ι

du 28 septembre 1999

dans la cause

Monsieur P. J.
représenté par Me Mauro Poggia, avocat

contre

X. CAISSE-MALADIE

A/912/1998-ASSU

EN FAIT

1. Monsieur P. J., né le ..., domicilié ...à ..., est assuré auprès de la caisse-maladie X. pour l'assurance obligatoire des soins, conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, entrée en vigueur le 1er janvier 1996 (RS 832.10 - LAMal).

2. Du 20 novembre 1996 au 27 mars 1997, M. J. a été hospitalisé à la clinique de Belle-Idée suite à un état dépressif sévère. Lors de la deuxième quinzaine du mois de mars 1997, le transfert de M. J. dans un autre établissement a été envisagé en raison d'un manque de lits à la clinique de Belle-Idée.

3. M. J. ne pouvait pas retourner à son domicile en raison du fait qu'il avait développé cet état dépressif dans l'appartement où son épouse s'était suicidée. Son fils avait été confié à sa famille en France. Une sortie définitive à l'extérieur n'était pas envisageable non plus, aux dires des médecins de Belle-Idée, car l'état de M. J. demandait à être consolidé.

4. C'est ainsi que M. J. a été transféré à la clinique y.

5. Ce transfert n'a été précédé d'aucune demande de prise en charge par la caisse-maladie et M. J. a séjourné à la Clinique y. du 27 mars au 2 juin 1997.

6. Le 25 juin 1997, la clinique y. a établi une facture totalisant CHF 20'635,15 et comportant les postes suivants:

- forfait journalier:	CHF 9'656.-
- taxe de soins infirmiers:	CHF 10'676.-
- pharmacie:	CHF 306,15.

7. A réception de ce document, X. a demandé à la Clinique y. de préciser qui avait suivi M. J. pendant son séjour. Elle a reçu en retour un document rempli à la main, non signé, indiquant que ce patient, envoyé par la Dresse L., avait été suivi pendant son séjour à la Clinique y. par l'assistant social de Belle-Idée, M. C., qui s'était occupé du suivi médical et social à domicile.

8. X. a refusé la prise en charge de cette facture

car il ne s'agissait pas d'une facture d'hospitalisation au sens de l'article 49 LAMal, faute d'une prise en charge directe par un médecin.

9. Le premier décembre 1997, M. C., assistant social, a prié X. de reconsidérer sa position. Il joignait l'attestation établie le 27 novembre 1997 par le Dr J., médecin à Belle-Idée, selon laquelle à sa sortie de ladite clinique M. J. avait été hospitalisé pour suite de soins dès le 27 mars 1997 à la Clinique y..

10. Le 9 décembre 1997, X. a confirmé à M. C. qu'elle maintenait le refus de prise en charge déjà exprimé.

11. Le 15 mai 1998, un conseil s'est constitué pour M. J., lequel a prié X. soit de revoir sa position, soit de lui notifier une décision motivée, le certificat médical du Dr J. permettant d'affirmer que l'hospitalisation de M. J. à ladite clinique était justifiée.

12. Le 5 juin 1998, X. a confirmé son refus au conseil de M. J., le traitement entrepris n'étant pas économique. Mis en oeuvre par le conseil de M. J., le Dr B., médecin adjoint à Belle-Idée, a écrit le 16 juillet 1998 au médecin-conseil d'X. que le transfert de M. J. avait été envisagé, faute de lits à Belle-Idée. Il était apparu possible de confier M. J. à un autre établissement que Belle-Idée car les soins médicaux demandaient moins de compétence spécialisée. La pharmacothérapie était au point et l'assuré poursuivait le traitement de son syndrome d'apnée du sommeil par CPAP. Une sortie définitive n'était pas envisageable, pas plus qu'un retour dans l'appartement précédant pour les motifs précités, retour qui aurait exposé l'intéressé à une rechute, voire à une mise en danger par risque suicidaire. Si Belle-Idée avait eu suffisamment de places, M. J. serait resté dans cet établissement pour consolider sa situation.

13. Par décision du 3 août 1998, X. a maintenu son refus de prise en charge après avoir pris connaissance du courrier du Dr B.. En effet, durant le séjour de M. J. à la Clinique y., aucun médecin n'avait suivi l'intéressé et il n'était pas question de considérer qu'une surveillance par un assistant social constituât un suivi médical.

14. Le 6 août 1998, le conseil de M. J. a fait

opposition à cette décision.

15. Le 10 août 1998, X. a rejeté l'opposition et maintenu son refus de prise en charge. Le prix journalier à Belle-Idée était de CHF 195.- alors que le prix de revient à la Clinique y. était de CHF 303,50.

