

VS_GERICHTE S2 11 130 vom 22. Oktober 2012

VS Kantonsgericht, 2012-10-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 11 130](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_11_130)

FR: VS_GERICHTE S2 11 130 du 22 octobre 2012

IT: VS_GERICHTE S2 11 130 del 22 ottobre 2012

Regeste

S2 11 130 JUGEMENT DU 22 OCTOBRE 2012 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition de la Cour: Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente, Jean-Bernard Fournier et Jean-Pierre Zufferey, juges; Mireille Allegro, greffière dans la cause X_____, recourante, représentée par Me A_____ contre Y_____, intimée (45 LAMal ; réduction des prestations)

Erwägungen

E. 21

juillet 2009. Dans l'intervalle, celle-ci avait perdu la jouissance du domicile conjugal et avait refusé d'emménager dans le logement adapté que lui avait trouvé son tuteur. Dès lors l'hospitalisation s'était prolongée jusqu'à ce que l'intéressée ait finalement pu déménager dans son nouveau logement. Du point de vue de la Chambre pupillaire, la gravité des symptômes commandait que l'interdite demeure en milieu hospitalier au-delà de sa mise sous tutelle pour permettre à son tuteur de prendre les dispositions adéquates et de préparer sa sortie. Interpellée le 5 juillet 2010, la Dresse G_____ a constaté qu'au vu des informations transmises par la Chambre pupillaire, il y avait lieu d'admettre que le séjour était justifié jusqu'au 26 octobre 2009 puisque des mesures juridiques avaient été prises et qu'après leur levée, il avait fallu chercher un logement à l'assurée qu'elle n'avait pas voulu intégrer. Elle a admis qu'un « forçage » aurait certainement ou au moins très probablement conduit à une décompensation, néanmoins la lettre du 23 juin 2010 (recte : 2009) laissait clairement entendre que si l'assurée nécessitait un

- 4 - environnement spécialisé, elle ne relevait plus de soins psychiatriques aigus, ce qui l'avait conduite à recommander une prise en charge au forfait EMS. Le 1er octobre 2010, le Dr J_____, également médecin-conseil auprès de Y_____, a ajouté que le fait que l'assurée comprenne mal les mesures psycho-sociales la concernant ne pouvait représenter un juste motif de poursuivre le séjour selon un statut aigu. Il a recommandé de retenir le tarif EMS dès le 9 juin 2009, en l'absence de solution d'hébergement acceptée par l'assurée, dans la mesure où seul un motif d'ordre médical pouvait justifier la poursuite de la prise en charge en soins stationnaires aigus selon la LAMal. Sans nouvelle de Y_____, H_____ a demandé, par courrier du 28 janvier 2011, qu'une décision formelle susceptible de recours soit rendue. Par décision du 22 février 2011, Y_____ a cité l'avis de ces médecins-conseil et a confirmé que, durant la période du 9 juin 2009 au 26 octobre 2009, le séjour à l'hôpital de B_____ était pris en charge par l'assurance obligatoire des soins jusqu'à concurrence du forfait prévu conformément aux dispositions de l'art. 50 LAMal, soit le tarif applicable en EMS. B.b Le 21 mars 2011, l'assurée a formé opposition contre cette décision par l'intermédiaire de son tuteur, observant que la Dresse G_____ avait admis que le séjour était justifié jusqu'au 26 octobre 2009 et qu'un «

