

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3341/2009

ATAS/474/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

8^{ème} Chambre

Arrêt incident du 12 mai 2011

En la cause

Monsieur H_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître François GILLIOZ

recourant

contre

SWICA ORGANISATION DE SANTE, sise boulevard de Grancy
39, 1001 Lausanne

intimée

**Siégeant : Thierry STICHER, Président; Monique STOLLER FÜLLEMANN
et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur H_____ (ci-après : le recourant), né en 1932, est assuré selon l'assurance de base des soins LAMal auprès de SWICA ORGANISATION DE SANTE (ci-après : la caisse-maladie).

Il est également au bénéfice de couvertures d'assurances complémentaires de la même caisse, soit les couvertures COMPLETA TOP, COMPLETA PRAEVENTA, SUPPLEMENTA et DENTA, lesquelles – selon les Conditions générales d'assurance (CGA), édition 2005 – ne prennent pas en charge les frais d'hospitalisation.

2. Le recourant a été hospitalisé aux HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG) au Service de Neurologie dès le 20 août 2007 (avis d'entrée du 22 août 2007), puis au Service de Neurorééducation dès le 13 septembre 2007 (avis d'entrée du 14 septembre 2007).
3. Le 24 septembre 2007, la caisse-maladie a garanti aux HUG la prise en charge de l'hospitalisation en division commune, s'agissant de l'admission du 13 septembre 2007, ceci jusqu'au 3 octobre 2007.
4. Le 12 octobre 2007, les HUG informèrent le médecin-conseil de la caisse-maladie que le recourant était hospitalisé au service de Neurorééducation depuis le 13 septembre 2007 suite à un accident vasculaire cérébral ischémique du bras postérieur et de la capsule interne droite, survenu le 20 août 2007. Il était fait état d'une leucoencéphalopathie avec hémisyndrome moteur gauche, syndrome cérébelleux bilatéral, troubles frontaux et mnésiques, dysarthrie, et troubles de la déglutition. Une prolongation de prise en charge de 8 semaines était sollicitée.
5. Le 1^{er} novembre 2007, la caisse-maladie garantit aux HUG la prise en charge de l'hospitalisation jusqu'au 6 novembre 2007.
6. Le 6 novembre 2007, les HUG demandèrent à la caisse-maladie une prolongation de prise en charge de 6 semaines.
7. Le 15 novembre 2007, le Dr L_____, médecin-conseil de la caisse maladie sollicita des informations des HUG pour pouvoir préavisier la prolongation requise.
8. Les Drs M_____ et N_____, du service de Neurorééducation des HUG, répondirent le 29 novembre 2007 en ces termes :

« [Le recourant] nécessite toujours une aide pour la toilette et l'habillage, ainsi que dans la gestion de ses médicaments. D'un point de vue moteur, les transferts se font toujours avec une aide minimale ou une supervision. La marche est possible avec une canne quadripode sur 100 mètres sous surveillance car les réactions de

protection sont diminuées. Le membre supérieur gauche montre des ébauches de mouvements mais n'est pas encore fonctionnel. Notre dernière mesure de l'indépendance fonctionnelle est à 92/126.

Une inscription à l'Hôpital de Loëx en soins continus a déjà été faite, un retour à domicile n'étant pas envisageable. [Le recourant] a débuté une recherche afin de trouver un établissement médico-social pour la suite. »

9. Le 17 décembre 2007, la caisse-maladie prolongea sa prise en charge jusqu'au 29 novembre 2007.
10. Le 1^{er} décembre 2007, les HUG adressèrent à la caisse-maladie un nouvel avis d'entrée pour une hospitalisation au service des soins continus, dès le 30 novembre 2007.
11. Le 10 décembre 2007, la caisse maladie garantit aux HUG sa prise en charge au tarif de 270 fr. du 30 novembre au 20 décembre 2007.
12. Dans un rapport du 20 décembre 2007 à l'attention du Dr L_____, les Drs O_____ et P_____ du service des soins continus expliquèrent notamment que le recourant avait progressé concernant les séquelles de l'accident vasculaire cérébral, mais avait récemment présenté une cyanose des orteils avec froideur jusqu'au tiers de la jambe ayant nécessité un bilan angiologique. Une surveillance des douleurs était nécessaire, afin d'éviter une thrombose. Le recourant était également suivi par un psychiatre pour un état anxio-agoraphobique.

La prolongation du séjour était nécessaire en raison de la surveillance médico-infirmière, de la physiothérapie quotidienne, de l'ergothérapie (4x/sem.), de l'adaptation du traitement médicamenteux et de l'antalgie, du suivi psychiatrique et de la suppléance pour les gestes de la vie quotidienne.

