REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4138/2006 **ATAS/1000/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 8

du 19 septembre 2007

En la cause

Monsieur C_____**,** représenté par ASSUAS, Association suisse des assurés, avenue Vibert 19, Case postale 1911, 1227 Carouge	recourant

contre

SWICA SA ORGANISATION DE SANTE**,** Bd de Grancy 39**,** 1001 LAUSANNE	intimée

Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Juge suppléant, Juges

EN FAIT

1. C_____ (né le 1929) est assuré auprès de SWICA SA ORGANISATION DE SANTE (ci-après : SWICA ou l'assurance) depuis le 1er janvier 1996 au titre de l'assurance de base obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), ainsi que pour diverses assurances complémentaires (not. HOSPITA, en demi-privé).

2. Selon une note d'entretien téléphonique rédigée par une collaboratrice de SWICA, du 13 janvier 2006 (R_____), l'intéressé a téléphoné ce jour-là à son assurance pour signaler qu'il devrait se faire opérer de la cataracte le 31 janvier suivant et qu'il devrait rester hospitalisé deux jours en raison de problèmes cardiaques. Selon SWICA, cette collaboratrice lui aurait répondu qu'une hospitalisation était très rare pour ce type d'interventions, qui ne durait que quinze minutes et se pratiquait en ambulatoire. Face au désaccord de l'assuré, elle lui avait dit qu'elle devait requérir des renseignements médicaux pour décider d'une prise en charge.

   L'assuré conteste avoir eu entretien téléphonique avec SWICA ce jour-là (procès-verbal de comparution personnelle du 14 mars 2007, p. 1), alors qu'il semble n'en contester que la teneur dans son recours du 7 novembre 206 (p.§ 4).

3. Le 19 janvier 2006, l'assurance a reçu une « demande de garantie pour le cas d'hospitalisation » de l'assuré pour un séjour en division mi-privée à la "établissement hospitalier".

4. Par lettre du même jour (19 janvier), envoyée en copie à son assuré, SWICA a informé la clinique avoir demandé des renseignements complémentaires, si bien qu'elle n'était « *actuellement* » pas en mesure de garantir la prise en charge des frais occasionnés par l'hospitalisation prévue ; à réception des renseignements requis, elle lui communiquerait une décision définitive.

5. Par fax du 20 janvier 2006, la doctoresse A_____, ophtalmologue traitant, a informé SWICA que l'âge de son patient (« *supérieur à 75 ans* »), ainsi que son état de santé - hypertension artérielle, élévation de l'acide urique, fibrillation auriculaire nécessitant un traitement de Sintrom (anticoagulant) -, justifiaient une hospitalisation en raison de risques et complications opératoires. Ce praticien précisait que le traitement appliqué jusque-là consistait en un contrôle ophtalmologique annuel et que la cataracte sénile bilatérale présentée par son patient (plus avancée à l'œil gauche) avait progressé depuis une année.

6. Le 27 janvier 2006, SWICA a informé téléphoniquement l'assuré qu'elle ne prendrait pas en charge les frais de l'hospitalisation prévue.

7. Par fax du 27 janvier 2006 (transmis le même jour à SWICA), le docteur B_____, médecin généraliste traitant, a adressé à la doctoresse A_____ un certificat médical attestant en particulier que son patient n'avait pas de problème, avait un status normal et une tension artérielle à 150/80 mmHg ; en outre, le Sintron avait été arrêté le 26 janvier 2006 jusqu'au jour de l'opération, selon les conseils du docteur C_____, cardiologue.

8. Dans une note interne du même jour (27 janvier 2006), la doctoresse D_____, ophtalmologue-conseil de SWICA, a estimé que l'âge seul de l'assuré ne pouvait pas justifier l'hospitalisation. Si la doctoresse A_____ maintenait toutefois son avis, il convenait que celle-ci donne d'autres raisons.

9. Dans une note du 30 janvier 2006, résumant deux entretiens téléphoniques des 27 et 30 janvier 2006 avec l'assuré, la collaboratrice de SWICA en charge du dossier (François M_____) a indiqué que, selon la doctoresse D_____, les arguments avancés par le docteur B_____ ne justifiaient pas un séjour stationnaire, ce d'autant que l'assuré était marié. Le 30 janvier, cette collaboratrice avait rappelé l'intéressé pour lui confirmer le refus définitif de l'assurance. Ce dernier avait alors affirmé que la doctoresse D_____ avait donné son accord au docteur B_____ pour un séjour stationnaire. Le médecin traitant aurait cependant confirmé qu'un tel accord n'avait pas été donné.

10. Par pli du 30 janvier 2006, faisant suite à un entretien téléphonique du même jour, SWICA a confirmé sa position, tout en informant l'assuré qu'elle garantirait uniquement les frais relatifs à l'intervention au tarif ambulatoire TARMED.