forçage » aurait conduit à une décompensation. Y_____ a soumis une nouvelle fois l'intégralité du dossier au Dr J_____, lequel a confirmé sa position le 28 juin 2011. Selon lui, il apparaissait clairement à l'examen des pièces, notamment du courrier de la Chambre pupillaire du 27 mai 2010, que la poursuite de l'hospitalisation n'était plus nécessaire, puisque l'assurée n'avait plus eu accès à son domicile conjugal, pour un motif juridique, et avait refusé d'être hébergée en foyer, ce qui ne constituait pas un motif médical à la poursuite des soins aigus sur un mode stationnaire. Par décision sur opposition du 16 novembre 2011, Y_____ a rejeté les griefs de l'assurée et maintenu intégralement sa position. C. Représentée par Me A_____, l'assurée a formé recours céans contre ce prononcé le 16 décembre 2011. Elle a tout d'abord fait grief à l'intimée d'avoir violé son droit d'être entendue en ne donnant pas suite à ses demandes tendant à obtenir une copie de l'avis du médecin-conseil ; si ce vice était réparé en instance de recours, Y_____ devait toutefois lui verser des dépens en raison de cette violation, même en cas de rejet du recours. Elle a ensuite relevé une divergence entre les avis médicaux des médecins-conseil et souligné que l'intimée ne pouvait donner plus de poids à celui émis en sa faveur sans autre motif. De son point de vue, l'hospitalisation était justifiée puisque la Dresse G_____ admettait une décompensation en cas de sortie forcée. Enfin, elle a reproché à l'intimée d'avoir mis un terme à ses prestations rétroactivement sans l'avoir prévenue au préalable, afin de lui laisser le temps de s'organiser.

- 5 - Le 30 janvier 2011 (recte : 2012), Y_____ a fait valoir que l'acte de recours était imparfait faute de décision de la Chambre pupillaire autorisant Me A_____ à plaider pour la pupille et a demandé la suspension de la procédure jusqu'au dépôt de cette autorisation. Celle-ci a été versée au dossier le 20 février 2012, entraînant la reprise de la procédure. Par réponse du 23 mars 2012, Y_____ a relevé que les prises de position des praticiens avaient été exhaustivement retranscrites dans la décision du 22 février 2011 et que la recourante avait été en mesure de les commenter et de prendre position, de sorte que la prétention en versement de dépens était infondée. Sur le fond, elle a rappelé que la prolongation de l'hospitalisation avait principalement eu lieu pour des motifs d'ordre social et non médicaux. Le 1er mai 2012, la recourante a répliqué. Après avoir invoqué des incohérences entre les avis des Drs G_____ et J_____ et une insuffisance de renseignements au dossier, elle est revenue sur le courrier du 24 août 2009 des médecins de l'hôpital de B_____, qui démontrait, selon elle, le bien-fondé de l'hospitalisation. Avant de se déterminer, Y_____ a sollicité l'avis du Dr J_____, qui a observé, le 21 mai 2012, après avoir réexaminé le dossier, que la Dresse G_____ n'avait jamais varié dans ses recommandations et que lorsque lui-même avait été saisi du dossier en octobre 2010, il était arrivé aux mêmes conclusions que celle-ci. Le maintien en hôpital psychiatrique avait été motivé par des circonstances essentiellement psychosociales qui ne nécessitaient pas les soins et l'encadrement médico-infirmier tels que dispensés dans un service spécialisé aigu. Ainsi, le Dr J_____ a confirmé la teneur de son courrier du 26 juin 2011, qui était en totale adéquation avec la recommandation précédente de la Dresse G_____. Le 24 mai 2012, Y_____ a donc maintenu son point de vue, relevant que, dans le courrier du 23 juin 2009, les médecins de B_____ avaient déjà laissé entendre que le séjour avait lieu pour des motifs d'ordre social et non pas médical, que le 11 mai 2009, ils avaient d'ailleurs requis un délai de quatre semaines pour préparer le retour à domicile reconnaissant par-là qu'une hospitalisation n'était plus indiquée, que l'avis de la Dresse G_____ du 5 juillet 2010 était très clair s'agissant de sa conclusion et de sa recommandation et qu'en définitive, les médecins étaient donc unanimes sur le fait qu'après

le 9 juin 2009, la recourante n'avait plus besoin de soins psychiatriques hospitaliers aigus et séjournait à l'hôpital pour des raisons juridiques et sociales ; ceci étant, une expertise n'était pas nécessaire et n'apporterait de toute manière aucune nouvelle connaissance plus de trois ans après les faits. Dans une ultime détermination déposée le 13 juin 2012, la recourante a confirmé que, de son point de vue, la position de la Dresse G_____ était en contradiction avec celle du Dr J_____ et maintenu sa requête d'expertise. L'échange d'écritures a été clos le 14 juin 2012.