Un transfert en EMS n'était pas possible.

13. Le 1^{er} février 2008, la caisse-maladie informa les HUG qu'en application de la LAMal et de la convention relative à l'hospitalisation en division commune des HUG, elle allouerait dès le 21 décembre 2007 les prestations relatives à celles d'un EMS, à savoir 70 fr. par jour (forfait « PLAISIR » pour les personnes en attente d'évaluation).
14. Le 14 février 2008, les Drs O_____ et P_____ écrivirent au Dr L_____, afin de l'informer que le recourant avait présenté une complication au niveau des membres inférieurs avec l'apparition de plaies douloureuses des talons et du premier orteil gauche, associées à des signes d'insuffisance artérielle de stade IV. Un examen avait révélé un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale d'un diamètre de 6 cm et une insuffisance artérielle des membres inférieurs.

La physiothérapie de rééducation à la marche avait ainsi dû être interrompue, avant d'être reprise de manière intensive suite à une amélioration.

Une intervention en chirurgie cardiovasculaire était en cours d'organisation.

Le recourant présentait un état dépressif réactionnel et restait partiellement dépendant pour les activités de la vie quotidienne.

Il était ainsi demandé à la caisse-maladie de tenir compte de ces complications et de prolonger l'hospitalisation du recourant.

15. Dès le 10 mars 2008, le recourant fut hospitalisé au service de chirurgie cardiaque des HUG (avis d'entrée du 12 mars 2008). Il fut par la suite à nouveau admis au service des soins continus dès le 18 avril 2008 (avis d'entrée du 19 avril 2008).

16. Le 28 mars 2008, le Dr Q _____, chef du service des soins continus adressa à la caisse-maladie une lettre de sortie détaillée concernant la période du 30 novembre 2007 au 10 mars 2008, expliquant que tout au long dudit séjour, le recourant avait présenté un état de santé instable justifiant des prestations LAMal.

17. Le 2 avril 2008, le Dr R _____, médecin responsable du bureau de liaison assurantiel des HUG transmet au Dr L _____ différents documents médicaux relatifs à l'hospitalisation dès le 10 mars 2008 aux soins intensifs, ainsi que le compte rendu opératoire de chirurgie cardio-vasculaire du 12 mars 2008.

Il en ressort que le recourant a été opéré le 12 mars 2008 d'un anévrisme aortique abdominal avec désobstruction de l'artère rénale gauche, a souffert d'insuffisance rénale aiguë le 14 mars 2008, a fait une décompensation respiratoire hypoxémique hypercardiaque le 16 mars 2008, et un pneumothorax le 24 mars 2008.

18. La caisse-maladie répondit les 4 et 9 avril 2008 que ces éléments, qui avaient été soumis au Dr L _____, n'apportaient aucun élément probant nouveau permettant de modifier le préavis de son médecin-conseil, de sorte que le courrier du 1^{er} février 2008 restait valable.

19. Les 6 et 17 mars et 11 avril 2008, la caisse maladie retourna aux HUG différentes factures pour correction, conformément au courrier du 1^{er} février 2008.

20. Le 5 juin 2008, les HUG adressèrent à la caisse maladie une facture pour la période du 21 décembre 2007 au 9 mars 2008, à hauteur de 70 fr. par jour, soit au total 5'600 fr.

21. Le 27 juin 2008, la caisse-maladie garantit la prise en charge de l'hospitalisation du 18 avril au 30 juin 2008. Dès le 1^{er} juillet 2008, le tarif EMS serait appliqué, soit 70 fr. par jour.

22. Le 12 février 2009, le recourant demanda à la caisse-maladie une décision formelle au sujet du tarif applicable pour la période du 21 décembre 2007 au 9 mars 2008 et le remboursement d'une facture des HUG, au montant de 16'000 fr.
23. Par décision du 18 mars 2009, la caisse-maladie considéra que le tarif soins aigus ou de rééducation n'était plus justifié, de sorte que les prestations seraient limitées à celle d'un établissement médico-social, soit 70 fr. par jour, pour la période du 21 décembre 2007 au 10 mars 2008.
24. Le recourant forma opposition le 19 mars 2009.
25. Dans une note datée du 2 juillet 2009, le Dr L_____ considéra que les 17 semaines d'hospitalisation (lit « B ») déjà accordées étaient particulièrement longues, la durée habituelle pour une rééducation neuropsychologique étant de 6 semaines, exceptionnellement 12 semaines, après quoi l'on ne peut plus attendre de progrès par un traitement régulier et intensif, de sorte que le patient est transféré à domicile avec une aide ou orienté en EMS (lit « C »).

