REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3756/2006 **ATAS/541/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 22 mai 2007

En la cause

Monsieur K_____, domicilié , 1223 COLOGNY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro	Recourant

contre

SWICA ORGANISATION DE SANTE, sise Bd de Grancy 39, 1001 LAUSANNE	Intimée

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente, Christine BULLIARD et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur K_____ (ci-après le recourant) est assuré auprès de SWICA ORGANISATION DE SANTE (ci-après la caisse maladie) depuis le 1er janvier 1996 pour l'assurance de base obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance maladie (ci-après LAMal) ainsi que diverses assurances complémentaires (COMPLETA TOP, COMPLETA PRAEVENTA, OPTIMA, HOSPITA DEMI-PRIVEE, DENTA).

2. Par courrier du 3 avril 2006, le recourant a informé sa caisse maladie qu'il devait subir une opération de la cataracte pour laquelle la Dresse L_____, son médecin ophtalmologue, prévoyait une hospitalisation de deux jours pour raisons médicales. Une demande de garantie de la clinique Générale Baulieu était annexée.

3. La caisse maladie a demandé des renseignements à l'ophtalmologue susmentionnée, le 6 avril 2006, et a transmis son rapport pour préavis à son médecin-conseil ophtalmologue. Dans ce formulaire, la doctoresse a indiqué, notamment, comme diagnostics une cataracte cortico-nucléaire et une hypertension intra oculaire. À la question relative à une intervention ambulatoire, elle a répondu par la négative en indiquant « risque d'hypertonie post opératoire ». Par une note du 24 avril 2006, le médecin-conseil a indiqué que l'hospitalisation n'était pas impérative. À la même date la caisse maladie a informé le recourant que seuls les frais relatifs à cette opération selon le tarif ambulatoire étaient garantis.

4. Un échange de correspondance s'en est suivi entre les parties. En particulier, le recourant a produit une attestation de son médecin traitant, le docteur M_____, selon laquelle le recourant souffre des pathologies annexes suivantes à sa cataracte : un diabète type II, une hypertension artérielle traitée, une diverticulite au décours et une néphrolithiase symptomatique en traitement. Par conséquent l'opération envisagée comporte certains risques nécessitant une hospitalisation pour surveillance de plus de 24 heures. Cette attestation a été soumise pour préavis au médecin-conseil de la caisse maladie, le Docteur O_____, qui a indiqué que les affections mentionnées ne justifiaient pas une hospitalisation.

5. Par décision du 14 juin 2006, la caisse maladie a indiqué limiter sa participation au tarif ambulatoire, au motif que les éléments médicaux en sa possession ne justifiaient pas une hospitalisation pour l'intervention chirurgicale de la cataracte.

6. Le recourant a fait opposition en date du 23 juin 2006. Il constate, d'une part, que les préavis des médecins-conseils ne lui ont pas été remis pour information, et que d'autre part la décision ignore les pathologies dont il souffre et qui rendent nécessaire une surveillance accrue.

7. Par décision sur opposition du 28 septembre 2006, la caisse maladie a rejeté l'opposition. Elle rappelle qu'habituellement ce type d'intervention se fait en ambulatoire, et qu'il n'y a pas d'arguments en l'espèce pour préaviser positivement le remboursement d'une hospitalisation. Les différentes comorbidités mentionnées par le médecin traitant sont bien contrôlées et ne justifient pas l'hospitalisation. L'une d'entre elles, la néphrolithiase, présente certes un risque d'aggravation, mais ce dernier est similaire que le recourant soit hospitalisé ou non.

8. Dans son recours du 17 octobre 2006, le recourant conclut à l'annulation de la décision litigieuse, et à ce que la prise en charge par la caisse maladie de son hospitalisation, y compris les frais de l'intervention chirurgicale pratiquée, soit ordonnée, avec suite de dépens. Il rappelle qu'il présentait un risque de complications opératoires et post opératoires en raison d'une hypertonie, qui, couplée à la néphrolithiase, ne pouvait être traité ambulatoirement car les comprimés d'anhydrase carbonique sont contre-indiqués en cas de calculs rénaux. S'y ajoutait le risque lié à une fragilité vasculaire. Les frais liés à l'hospitalisation se montent à 8'418 fr. 30, et comprennent la facture de la clinique, de l'anesthésie, trois notes d'honoraires de l'ophtalmologue du recourant et le remplacement des verres de lunettes. Sous l'angle de la LAMal, qui impose que la prestation soit efficace, appropriée et économique, et que le fournisseur de prestations se limite à ce qui est exigé par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement, il relève que l'hospitalisation remplissait ces conditions. Cas échéant une expertise médicale pourra déterminer s'il présentait bien des facteurs de risque. Certes, l'opération de la cataracte peut se faire, en règle générale, ambulatoirement, mais c'est sous réserve de circonstances particulières, réalisées dans le cas d'espèce. Il relève que le médecin-conseil de la caisse maladie n'est pas ophtalmologue, et que celui qui s'est déterminé n'a pas examiné le recourant ni manifesté l'intention de le faire.