16. Par acte remis au greffe le 4 septembre 1998, M. J. a recouru contre la décision sur opposition auprès du tribunal cantonal des assurances. La décision sur opposition devait être annulée et X. devait être condamnée à prendre en charge l'intégralité de la facture de la Clinique y..

17. X. s'est opposée au recours car, selon son médecin-conseil, le Dr H., un séjour hospitalier ne pouvait être qualifié d'efficace et d'approprié si le patient n'était pas directement suivi par un médecin. Si une surveillance par un assistant social était suffisante, elle pouvait avoir lieu ailleurs que dans une clinique. Enfin, et même si les conditions de l'article 32 LAMal relatives au caractère économique du traitement étaient réalisées, la facture litigieuse ne reposait sur aucun tarif fixé par convention ou par l'autorité compétente, comme l'exigeait l'article 43 LAMal, de sorte que pour ce motif aussi, le séjour à la Clinique y. ne serait pas à charge de l'assurance obligatoire des soins.

18. A la requête du juge délégué, M. J. a délié du secret médical les médecins et la direction de la Clinique y..

19. Aussi, le 28 octobre 1998, le juge délégué a-t-il écrit à la direction de la Clinique y. pour connaître le traitement suivi par M. J. durant son séjour dans cet établissement.

20. Le 23 novembre 1998, le Dr D. T. a répondu que M. J. avait été hospitalisé à la Clinique y. du 27 mars au 2 juin 1997 sur demande des médecins de la Clinique Belle-Idée. M. J. souffrait d'un épisode de dépression sévère avec syndrome somatique transitoire ainsi que d'une hémiparésie droite de naissance. Il présentait enfin un trouble mixte de la personnalité. Durant son séjour à la Clinique y., M. J. avait bénéficié d'un nursing infirmier continu justifié par son état dépressif, son hémiparésie et par l'adaptation progressive et quotidienne au système de ventilation continu nocturne par CPAP, initié lors du séjour à la

Clinique psychiatrique, à la suite de la mise en évidence d'un syndrome d'apnée du sommeil. Le traitement médicamenteux avait été poursuivi. Le personnel infirmier était resté en relation régulière avec les médecins de la Clinique de Belle-Idée et avec le médecin traitant du patient, le Dr Jo.. Le Dr T. n'avait pas traité personnellement M. J. mais était resté néanmoins constamment à disposition en cas de problème médical somatique. L'hospitalisation prévue initialement pour quelques semaines avait été prolongée en raison de quelques discrets épisodes de récidive dépressive et également en fin de séjour pour un problème d'appartement, raison pour laquelle M. C., l'assistant social, s'était montré très actif et avait permis le retour à domicile de son patient. L'assistant social avait régulièrement rendu visite à M. J. et avait servi d'intermédiaire entre les médecins psychiatres et le patient mais ne s'était à aucun moment substitué aux médecins ni n'avait donné un quelconque ordre thérapeutique au personnel infirmier. M. J. s'était déplacé à plusieurs reprises pour consulter ambulatoirement ses médecins. L'hospitalisation à la Clinique y. avait donc pleinement joué le rôle de transition qui lui était assigné au bénéfice du patient.

21. La lettre du Dr T. a été transmise aux parties et celles-ci ont été appelées à se déterminer. Le 11 décembre 1998, X. a ainsi indiqué que le nursing infirmier dont avait bénéficié M. J., de même que le fait qu'il avait pu se déplacer pour consulter ses médecins à l'extérieur de la Clinique la confortait dans le fait que le transfert dans un établissement médico-social (ci-après: EMS) eût été plus adéquat et économique. C'est la raison pour laquelle elle se disait prête à prendre en charge les frais du séjour litigieux à concurrence de ce qu'elle aurait alloué pour un séjour en EMS, à raison de CHF 69.- par jour durant 68 jours, soit CHF 4'692.-

22. Les parties ont été entendues en audience de comparution personnelle le 18 décembre 1998. X. a maintenu sa position en ajoutant qu'elle avait pris en charge une ou deux factures de la Dresse Jo. pour des frais dispensés à M. J. pendant le séjour de celui-ci à la Clinique y..

Quant à M. J., il a prié le Tribunal de statuer en donnant acte à l'assurance du versement qu'elle acceptait de faire à hauteur de CHF 4'692.-. Il ne voulait cependant pas qu'un jugement d'accord soit prononcé car

il entendait se retourner contre tous tiers responsables pour le solde de la facture.