Plus spécifiquement, la demande du Dr P_____ du 20 décembre 2007 était injustifiée, car le bilan angiologique avait déjà été réalisé et qu'un éventuel complément aurait aussi pu être réalisé en EMS. Un EMS était aussi en mesure de surveiller les douleurs mentionnées par le Dr P_____, de même que de prodiguer le traitement d'un état anxio-agoraphobique.

Le traitement des escarres mentionné par le Dr P_____ les 17 janvier et 14 février 2008 pouvait également se faire en EMS.

Entre le 21 décembre 2007 et le 10 mars 2008, le recourant avait bénéficié de soins de plaie qui auraient pu être réalisés en EMS et il avait attendu une intervention cardio-vasculaire sans que les motifs de cette attente ne soient justifiés et sans explication médicale probante.

26. Par décision sur opposition du 31 juillet 2009, la caisse-maladie rejeta l'opposition du recourant.

Elle se référait à l'avis de son médecin-conseil, le Dr L_____, et relevait qu'elle avait conclu une convention avec les HUG prévoyant le système du tiers payant, de sorte que les HUG n'étaient pas en droit de facturer à l'assuré les montants non pris en charge par la caisse-maladie.

Elle fut expédiée par pli postal du 3 août 2009 et un avis fut remis dans la case postale du conseil du recourant le 5 août 2009.

N'ayant pas été réclamé, le pli postal fut retourné à l'expéditeur le 13 août 2009.

27. Le recourant a contesté cette décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales par acte du 14 septembre 2009, remis à l'office de poste le mardi 15 septembre 2009 et parvenu au Tribunal le 16 septembre 2009.

Le recourant concluait à ce que son recours soit déclaré recevable, à l'annulation de la décision sur opposition du 31 juillet 2009, à la condamnation de la caisse-maladie à la prise en charge d'une facture des HUG non produite portant sur un montant de 16'000 fr. et relative à la période du 21 décembre 2007 au 10 mars 2008, ceci avec suite de dépens.

L'avis du Dr L. _____ y était contesté, notamment en tant que ce médecin n'avait jamais examiné le recourant et en tant que son avis était fondé sur des éléments essentiellement statistiques, sans commentaire du contenu matériel des différents certificats médicaux produits.

Il offrait en preuve le témoignage de ses médecins traitants.

28. La caisse-maladie répondit par acte du 14 octobre 2009, concluant au rejet du recours, dans la mesure de sa recevabilité.

Elle y indiquait notamment que l'avis du Dr L. _____ détaillait, en se fondant sur les rapports transmis, les raisons pour lesquelles la nécessité d'hospitalisation n'était plus donnée durant la période du 21 décembre 2007 au 9 mars 2008. Sur la base de l'avis du Dr L. _____, c'était à bon droit qu'elle avait réduit ses prestations au tarif EMS pour ladite période, étant précisé que les HUG lui avaient d'ailleurs adressé une facture rectifiée à ce tarif.

29. Les parties furent entendues en audience le 10 décembre 2009.

Les parties y expliquèrent ne pas disposer de la facture des HUG litigieuse, seul un rappel avec l'octroi d'un délai de paiement étant remis au Tribunal.

L'apport de la facture litigieuse fut ainsi ordonné.

30. Le Tribunal sollicita l'apport de la facture, ainsi que différentes explications, directement auprès des HUG.

31. Un duplicata de ladite facture fut adressé au Tribunal par télécopie du 4 février 2010. Il en ressort qu'un forfait journalier de 200 fr. par jours, soit au total 16'000 fr. était réclamé directement au recourant pour la période du 21 décembre 2007 au 9 mars 2008.

Des explications fournies par les HUG, il est également ressorti que compte tenu du désaccord entre les médecins traitants et le médecin-conseil de la caisse-maladie, les soins de base avaient été facturés à hauteur de 70 fr. par jour à la caisse maladie et les frais de séjour avaient été facturés à hauteur de 200 fr. par jour au recourant.

La facture adressée au recourant était restée impayée et la suite de la procédure en recouvrement était suspendue au vu du litige en cours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales.

32. Les parties furent à nouveau entendues en comparution personnelles le 11 mars 2010. A cette occasion, après avoir pris connaissances des explications et pièces fournies par les HUG, la représentante de la caisse-maladie maintint la décision sur opposition du 31 juillet 2009.

