RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1901/2006 **ATAS/765/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 5 septembre 2006

En la cause

Madame D_____, domiciliée , à GENTHOD, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CARRARD Olivier	recourante

contre

SWICA ASSURANCE-MALADIE S.A., ayant son siège Römerstrasse 38, à WINTERTHUR	intimée

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Juliana BALDE et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Madame D_____ (ci-après la recourante) est affiliée auprès de SWICA ASSURANCE-MALADIE S.A (ci-après l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins ainsi que quatre assurances complémentaires (COMPLETA TOP, COMPLETA PRAEVENTA, HOSPITA, et DENTA).

2. La recourante a été opérée du tunnel carpien droit en date du 30 septembre 2004 et hospitalisée pour cette raison du 30 septembre au 1er octobre 2004.

3. En date du 11 octobre 2004, la clinique a adressé à l'intimée une demande de garantie d'hospitalisation. Celle-ci s'est adressée au Dr A_____, par pli du 18 octobre, pour connaître les raisons qui ont motivé l'hospitalisation. Sur ce même courrier le médecin a porté la mention « la durée du séjour ne me semble en rien exagérée ».

4. En date du 4 novembre 2004, le médecin-conseil de l'intimée informe la recourante qu'en l'absence d'informations complémentaires il préavise négativement la prise en charge de l'hospitalisation. En parallèle, le médecin-conseil réitère sa demande d'information auprès du médecin de la recourante, lui précisant qu'habituellement une telle intervention se pratique sur un mode ambulatoire, sans succès.

5. Par décision du 2 mai 2005, l'intimée informe la recourante qu'en l'état du dossier seul un traitement ambulatoire facturé selon le Tarmed sera pris en charge.

6. Suite à l'opposition de la recourante, l'intimée réclame, et obtient finalement, du médecin de la recourante une copie du rapport opératoire, en date du 30 novembre 2005. La durée du suivi postopératoire est justifiée en l'espèce par un risque d'algoneurodystrophie et l'anxiété de la patiente.

7. Interpellé sur ce rapport, le médecin-conseil de l'intimée indique, le 19 décembre 2005, que le risque énoncé ne peut pas se diagnostiquer 24 heures voire 48 heures après l'opération, que le traitement préventif dispensé pouvait l'être de façon ambulatoire, de même que le traitement contre l'anxiété.

8. Le médecin de la recourante a pris position sur cet avis, le 10 janvier 2006. Il considère « d'expérience qu'une antalgie postopératoire bien conduite dans les 24 à 48 heures, chez des patients présentant un profil psychologique angoissé ou exubérant voire les deux, joue un rôle primordial dans la bonne évolution postopératoire et dans la rapidité de la récupération », ce qui lui semble «particulièrement vérifié » dans les interventions du type de l'intervention en cause. Il maintient le bien-fondé de l'hospitalisation d'une nuit pour ce motif.

9. L'intimée s'est alors adressée à la Dresse B_____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstruite active de la main et des nerfs périphériques. Dans un

rapport du 9 février 2006, celle-ci indique qu'il est « absolument exceptionnel » de devoir hospitaliser un patient pour cette intervention, comme par exemple dans le cas de tunnels carpiens aigus sur hémorragie sous traitement de SINTROM, de tunnels carpiens post-traumatiques, ou de tunnels carpiens chez la personne très âgée. C'est l'opérateur seul qui doit juger de la nécessité de l'hospitalisation, le type d'assurance du patient ne devant pas entrer en ligne de compte. Elle ne peut se déterminer sur le cas d'espèce.

10. Après un nouvel échange d'écritures entre les parties, l'intimée a rendu une décision sur opposition le 25 avril 2006, par laquelle elle rejette l'opposition.

11. Dans son recours du 26 mai 2006, la recourante conclut à la réformation de la décision litigieuse, en ce sens que le traitement suivi du 30 septembre au 1er octobre 2004 doit être intégralement pris en charge par l'intimée, avec suite de dépens. Subsidiairement, à la comparution personnelle du médecin et à l'ordonnance d'une expertise médicale.

    Elle considère, en substance, que l'hospitalisation était appropriée, efficace et économique au sens des articles 25 et 32 LAMal. Elle encourrait le risque de développer une algoneurodystrophie. Un trouble du système neuro-végétatif peut causer une telle affection, et est souvent régulé par l'état psychologique du patient. Or, elle était anxieuse et angoissée. L'encadrement médical permettait non seulement de la rassurer, mais aussi de lui apporter un soutien psychologique postopératoire. Il permettait également d'adapter en permanence le dosage des analgésiques. Il a permis, enfin, de favoriser une récupération rapide.