23. Par lettre du 20 janvier 1999, le juge délégué a demandé au Président du département de l'action sociale et de la santé, M. Guy-Olivier Segond, de lever le secret de fonction de la Dresse L. et de M. C..

24. Le 1er mars, par pouvoir provisionnel, M. Segond a pris la décision de lever le secret de fonction de la Dresse L. et de M. C..

25. Ces deux personnes ont été entendues en audience de comparution personnelle le 26 mars 1999, en présence de représentants de X. et de M. J..

La Dresse L. avait entrepris des démarches pour placer M. J. auprès de l'établissement de Z., mais la place faisait défaut. M. J. ne pouvait pas entrer dans un EMS car il était trop jeune, ce genre d'établissement étant destiné aux personnes en âge de la retraite. Le problème de la prise en charge par l'assurance-maladie devait être envisagé par l'assistant social de la Clinique. Le fait que M. J. n'ait pas eu besoin de soins médicaux et le fait qu'il soit resté plus de deux mois à la Clinique y. n'avaient pas été prévus. Enfin, un EMS n'aurait pas été suffisant pour M. J. car il fallait réellement un suivi médical et par conséquent un établissement qui offre la possibilité d'une suite de soins.

M. C. a quant à lui déclaré que l'état de M. J. nécessitait qu'il soit suivi médicalement. M. C. n'avait pas rompu les liens avec M. J. comme c'est le cas habituellement lorsque le patient quitte la Clinique de Belle-Idée, car tout un suivi social avait été mis en place, qu'il s'agissait de poursuivre afin d'éviter une rechute. Quant au problème de la prise en charge par la caisse-maladie, c'était en principe l'établissement dans lequel le patient est transféré qui devait s'en soucier. M. J. n'aurait pas pu en quittant la Clinique Belle-Idée emménager dans un nouvel appartement car il ne pouvait pas, pour des raisons médicales, vivre seul et s'occuper de l'appareil respiratoire, le Sypap.

Malgré ces dépositions, X. a maintenu sa prise en charge à concurrence du montant qu'elle aurait dû payer pour un séjour en EMS.

26. Par courrier reçu par le Tribunal de céans le 7 avril 1999, X. a accepté de payer l'équivalent du tarif d'un EMS, soit CHF 69.- par jour. Elle précisait en outre que si ce genre d'établissement était prioritairement destiné aux personnes en âge de la retraite, des exceptions demeuraient possibles dans des cas particuliers selon la Direction générale de l'action sociale.

27. Par courrier du 16 avril 1999, le juge délégué a demandé quelques précisions à M. C. ainsi qu'à la Secrétaire générale de l'action sociale.

28. Le 27 avril 1999, M. C. a affirmé que le maintien de M. J. à la clinique y. était dû a des raisons strictement médicales. Les premières démarches concernant son nouveau logement au ... dataient du 11 mars 1997.

29. Par lettre du 11 mai 1999, la Secrétaire générale de l'action sociale a confirmé que la clinique de Z. aurait pu accueillir M. J., dans la mesure où il ne présentait pas un état suicidaire et que la phase de dépression n'était pas particulièrement grave. Les tarifs journaliers en vigueur étaient de CHF 147.- pour les assureurs-maladie ayant adhéré à la convention entre les cliniques genevoises de Z. et de Montana et la Fédération genevoise des assureurs-maladie, et de CHF 420.- pour les assureurs-maladie n'ayant pas adhéré à cette convention. Quant aux EMS, un arrêté départemental du 13 mars 1996 avait décidé la réalisation d'un projet de prise en charge adéquate de certains patients placés dans de tels établissements alors qu'ils n'avaient pas atteint l'âge AVS. M. Segond avait alors émis le souhait, par lettre du 23 avril 1996 adressée à tous les milieux intéressés, qu'aucun nouveau placement ne se fasse dans les EMS pour les personnes non en âge AVS. Nonobstant ce souhait, 15 demandes de dérogations avaient été accordées à ce jour par la direction de l'action sociale.

30. Par lettre du 25 mai 1999, le juge délégué a demandé à M. C. de lui indiquer la date de prise d'effet du bail relatif à l'appartement de M. J. au ...

31. Le 31 mai 1999, M. C. a affirmé par téléphone que le bail concernant l'appartement susmentionné avait pris effet le 1er mai 1997.

32. Le 18 juin 1999, le juge délégué s'est adressé au Dr T., à la Direction générale de la clinique de

Belle-Idée ainsi qu'à la Dresse Jo. afin de déterminer la date à partir de laquelle M. J. était en mesure, sur le plan médical, d'habiter seul dans un nouvel appartement.