A l'issue de l'audience, la cause fut gardée à juger sur compétence du Tribunal, dès lors que le litige pouvait avoir un caractère tarifaire. Les parties renoncèrent à s'exprimer à ce sujet.

33. Par arrêt incident du 20 mai 2010, l'instance fut suspendue jusqu'à droit connu dans une procédure pendante par-devant le Tribunal fédéral et ayant trait à la compétence du Tribunal.
34. Le Tribunal jugea ladite affaire par arrêt du 2 décembre 2010 dans la cause n° 9C_320/2010, dont il sera fait état dans les considérants du présent arrêt. La cause fut ainsi reprise le 19 janvier 2011 et un délai fut imparti aux parties pour déposer d'éventuelles observations sur compétence.
35. Les parties renoncèrent à déposer des observations, étant toutefois précisé que la caisse-maladie releva que le Tribunal cantonal des assurances sociales avait rendu plusieurs arrêts dans des causes semblables, sans décliner sa compétence.
36. La cause fut gardée à juger sur compétence le 10 février 2011.

EN DROIT

1. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal), sous réserve notamment des dispositions en matière de tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal), et de la procédure auprès du Tribunal arbitral cantonal (art. 89 LAMal).
2. Selon l'art. 57 LPGA, chaque canton institue un tribunal des assurances chargé de statuer en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales.

Toutefois, selon l'art. 89 LAMal, les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral.

3. Il convient de déterminer si la présente cause est de la compétence du tribunal des assurances ou du tribunal arbitral.

4. Au terme de la jurisprudence récente en la matière (arrêt non publié du Tribunal fédéral du 2 décembre 2010 dans la cause n° 9C_320/2010, consid. 3.1) – dans l’attente de laquelle la présente procédure a été suspendue – selon l’art. 89 al. 1 LAMal, les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral. La notion de litige susceptible d’être soumis au tribunal arbitral doit être entendue au sens large. Il est nécessaire, cependant, que soient en cause des rapports juridiques qui résultent de la LAMal ou qui ont été établis en vertu de cette loi. Sont ainsi considérées comme litige dans le cadre de la LAMal les contestations portant sur des questions relatives aux honoraires ou aux tarifs (ATF 131 V 191 consid. 2 p. 192). Il doit par ailleurs s’agir d’un litige entre un assureur-maladie et la personne appelée à fournir des prestations, ce qui se détermine en fonction des parties qui s’opposent en réalité. En d’autres termes, le litige doit concerner la position particulière de l’assureur ou du fournisseur de prestations dans le cadre de la LAMal (ATF 132 V 303 consid. 4.1 et les arrêts cités; 131 V 191 consid. 2 p. 192). La compétence du tribunal arbitral doit être déterminée au regard des prétentions que fait valoir la partie demanderesse et de leur fondement (arrêt K 5/03 du 15 avril 2004 consid. 2.2, in RAMA 2004 n° KV 285 p. 238).

Dans le cadre de cet arrêt, le Tribunal fédéral a tranché la question de l’incidence d’une cession de créance de l’assuré au fournisseur de soins au sens de l’art. 42 al. 1 LAMal. Il a jugé qu’une telle cession ne change rien à la nature de la créance cédée et le cessionnaire se substitue au cédant et devient pleinement titulaire des droits et obligations de ce dernier, y compris les droits de nature procédurale. Ainsi, une cession n’a pas d’effet sur la compétence de l’autorité judiciaire appelée à se prononcer sur les contestations correspondantes (consid. 4.3 et les références citées).

5. En l’espèce, il est constant que le litige n’oppose pas un fournisseur de soins, mais bien un assuré à un assureur.

Ainsi, que le litige soit ou non relatif aux honoraires ou au tarif du fournisseur de soin ne fonde pas la compétence du tribunal arbitral, puisque la seconde condition permettant de fonder la compétence du tribunal arbitral, condition ayant trait aux parties à la procédure, n’est manifestement pas réalisée.

Partant, c’est le tribunal des assurances au sens de l’art. 57 LPGA qui est compétent.

6. Au terme de l’art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l’assuré ou d’une autre partie au moment du dépôt du recours.

Le recourant étant domicilié à Genève, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de Genève.

7. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

La compétence du Tribunal cantonal des assurances sociales, puis dès le 1^{er} janvier 2011, de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice est ainsi établie.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant sur incident

1. Se déclare compétente pour connaître du recours daté du 14 septembre 2009.
2. Réserve la suite de la procédure.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Isabelle CASTILLO

Thierry STICHER

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