- 6 - Droit 1. 1.1 Selon l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 s'appliquent à l'assurance- maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément. 1.2 Posté le 18 décembre 2011, le présent recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 57 et 58 al. 2 LPGA ; art. 81bis LPJA). Le recours répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière, étant rappelé que le juge des assurances sociales n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les griefs invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui, sans arbitraire, peuvent être tenus pour pertinents. Il suffit, de ce point de vue, que les parties puissent se rendre compte de la portée de la décision prise à leur égard et, le cas échéant, recourir contre celle-ci en connaissance de cause (ATF 124 V 180 consid. 1a ; 121 I 54 consid. 2c et les arrêts cités ; arrêts H 233/00 du 13 février 2001 consid. 2d ; 9C_232/2007 du 5 mars 2008 consid. 6). 1.3 S'agissant des moyens de preuve, le dossier de l'assurance est suffisant pour traiter le présent litige. L'édition des dossiers de la Chambre pupillaire, de l'hôpital de B_____ et du Tribunal de district n'apporterait selon toute vraisemblance aucun élément supplémentaire susceptible d'influer le sort de la cause. 2. Dans un premier grief d'ordre formel, qu'il convient d'analyser en premier lieu, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendu. 2.1 La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les références ; RAMA 2000, 103 consid. 2a). L'intéressé doit ainsi avoir la faculté de prendre connaissance de toutes les pièces pertinentes que le dossier renferme, dans la mesure où la décision repose directement sur elles (ATF 132 V 387 consid. 3.1). Pour consulter le dossier, une partie doit en principe en faire la demande (ATF 132 V 387 consid. 6.2 ; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., n° 298). Partant, il s'avère en principe nécessaire que l'autorité qui verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement en avise les parties, encore qu'elle ne soit pas obligée de les renseigner sur chaque production de pièces, car il suffit qu'elle tienne le dossier à leur disposition (arrêt U 390/06 du 17 septembre 2007 consid. 3.1 ; ATF 128 V 272 consid. 5b/bb ; Grisel, *Traité de droit administratif*, 1984, p. 383). 2.2 En l'espèce, il s'impose de constater qu'en cours d'instruction, l'intimée a violé le droit d'être entendu de la recourante en ne donnant aucune suite à sa demande du

E. 24

juillet 2009 de pouvoir obtenir une copie de l'avis du médecin-conseil. Cependant,

- 7 - par la suite, dans sa décision du 22 février 2011, l'intimée s'est non seulement référée explicitement aux appréciations de ses médecins-conseil, mais a reproduit intégralement

leur contenu. Informée du fait que deux nouveaux avis médicaux avaient été ajoutés au dossier, la recourante n'a pas demandé à pouvoir les consulter. Elle ne peut dès lors se plaindre de n'en avoir pas reçu copie, ni prétendre avoir été obligée de recourir pour avoir toutes les informations permettant de se forger une opinion dans ce dossier. La prétention de la recourante au versement de dépens est dès lors infondée. Au demeurant, comme l'admet l'intéressée, une violation du droit d'être entendu a, en tout état de cause, été réparée puisque la recourante a eu accès à toutes les pièces de son dossier dans le cadre de la présente procédure et qu'elle a pu faire valoir ses arguments devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 130 II 530 consid. 7.3 ; 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b et les références ; voir également Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd., p. 323 ; Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., n. 9 et 10 ad art. 42). En conséquence, le grief invoqué est impropre à entraîner l'annulation de la décision entreprise. 3. Le litige concerne la période du 10 juin au 26 octobre 2009 et porte sur le point de savoir si le séjour de la recourante à l'hôpital de B _____ pendant cette période est à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon le tarif conventionnel en cas d'hospitalisation pour maladie aiguë ou selon le tarif applicable en cas de séjour dans un établissement médico-social. 3.1 3.1.1 En vertu de l'art. 49 al. 4 LAMal, en cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'al. 1, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable. La décision attaquée expose correctement les principes jurisprudentiels applicables en la matière sous chiffres 3.2 et 3.3. On peut y renvoyer. 3.1.2 On rappellera toutefois que le caractère économique du traitement n'autorise un séjour dans un hôpital pour patients atteints de maladie aiguë, au tarif des établissements hospitaliers, qu'aussi longtemps qu'un tel séjour est rendu nécessaire par le but du traitement (ATF 124 V 362). Selon la jurisprudence, une caisse-maladie 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 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 125 V 177 consid. 1b et les arrêts cités). Dans ce cas, lorsque le séjour ne répond plus à un besoin médical, la jurisprudence admet qu'une brève période transitoire d'un mois doit être accordée à l'assuré pour lui permettre de se rendre dans un établissement médico-social ou une division de ce type (arrêt 9C_794/2011 du 28 février 2012 consid. 2.2 et réf. citées).