9. Dans sa réponse du 14 novembre 1006, la caisse maladie a conclu au rejet du recours. Elle reprend l'essentiel de son argumentation, telle qu'elle figure dans l'échange de correspondance entre les parties.

10. Par ordonnance du 15 novembre 2006, le Tribunal de céans a ordonné l'ouverture des enquêtes et prévu l'audition de la doctoresse L_____, ophtalmologue, et du Docteur O_____, médecin-conseil.

11. Lors de leur audition le 12 décembre 2006, les témoins ont déclaré ce qui suit:

    Doctoresse N_____ : " Je connais M. K_____ depuis 2005. J'ai en effet jugé indispensable son hospitalisation pour l'opération de la cataracte en raison de prédispositions de mon patient à une hypertonie post-opératoire. Il s'agit en effet d'une hypertension de l'œil qui survient souvent de façon anodine après l'opération de la cataracte mais qui en l'espèce pouvait être maligne.

Les risques avaient déjà été constatés en cabinet, lors des examens préalables auxquels j'ai procédés et pour lesquels j'ai dû effectuer une dilatation de la pupille. J'ai tout de suite constaté dans le cas de M. K_____ une augmentation de la pression due à la fermeture de l'angle irido-cornéen. M. K_____ a un cristallin volumineux dans un œil petit, de sorte qu'à la dilatation de la pupille, l'iris est poussé sur les bords extérieurs et bloque la voie d'évacuation. Il y a notamment des risques d'hémorragies per-opératoires voire de glaucome malin, notamment. Il faut savoir que la tension de l'œil se situe normalement vers 18 maximum avec des variabilités individuelles, or elle peut atteindre 70 en cas d'hypertonie maligne.

Je dirais que la gestion de la poussée de pression durant l'opération se fait de la même manière que l'on soit en ambulatoire ou en hospitalisation. Quant aux suites opératoires, plus la prédisposition est grande à ce type de problème, plus le risque évidemment est important. Je précise que des problèmes post-opératoires peuvent survenir entre 4 et 24 heures après l'opération. Ils peuvent avoir deux conséquences, soit une occlusion vasculaire soit un infarctus du nerf optique. Dans les deux cas, la vision est très fortement endommagée de façon définitive. Ces risques ne peuvent pas être correctement gérés sans hospitalisation car le patient doit rester en position allongée et le médecin doit garder un accès intraveineux. Nous voyons le patient quelques heures après l'opération puis à nouveau le lendemain.

Je précise que le cas de M. K_____ est rare, les prédisposions sont tout à fait particulières, les risques étaient par conséquent évidents, j'avais d'ailleurs proposé qu'un autre spécialiste le voie pour confirmer le besoin d'hospitalisation ce qui n'a pas été fait. Je précise que je suis moi-même spécialisée en la matière, notamment spécialiste en chirurgie du segment antérieur, spécialiste glaucomatologue, je suis dans le comité européen du glaucome et vice-présidente du Bord ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie. On m'envoie régulièrement des patients pour évaluer ce risque, notamment. Pour moi l'hospitalisation était justifiée de façon globale, j'ai tenu compte de l'ensemble de la problématique de M. K_____ dont fait partie l'hypertonie, le diabète certes maîtrisé, la néphrolithiase et l'hypertension artérielle.

Docteur O_____ : J'apprends aujourd'hui des éléments que j'ignorais mais qui ne sont pas de nature à modifier ma position de médecin interniste. Il m'a été en effet demandé de me déterminer sur la justification de l'hospitalisation en raison des autres pathologies dont souffrait M. K_____, je maintiens que ses pathologies ne justifiaient pas une hospitalisation pour l'intervention chirurgicale en question. Je ne suis pas spécialiste en ophtalmologie, raison pour laquelle c'est ma collègue qui a été interpellée sur cette question précise. J'ajoute qu'une échelle à points établie par les ophtalmologues donne une indication sur la nécessité ou non d'une hospitalisation pour l'opération de la cataracte.