12. Dans sa réponse du 26 juin 2006, l'intimée conclut au rejet du recours, subsidiairement à l'audition de la Dresse B_____. S'appuyant sur les avis de cette dernière et de son médecin-conseil, elle relève que les risques encourus pouvaient être évités par un traitement ambulatoire. Elle rappelle que, selon la jurisprudence fédérale, la condition du besoin d'hospitalisation n'est donnée que si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée que dans un hôpital et, d'autre part, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées.

13. Par pli du 6 juillet 2006, le Tribunal a communiqué cette écriture à la recourante, et lui a donné un délai pour consulter les pièces et communiquer d'éventuelles observations, au 10 août 2006. À cette date, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

5. 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 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. Ces prestations comprennent, notamment, 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 (art. 25 al. 2 let. a LAMal) et le séjour en division commune d'un hôpital (art. 25 al. 2 let. e LAMal).

   Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 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. Les assureurs-maladie 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; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de

l'économie du traitement. Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 46 consid. 2b et les références citées).

L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier (art. 39 al. 1 LAMal). La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriées que dans un hôpital et d'autre part, également, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès. L'obligation de fournir des prestations peut aussi se justifier quand l'état maladif de la personne ne nécessite pas forcément un séjour à l'hôpital mais que, néanmoins, le traitement ne peut être prodigué qu'en milieu hospitalier pour des raisons particulières, notamment lorsqu'un assuré âgé ou vivant seul est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état (ATF 126 V 326 consid. 2b).

La loi ne donne pas de définition des mesures de réadaptation au sens de l'art. 25 al. 2 let. d LAMal. Selon Eugster (Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 142 ss), les mesures médicales de réadaptation se caractérisent par le fait que le traitement de la maladie est en lui-même terminé et que des formes de thérapie sont mises place pour les suites du traitement. La réadaptation médicale est consécutive au traitement proprement dit de l'affection et vise, au moyen de mesures médicales, à éliminer, en totalité ou en partie, le dommage causé aux capacités physiques ou psychiques. Dans le cas de maladies chroniques, elle sert à maintenir, voire à améliorer, les fonctions restantes. Elle peut tendre à une réinsertion professionnelle, fonctionnelle ou sociale. La réadaptation médicale peut avoir lieu sous forme ambulatoire, en milieu semi-hospitalier, dans un établissement de cure ou de soins ou encore dans une clinique spécialisée en la matière, auquel cas un séjour en milieu hospitalier doit être nécessaire. La nécessité d'un séjour en milieu hospitalier se détermine d'après l'intensité du traitement, le degré du handicap, le genre de soins requis, la gravité de la maladie principale ou la survenance de complications sous la forme de nouvelles maladies venant s'ajouter à celles déjà présentes (ATF 126 V 327 consid. 2c; voir aussi les ATFA du 11 .01.05, cause K 6/04, et ATFA du 29.06.04, cause K 35/04).

6. En l'espèce, le médecin de la recourante a tout d'abord justifié l'hospitalisation par la considération que la durée ne lui paraissait pas exagérée. Sommé par l'intimée de motiver davantage sa décision, il a ensuite expliqué le risque d'affection encouru par sa patiente ainsi que l'état d'angoisse et d'anxiété dans lequel elle était. Force est cependant de constater qu'il n'a pas répondu de façon convaincante à la question de savoir pourquoi ces risques n'auraient pas pu être évités par un traitement

ambulatoire. Le médecin-conseil de l'intimée, au contraire, a bien expliqué que l'hospitalisation ne permettait quoi qu'il en soit pas d'éviter le risque d'algoneurodystrophie, affection qui ne pouvait être diagnostiquée au plus tôt que 24 heures après l'opération. De même paraît-il clair qu'un traitement médicamenteux préventif aurait pu être dispensé à la recourante pour éviter tout état anxieux.

7. Il apparaît, par conséquent, que l'hospitalisation n'était pas nécessaire, au sens de la jurisprudence fédérale, et que par conséquent elle ne remplit pas les conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économie requises par la loi.

8. A noter qu'une instruction complémentaire, notamment auprès du médecin comme le requiert la recourante, n'est pas nécessaire, les faits étant établis. On rappellera que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

9. Vu ce qui précède, le recours sera rejeté.

***

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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 La Présidente :

Yaël BENZ Isabelle DUBOIS

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le