- 8 - 3.1.3 Afin de permettre un contrôle du caractère économique du traitement et de la qualité des prestations, qui sont deux des objectifs fondamentaux de la LAMal, celle-ci attribue un rôle important - et renforcé par rapport à l'ancien droit - aux médecins-conseils des assureurs pour le contrôle des prestations et des frais (cf. le message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 172). A ce titre, le médecin-conseil est un organe d'application de l'assurance-maladie sociale. Son rôle vise notamment à éviter aux assureurs la prise en charge de mesures inutiles. Le médecin-conseil est aussi à même d'offrir à l'assuré une certaine protection contre un éventuel refus injustifié de l'assureur de verser des prestations (sur le rôle du médecin-conseil, voir : Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, ch. 62 ss ; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle/Francfort-sur-le-Main 1996, p. 100 ss ; Mosimann, Tâches et position du médecin-conseil dans l'assurance-maladie sociale, in : Sécurité sociale

1997 p. 92 ss ; Duc, La direction du traitement médical et le contrôle de l'activité médicale par les assureurs sociaux, in : Aspects du droit médical, Fribourg 1987, p. 203 ss). Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application de tarifs; il examine en particulier si les conditions d'une prise en charge d'une prestation sont remplies (art. 57 al. 4 LAMal). Il évalue les cas en toute indépendance; ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (art. 57 al. 5 LAMal). Les assureurs-maladie n'ont pas seulement le droit, mais sont également tenus, d'exercer - avec l'assistance de leur médecin-conseil - un contrôle suivi d'un traitement hospitalier. 3.2 En l'espèce, la recourante estime que les avis médicaux quant à la nécessité de la poursuite de son séjour à l'hôpital de B_____ divergent. Selon elle, la Dresse G_____ a émis un avis contradictoire à celui du Dr J_____. Ainsi, les renseignements médicaux ne seraient pas suffisants et l'instruction devrait être complétée. Or, force est de constater que l'argument de la recourante tombe ici à faux. En effet, l'ensemble des avis médicaux sont concordants sur la question de la justification de l'hospitalisation en soins aigus de la recourante. Dans leur rapport du 23 juin 2009, les médecins de l'hôpital de B_____ ont signalé que la recourante était dorénavant hospitalisée sous l'égide d'un placement à des fins d'assistance ordonné par la Chambre pupillaire, en attente d'une expertise psychiatrique. Ils ont précisé que la recourante était peu symptomatique et ne prenait aucune médication, avant d'ajouter qu'ils attendaient la levée de la mesure, très probablement pour laisser sortir l'assurée, dans la mesure où le 11 mai 2009 ils envisageaient un retour à domicile de cette dernière dans les 4 semaines. Consultée, la Dresse G_____ a noté, les 29 juin et 20 août 2009, qu'il s'agissait dorénavant d'un placement juridique et qu'il n'existait plus de motifs médicaux à l'hospitalisation. Par la suite, les médecins de la recourante ont certes requis une prolongation de la prise en charge, mais ceci afin de pouvoir réaliser correctement le projet de sortie de l'assurée. L'accompagnement en vue d'un retour à domicile ne nécessitait pas un séjour en milieu hospitalier pour maladie aiguë.