Je produis ce jour copie de cette échelle, M. K_____ n'obtenait guère que trois points selon moi, alors que dix est un minimum selon cette tabelle pour justifier sans autre vérification l'hospitalisation du patient.

Doctoresse N_____ : A la lecture de cette échelle, je confirme ce qu'a dit à ce propos le Docteur O_____. Cela reste cependant une indication, cette échelle ne permet d'ailleurs pas de tenir compte des prédispositions que j'ai citées. La Doctoresse P_____, médecin conseil ophtalmologue auprès de la caisse, n'a

pas accepté de voir le patient dans ce cas là, alors qu'elle l'avait accepté dans un autre cas et qu'elle avait ensuite admis ma proposition d'hospitalisation. Dans le cas de M. K_____ je pense qu'elle a jugé uniquement sur mes écrits alors qu'elle n'est pas chirurgienne.

Je maintiens que la fragilité vasculaire induite par l'hypertension et le diabète peuvent davantage compliquer les conditions per et post-opératoires chez mon patient. Tel n'est pas le cas en général. J'indique que sur la totalité des opérations de la cataracte auxquelles je procède, environ 10% de mes patients sont hospitalisés.

Docteur O_____ : Je signale que les pratiques médicales sont différentes selon les pays et même selon les cantons de Suisse, je peux citer par exemple le fait qu'à ma connaissance aux Etats-Unis 99% des cataractes sont opérées en ambulatoire et que le canton de Vaud hospitalise moins que le canton de Genève, il y a donc également une question d'habitude médicale".

À l'issue de l'audience, il a été convenu de soumettre ce procès-verbal pour détermination à la doctoresse Q_____, médecin conseil ophtalmologue de la caisse maladie.

12. Par courrier du 17 décembre 2006, cette dernière a transmis sa détermination. Elle relève préalablement que le rapport de sa consoeur, qui lui a été soumis pour juger de la nécessité de l'hospitalisation, était en partie illisible, et incomplet. Elle conteste, par ailleurs, avoir refusé de voir le patient, indiquant que dans un tel cas elle aurait accepté volontiers. En conclusion elle indique que les questions importantes sont : quels sont les risques ? Est-ce que le patient vit seul ? Un conjoint peut-t-il lui donner les gouttes nécessaires après l'opération ? faut-il organiser une aide à domicile pour donner les gouttes ? le diabète est-il stable ou non ? comment va la tension artérielle ? comment va la tension oculaire ? quelles sont les gouttes que prend le patient et les oublie-t-il souvent ou non ? Si elle disposait d'un rapport avec les réponses à ces questions elle pourrait justifier une hospitalisation.

13. Ce document a été transmis aux parties et un délai leur a été accordé pour leur détermination.

14. Dans ses écritures du 20 février 2007, la caisse maladie conteste que l'ophtalmologue du recourant ait tenté de joindre leur médecin conseil ophtalmologue et d'obtenir d'elle qu'elle reçoive le patient. Elle relève que sa médecin conseil ophtalmologue maintient son préavis négatif malgré l'audition des témoins, rappelle que l'échelle à points établie par les ophtalmologues suisses conduit aux mêmes résultats en l'espèce, constate que certaines mesures manquent au dossier et que, le cas échéant, des renseignements complémentaires devraient être demandés à l'ophtalmologue du recourant.

15. Dans ses écritures du 20 février 2007, le recourant rappelle que, quoi qu'il en soit, la médecin conseil ophtalmologue a donné un avis purement théorique sur la

situation. Même si d'ailleurs elle est fort compétente, les compétences particulières de la spécialiste entendue par le Tribunal dépassent largement les siennes. Il produit un courrier du président de l'association des ophtalmologues de Genève qui considère scandaleux que le patient n'ait pas été examiné par le médecin conseil et qui confirme que l'hospitalisation était pleinement justifiée dans ce cas précis. Il relève également que si des éléments médicaux manquaient pour permettre au médecin-conseil de se déterminer, il lui appartenait de les solliciter de l'ophtalmologue du recourant. La série de questions posées par la médecin-conseil aurait dû l'être ab ovo. La médecin conseil suggère par ailleurs que l'hospitalisation aurait été proposée au motif que le recourant dispose d'une assurance complémentaire ce qui est faux et inadmissible.