33. Par courrier du 19 juillet 1999, le Dr T. a indiqué que la dernière poussée dépressive présentée par M. J. durant son séjour à la clinique y. avait eu lieu le 1er juin 1997, en réaction à l'anxiété du retour à domicile. M. J. avait exprimé des menaces de suicide le 24 mai 1997 encore. Il lui semblait donc que la date du retour à domicile le 2 juin se justifiait médicalement.

34. Le 17 septembre 1999, la Dresse Jo. a confirmé avoir vu M. J. le 29 avril et le 13 mai 1997. La sévérité de la dépression de type mélancolique et du stress de M. J., durant son hospitalisation à Bel-Air et à y., étaient telles qu'il était impossible alors de prévoir une date lui permettant d'habiter seul dans un appartement. Elle l'avait revu le 13 juin 1997 et l'avait trouvé davantage capable de supporter d'habiter seul. Ce n'était toutefois qu'après l'été qu'elle avait constaté une nette amélioration de la dépression avec réacquisition véritable de son autonomie.

EN DROIT

1. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 8 A let. a de la loi sur le Tribunal administratif et le Tribunal des conflits du 29 mai 1970 - LTA - E 5 05; art. 86 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 - LAMal - RS 832.10).

2. La question qui fait l'objet du contentieux et qu'il s'agit de trancher est de savoir si le séjour de M. J. à la clinique y. du 27 mars 1997 au 2 juin 1997 doit être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

3. Selon les termes de l'article 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie ou ses séquelles. Est notamment compris dans ces prestations le séjour en division commune d'un hôpital (litt. e). Toutefois, s'il n'existe pas un besoin d'hospitalisation, le fait que le médecin a ordonné l'entrée à l'hôpital ne fonde aucun droit à la prise en charge des frais d'hospitalisation, alors même que l'assuré doit, selon les statuts, se conformer aux

instructions du médecin traitant (ATFA du 15 Octobre 1993 dans la cause J., publié in RAMA 1994, p. 21-22, consid. 4).

4. L'article 32 LAMal détermine les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts. Ainsi, les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'article 56 alinéa 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.

5. En l'espèce, dès le 27 mars 1997, la clinique Belle-Idée a dû transférer M. J. à la clinique y. en raison d'un manque de lits. Les soins médicaux reçus par M. J. demandaient moins de compétence spécialisée, mais il fallait cependant aider M. J. à appliquer la thérapie médicamenteuse qui était au point et veiller à ce qu'un médecin puisse modifier celle-ci si nécessaire.

Il ne fait ainsi aucun doute que M. J. ne pouvait pas vivre seul pour des raisons médicales, et encore moins retourner dans l'appartement où son épouse s'était suicidée, l'état dépressif étant encore présent avec risque de passage à l'acte auto-agressif.

6. Ce point n'est en l'espèce pas contesté par les parties, le transfert de M. J. étant en tout état de cause justifié. Ce sont les modalités du traitement suivi par M. J. à la clinique y. qui fondent le refus de prise en charge par X..

7. X. conteste le caractère efficace et approprié d'un séjour hospitalier lorsque le patient n'est pas suivi directement par un médecin.

En l'espèce, M. J. a bénéficié lors de son séjour à la clinique y. d'un nursing infirmier continu justifié par son état dépressif, son hémiparésie droite et par l'adaptation progressive et quotidienne au système de ventilation continu nocturne par CPAP initié à la suite de la mise en évidence d'un syndrome d'apnée du sommeil.

8. S'il est vrai que M. J. n'a pas eu de contact direct avec des médecins durant son séjour, cela ne signifie pas pour autant que celui-ci n'était pas efficace. En effet, le personnel infirmier était en

contact régulier avec les médecins de la clinique Belle-Idée et avec le médecin traitant du patient, la Dresse Jo.. M. C. a également assuré le lien entre le patient et ses médecins psychiatres. Le Dr T., même s'il n'a pas eu à traiter personnellement M. J., est resté constamment à sa disposition en cas de problème médical somatique.

9. X., tout en affirmant refuser la notion de suivi médical en l'espèce, a finalement accepté de prendre en compte le nursing infirmier, et par conséquent de payer l'équivalent d'un tarif EMS. X. reconnaît ainsi le caractère efficace et approprié des soins, mais conteste que l'hospitalisation à la clinique y. ait été adéquate d'un point de vue économique, compte tenu notamment de la grande différence de prix journalier entre cette dernière (CHF 303,50 par jour) et la clinique Belle-Idée (CHF 195.- par jour).