- 9 - Selon la Dresse G_____ (avis du 5 juillet 2010), si l'hospitalisation jusqu'en octobre 2009 se justifiait parce qu'il fallait attendre la levée du placement à des fins d'assistance puis trouver un logement à l'assurée, celle-ci ne nécessitait plus de soins psychiatriques aigus depuis juin 2009. Pour ne pas la forcer et risquer d'entraîner une décompensation, comme le relève la doctoresse, l'assurée aurait pu séjourner dans un environnement spécialisé de type EMS le temps de préparer son retour à la vie extérieure. Le fait que l'hospitalisation soit justifiée ne signifie pas encore qu'elle le soit pour des motifs médicaux spécifiques, dont la prise en charge ne pouvait avoir lieu que dans un établissement pour soins aigus. La Dresse G_____ a précisé que le séjour était justifié en raison des mesures juridiques prises et de la réticence de l'assurée à intégrer le logement que lui avait trouvé son tuteur. Le Dr J_____ s'est rallié à cet avis. Le refus de l'assurée d'intégrer un nouveau domicile et ses difficultés à comprendre les mesures psycho-sociales prises à son encontre ne constituaient pas un juste motif pour poursuivre un séjour hospitalier selon un statut aigu (cf. avis du 1er octobre 2010). Même si, selon le rapport de l'hôpital de B_____ du 24 août 2009, le séjour avait permis l'établissement d'une alliance et partant la réalisation d'un travail thérapeutique, aucune mesure spécifique prodiguée uniquement dans un établissement hospitalier pour soins aigus n'était prescrite. Dès lors que, durant la période litigieuse, l'assurée n'a suivi aucun traitement spécifique aigu et n'a pris aucune médication (cf. rapport du 23 juin 2009 des médecins de l'hôpital de

B _____), il sied d'admettre que son hospitalisation ne reposait finalement que sur des motifs d'ordre social et juridique. 3.3 En définitive, la Cour ne voit aucune raison de recueillir des renseignements médicaux complémentaires, ni de mettre en œuvre une expertise, en l'absence de contradictions entre les avis médicaux et d'indices concrets susceptible de remettre en cause l'appréciation des médecins-conseil, dont les conclusions ne sont pas entachées d'erreurs, de contradictions ou de lacunes, comme on vient de le voir, et ne sont pas contestées par un spécialiste qui aurait émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence de leurs déductions (ATF 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32 et les références). Ni l'art. 9 Cst., ni l'art. 6 ch. 1 CEDH n'interdisent en effet de trancher une affaire d'assurances sociales uniquement sur le vu du dossier de l'assureur, à condition que les données ainsi rassemblées garantissent toute l'objectivité et l'impartialité voulues. Quand ces garanties existent, lesdites dispositions ne confèrent à l'assuré aucun droit à obtenir une nouvelle expertise médicale (ATF 122 V 157 ss). En l'occurrence, les avis médicaux versés au dossier répondent à ces exigences, si bien qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire. 3.4 Dans un dernier moyen, la recourante critique les modalités d'application de la décision de Y _____. Elle estime que celle-ci ne pouvait mettre un terme à ses prestations rétroactivement sans préavis. Or, force est de constater que l'intimée a pleinement respecté la jurisprudence citée ci-dessus (consid. 3.1.2 in fine) en accordant une garantie de paiement jusqu'au 9 juin 2009. Cette prolongation de 30 jours a spécifiquement été accordée, à la demande des médecins, pour préparer le

- 10 - retour à domicile de la recourante (cf. avis du 11 mai 2009). Ainsi, la décision de l'intimée ne prête pas flanc à la critique. Au demeurant, tout porte à penser que, même avertie de la fin des prestations, la recourante aurait refusé d'emménager dans un nouveau logement. Or, l'intimée n'a pas à supporter les charges supplémentaires engendrées par le choix personnel de la recourante de demeurer en milieu hospitalier pour maladie aiguë. 4. Au terme de ces développements, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens, le grief de violation du droit d'être entendu étant inopérant (art. 61 let. a et g a contrario LPGA).

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