16. Par courrier du 6 mars 2007, la caisse maladie a demandé à pouvoir se déterminer sur cette écriture. Par courrier du 3 avril 2007 elle se détermine sur le courrier de l'association des ophtalmologues, qu'elle a soumis avec l'ensemble du dossier à un spécialiste en ophtalmologie, le Docteur R_____. En substance ce spécialiste met en doute les constatations médicales faites par l'ophtalmologue du recourant, et précise que même dans le cas d'un risque de glaucome il n'y aurait encore pas de justification à une hospitalisation car le glaucome peut aussi apparaître plus de 24 heures après l'opération.

17. Par écriture du 27 avril 1007, le recourant constate que l'échange d'avis médicaux contradictoires est sans pertinence. Il relève qu'il vit seul et qu'il ne pouvait donc pas compter sur l'aide d'autrui pour le conduire d'urgence à l'hôpital, le cas échéant, comme le suggère le dernier spécialiste consulté. De plus la caisse maladie intervient en l'occurrence dans l'appréciation des risques et des mesures à prendre sur le plan médical, ce qui n'est pas son rôle. Il faut rappeler que le médecin traitant assume une responsabilité vis-à-vis de son patient, qui aurait été engagée en l'occurrence si les complications craintes s'étaient produites au domicile du recourant. À cela s'ajoute que le recourant est également assuré par le biais de complémentaires et que dans ce cadre il suffit que le point de vue du médecin traitant puisse se justifier au regard de l'ensemble des circonstances, ce qui est le cas ici. Les sommes en jeu sont d'ailleurs dérisoires puisque sur le montant total de la facture seuls 710 fr. correspondent au forfait journalier en semi privé durant deux jours.

18. Par pli du 30 avril 2007, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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.

2. 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.

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

4. 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).

5. L'opération de la cataracte, à l'instar de nombreuses opérations ophtalmologiques, se pratique le plus souvent dans le cadre d'une hospitalisation de jour (ou semi-hospitalisation). Toutefois, cette opération, pratiquée chez des personnes âgées, avec des pathologies multiples, peut justifier une prolongation de séjour en hôpital au delà de 24 heures (voir Vaucher/Zollikofer (éd.), Que paie l'assurance-maladie? Manuel des médecins-conseils suisses, Bâle 2004, p. 203 sv.). Lorsque l'hospitalisation pour plus de 24h repose sur une indication médicale, comme un état de santé qui requiert une surveillance postopératoire en raison de l'âge (voir ATFA du 14 septembre 2005 K 28/2005) elle doit être prise en charge par l'assureur.

6. Pour satisfaire aux impératifs du caractère économique 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. L'efficacité de ce contrôle postule qu'il puisse s'exercer préalablement au traitement ou en cours d'hospitalisation, le médecin traitant pouvant être amené, à la suite d'une intervention justifiée du médecin-conseil, à prescrire une mesure moins coûteuse que le maintien du patient en milieu hospitalier. Un tel contrôle préalable de l'économie du traitement a lieu le plus souvent quand l'assureur intervient en qualité de tiers payant, mais il est aussi concevable dans le système du tiers garant, même si, dans cette éventualité et pour des raisons pratiques évidentes, un contrôle s'opérera la plupart du temps a posteriori (Deschenaux, loc. cit., p. 538). Ainsi, sous le régime de la LAMA, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a eu l'occasion de juger, à propos de l'art. 23 LAMA, qu'un contrôle préalable par le médecin-conseil (dans un cas d'application du système du tiers garant) était souhaitable, quand il s'agit de procéder à un traitement médicamenteux coûteux, pour lequel la prescription ou la remise de médicaments abusive ne peut être exclue (RAMA 1984 n° K 566 p. 30 consid. 3b et c). Il est aussi dans l'intérêt du patient d'être soigné d'une manière qui réponde aux critères de l'économie, afin que les prestations du fournisseur soient remboursées par l'assurance-maladie sociale (Duc, loc. cit., p. 205). Il ne faut pas perdre de vue, par ailleurs, que le médecin-conseil n'est pas habilité à traiter lui-même l'assuré ou à donner des instructions au médecin