10. Comme le Tribunal fédéral des assurances l'a déjà relevé à propos de l'article 23 LAMA, dont le contenu était analogue à l'article 56 LAMal, les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses. Ce principe d'économie du traitement ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique. Pour l'essentiel, ces principes conservent leur valeur sous le régime du nouveau droit (ATFA du 16 septembre 1997 dans la cause O., publié in RAMA 1/1998 p. 3-5, consid. 3, et les références citées).

Il s'agit dès lors d'examiner le rapport prestation-prix afin de déterminer l'établissement qui aurait été le plus adéquat au cas d'espèce et d'évaluer ainsi le montant à concurrence duquel X. est tenue de prendre en charge les factures querellées.

11. Pour la Dresse L., deux possibilités étaient envisageables au vu de l'état de M. J.: soit maintenir le patient à la clinique Belle-Idée, soit trouver un autre établissement apte à jouer le rôle de transition nécessaire.

a) La première solution, soit le maintien du patient à Belle-Idée, était impossible du fait du manque de lits et de la surcharge permanente de la clinique.

b) La Dresse L. a alors entrepris des démarches auprès de Z., qui offrait la possibilité d'une suite de soins, mais aucune place n'était disponible.

c) La solution du placement de M. J. dans un EMS ne s'est pas imposée car elle n'aurait pas été suffisante, l'état de l'intéressé nécessitant réellement un suivi médical et par conséquent un établissement apte à l'assurer. De plus, ce genre d'établissement est réservé aux personnes ayant atteint l'âge AVS. Le placement de toute autre personne ne répond pas au but de ces établissements et doit être évité, même si quelques rares dérogations ont été accordées par la direction générale de l'action sociale.

12. Le fait que M. J. n'ait pas reçu de soins médicaux durant son séjour à la clinique y. ne saurait être invoqué à son encontre dès lors que ce n'était pas prévisible au moment du transfert.

13. Reste qu'il est inéquitable qu'X. doive assumer la prise en charge du tarif journalier de la clinique de y., supérieur de plus d'un tiers à celui de la clinique de Belle-Idée, alors même que les besoins médicaux de M. J. n'étaient plus aussi importants au moment de son séjour dans ce second établissement. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet jugé, à l'occasion de son arrêt dans la cause O. précitée, que si l'un des traitements permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais des traitements plus onéreux.

14. L'efficacité d'un placement dans un EMS n'est en l'espèce pas clairement établie et un tel séjour doit être évité dans la mesure du possible pour des personnes n'ayant pas atteint l'âge de l'AVS, ce qui était le cas de M. J. à l'époque des faits.

15. Le prolongement du séjour de l'assuré à la clinique y. était justifié médicalement, dès lors qu'il ne pouvait réintégrer l'ancien logement où son épouse s'était défenestrée sans qu'une symptomatologie anxieuse se trouve réactivée. De plus, tant le Dr T. que la Dresse Jo. estiment qu'au vu de l'évolution de la dépression de M. J., qui exprimait des menaces de suicide le 24 mai 1997 encore, il n'était médicalement pas indiqué de le laisser quitter la clinique y. et habiter seul avant le 2 juin 1997, date de sa sortie.

16. Au vu de ce qui précède, la prise en charge par X. des frais de tout le séjour litigieux jusqu'à concurrence de ce qui aurait été alloué si M. J. était resté à Belle-Idée, est une solution équitable. Le recours sera donc partiellement admis et X. sera tenue de prendre en charge les frais de 68 jours d'hospitalisation à CHF 195.-, soit CHF 13'260.-.

Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu. Une indemnité de CHF 1'000.- sera allouée au recourant à charge d'X. (art. 89 litt. g LPA).

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 4 septembre par Monsieur P. J. contre la décision de X. Caisse-maladie du 10 août 1998;

au fond :

l'admet partiellement;

annule la décision attaquée;

condamne X. à prendre en charge les frais de séjour de M. J. à la Clinique y. à hauteur de CHF 13'260.-;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument;

alloue au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à charge de l'intimée;

dit que, conformément aux articles 97 et suivants de la loi fédérale d'organisation judiciaire, le présent arrêt peut être porté, par voie de recours de droit administratif, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral des assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de

recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral des assurances, Adligenswilerstrasse 24, 6000 Lucerne;

communique le présent arrêt à Me Mauro Poggia, avocat du recourant, ainsi qu'à X. Caisse-maladie et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Siégeants : M. Schucani, président, M. Thélin, Mme Bonnefemme-Hurni, M. Paychère, juges, M. Peyrot, juge suppléant.

Au nom du Tribunal administratif :

la greffière-juriste : le vice-président :

V. Montani Ph. Thélin

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le la greffière :

Mme M. Oranci