaptation des apports hydriques. Ils ont ajouté que, depuis l'été 2004, elle avait présenté des épisodes à répétition d'encéphalopathie hépatique, avec somnolence sévère, alternés avec des états d'agitation fréquents et d'intensité variable, accompagnés parfois d'une décompensation cardio-respiratoire et que le traitement devait donc très souvent être rapidement réadapté afin de stabiliser la situation

clinique. Compte tenu de cette situation, ils ont estimé que seul un milieu hospitalier était à même d'assurer une prise en charge adéquate de la patiente. Le médecin-conseil de l'assurance, soutient pour sa part qu'une fois le diagnostic posé et les médicaments prescrits, l'assurée pouvait être soignée sans problème dans un EMS. A l'appui de sa théorie, il allègue que le traitement d'une cirrhose du foie fait partie des activités médicales habituelles et fréquentes et que les patients, après stabilisation, peuvent être traités de manière ambulatoire ou dans un EMS. Or, le Dr A_____ a clairement indiqué en audience que l'état de la patiente n'était pas stabilisé et qu'elle présentait un fort risque de décompensation. Il convient par ailleurs de rappeler qu'en l'espèce, s'ajoutaient à la cirrhose une encéphalopathie - dont il apparaît qu'elle a récidivé à de nombreuses reprises depuis l'été 2004 - et une hémorragie digestive. Qui plus est, le médecin conseil a reconnu que, dans le cas de l'assurée, une surveillance clinique régulière devrait être exercée. Il a également reconnu que, durant les phases d'instabilité, il devrait être procédé à des adaptations de médicaments quotidiennes. Certes, l'assurée étant en fin de vie, on ne pouvait s'attendre à ce que le traitement améliore notablement son état de santé, cependant, il ressort des explications du Dr A_____, que son hospitalisation a été nécessaire à sa survie jusqu'au moment où il est apparu que son état s'était suffisamment stabilisé et que le suivi indispensable pourrait être fourni en EMS. Enfin, ainsi que le font remarquer les recourantes, le fait que "établissement hospitalier" soit en principe destiné à des malades chroniques n'est pas décisif : cela reviendrait à exclure toute prise en charge au tarif hospitalier pour les patients qui y sont hospitalisés. Or, l'intimée elle-même a accepté la prise en charge au tarif hospitalier jusqu'au 10 juillet 2004, admettant ainsi que certaines hospitalisations à "établissement hospitalier" doivent se pratiquer selon ce tarif. Eu égard aux considérations qui précèdent, l'avis des médecins traitants doit l'emporter sur celui du médecin-conseil et une nécessité médicale d'hospitalisation aiguë doit donc être reconnue jusqu'au 10 janvier 2005. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule les décisions des 2 septembre 2005 et 13 janvier 2006. Condamne l'intimée à prendre en charge les frais d'hospitalisation de l'assurée au tarif aigu jusqu'au 10 janvier 2005. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de 1'250 fr. à titre de dépens. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable . Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ). La greffière Janine BOFFI La Présidente : Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le