traitant sur l'application d'un traitement (Eugster, op. cit., ch. 62), même si la loi (art. 57 al. 6, deuxième phrase, LAMal) l'autorise, à certaines conditions, à examiner lui-même l'assuré. Si, contre l'avis du médecin-conseil, le médecin traitant estime qu'un séjour en milieu hospitalier est nécessaire, l'assuré conserve la possibilité de faire valoir vis-à-vis de l'assureur ses prétentions au remboursement des frais encourus. L'avis du médecin-conseil ne préjuge pas définitivement des droits que l'assuré pourrait faire valoir à un tel remboursement. L'exigence d'un accord de la part du médecin-conseil, préalable à une hospitalisation (ou à une prolongation de celle-ci) et qui serait considéré comme une condition sine qua non du versement par l'assureur de ses prestations, sortirait clairement du cadre des compétences que la loi attribue aux médecins-conseils des assureurs-maladie (arrêt non publié B. du 24 novembre 1999 [K 31/99]). Enfin, le contrôle doit s'exercer dans les limites du principe de proportionnalité (cf. art. 5 al. 2 Cst.), qui s'applique aussi à l'activité des assureurs qui gèrent l'assurance-maladie obligatoire (art. 11 LAMal), en leur qualité de détenteurs de la puissance publique (voir les art. 80 et 85 LAMal; cf. aussi, par exemple, ATF 116 V 236 consid. 3b). Ainsi, les interventions du médecin-conseil ne doivent pas aller au-delà de ce qu'exige un bon fonctionnement de l'assurance-maladie et, en particulier, de ce qui est nécessaire pour examiner si les conditions d'une prise en charge d'une prestation sont remplies (ATF 127 V 43). On ajoutera la nécessité de respecter le principe de la bonne foi, qui doit imprégner les relations entre l'Etat et les citoyens (art. 5 al. 3 Cst.; ATF 126 II 104 consid. 4b) et leur impose de se comporter l'un vis-à-vis de l'autre de manière loyale.

7. À la lumière de ces principes et de la jurisprudence fédérale, le Tribunal constate que la caisse maladie, par le biais de ses médecin-conseil, a dépassé les mesures de contrôle exigibles et refusé à tort de prendre en charge l'hospitalisation du recourant. À l'origine, certes, la caisse maladie était parfaitement fondée à mettre en doute le caractère nécessaire de l'hospitalisation, s'agissant d'une opération de la cataracte dont il est notoire qu'elle peut avoir lieu, dans la plupart des cas, de façon ambulatoire. Cependant, à réception du rapport établi à cet effet par l'ophtalmologue du recourant, dont il convient de rappeler qu'il s'agit d'un formulaire préimprimé à remplir par le médecin, le médecin-conseil ophtalmologue de la caisse maladie se devait de questionner plus avant le spécialiste, en particulier de lui poser les questions qu'elle jugeait nécessaires et qu'elle a rapportées dans ses dernières écritures, avant de donner son préavis à la caisse maladie. Le Tribunal constate par ailleurs qu'une lecture attentive du formulaire renseignait déjà la médecin-conseil ophtalmologue sur l'essentiel de l'affaire, puisque la spécialiste avait précisé qu'il s'agissait d'un risque d'hypertonie postopératoire, liée à une hypertension intra oculaire. On sait, par ailleurs, que le recourant est âgé de plus de 70 ans et vit seul. Tous ces éléments auraient dû conduire la caisse maladie a accepté la prise en charge de l'hospitalisation. Il est piquant de relever, d'ailleurs, que le dernier spécialiste consulté par la caisse maladie indique que même un risque

de glaucome n'aurait pas justifié l'hospitalisation, ce qui est contraire à l'ensemble de la jurisprudence et d'ailleurs à la pratique générale des caisses maladie qui, de l'expérience du Tribunal de céans, considèrent que là est précisément l'une des indications à l'hospitalisation. Lors de son audition en qualité de témoin la médecin ophtalmologue du recourant a été claire et convaincante. On peine à comprendre qu'après tant d'éclaircissements, la caisse maladie, par le biais de ses médecin-conseil, s'entête à contester que les conditions d'une hospitalisation étaient remplies. Ce faisant elle a dépassé le cadre du contrôle prévu par la loi, clairement délimité par le TFA. Cette attitude a par ailleurs eu pour conséquence de prolonger la procédure puisque de multiples écritures complémentaires ont dû être autorisées.

8. Au vu de ce qui précède, les décisions litigieuses seront annulées, et la caisse maladie invitée à prendre en charge les frais de l'hospitalisation du recourant. Ce dernier, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 89 H al. 3 LPA). Ceux-ci sont fixés en tenant compte de la complexité de la procédure, de la pertinence et du nombre des échanges d'écriture, et des mesures d'instruction diligentées. Ils seront fixés, en l'espèce, à 3'000 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, et annule les décisions des 14 juin 2006 et 28 septembre 2006.

3. Condamne l'intimée à la prise en charge de tous les frais relatifs à l'hospitalisation du recourant pour l'opération de la cataracte sous l'angle de la LAMal

4. Condamne l'intimée au versement d'une indemnité en faveur du recourant de 3'000 fr.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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); 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.

Le greffier : La Présidente :

Pierre RIES 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