11. Selon un certificat médical du docteur E_____, cardiologue traitant, du 8 février 2006, l'assuré était en traitement régulier à sa consultation depuis 1990 pour une hypertension artérielle, pour une maladie aortique importante (sous forme d'une insuffisant aortique prédominante, une dilatation de l'aorte ascendante et une diminution de la contractilité du ventricule gauche). Depuis 1988, il présentait en outre une fibrillation auriculaire chronique réfractaire à tout traitement et nécessitant une anti-coagulation permanente par le Sintrom depuis 1999. L'intervention « *programmée* » de la cataracte nécessitait selon lui une hospitalisation de deux jours à la clinique, étant donné la nécessité d'interrompre l'anticoagulation par le Sintrom, de suivre le relais par l'Héparine et de surveiller le rythme cardiaque et la fonction hémodynamique du cœur souffrant d'une insuffisante de la valve aortique diagnostiquée le 31 juillet 1990.

    Le docteur E_____ n'a pas consulté son patient depuis le 31 août 2001 (cf. réplique de l'ASSUAS du 13 février 2007, ad § 7 et réponse de SWICA du 15 décembre 2006, § 7).

12. Par courrier du 17 février 2006, SWICA a confirmé sa position, estimant que ce dernier certificat n'apportait aucun élément nouveau sur le plan médical.

13. Dans une lettre du 23 février 2006, l'assuré s'est plaint de ce que la « *confirmation écrite* » du refus de SWICA lui était parvenue alors qu'il était déjà dans la salle d'opération, « *soit un peu tardivement pour(lui) permettre de faire le choix…* ». Il a en outre mis en cause l'impartialité de la doctoresse D_____, vu l'activité de son employeur principal (« *la 'clinique' de l'oeil ne pratiquant qu'en ambulatoire* ») et suggéré de demander l'avis d'un second médecin-conseil, « *plus à même de juger de son état cardiaque* ». Dans un résumé annexé, l'assuré a indiqué qu'il avait « *bien reçu* » la copie du courrier envoyé par SWICA la clinique le 19 janvier 2006. Jusqu'au 27 janvier suivant, occupé par des examens médicaux complémentaires, il ne s'était pas trop inquiété du silence de l'assurance (« *tout pouvant encore être renvoyé* »). Ce n'est que par téléphone du 27 janvier qu'il avait appris la confirmation du refus de l'assurance, alors que la doctoresse A_____ avait informé la SWICA dès le 20 janvier précédent de la nécessité d'une hospitalisation. Enfin, lors d'un entretien téléphonique avec la doctoresse D_____, le docteur B_____ avait « *cru comprendre* » que cette dernière allait réviser sa décision, ce qu'elle n'avait finalement pas fait.

14. Par décision du 31 mars 2006, SWICA a formellement refusé la prise en charge des frais de séjour hospitalier litigieux, faute de justification médicale. Elle acceptait uniquement de payer à l'assuré Fr. 3'200.- (sous déduction de la franchise et de la quote-part de 10%) au titre du montant maximum facturé pour une opération de cataracte, selon le tarif ambulatoire TARMED.

15. Le 18 mai 2006, l'assuré, par l'intermédiaire de l'ASSUAS, a formé opposition contre cette décision, requérant subsidiairement la mise en œuvre d'une contre-expertise. Il a en substance contesté l'impartialité du médecin-conseil de SWICA, la doctoresse D_____, laquelle ne l'avait par ailleurs jamais personnellement examiné. Au demeurant, les conclusions de la praticienne étaient dénuées d'explications, alors que l'assuré avait versé des rapports médicaux circonstanciés. Enfin, il annonçait la production prochaine de nouvelles pièces médicales attestant du caractère médicalement indispensable de son hospitalisation.

16. Dans un mémo du 1er juin 2006, commentant le rapport du docteur E_____ du 8 février précédent, le docteur F_____, médecin-conseil généraliste de SWICA (spécialiste FMH en médecine interne : http://www.doktor.ch/interniste/_F_____1003_Lausanne.html), a indiqué que la nécessité de suivre un relai par Héparine ensuite de l'interruption du traitement anti-coagulation par le Sintrom, ne justifiait pas une hospitalisation, les injections d'Héparine se faisant sur une base quotidienne et pouvant être réalisées à domicile à l'aide d'une infirmière, soit au cabinet médical du médecin, soit par le patient lui-même. La reprise d'une anti-coagulation au Sintrom se faisait habituellement de façon ambulatoire. En outre, dans la mesure où en per et post opératoire, il n'y avait pas de trouble de la fonction hémodynamique, ni trouble du rythme cardiaque nouveau (durant les 3-4 heures post opératoire), une hospitalisation s'avérait peu appropriée et non économique

pour le suivi, le risque d'une décompensation ultérieure étant peu probable. D'ailleurs, selon le dossier administratif, le patient n'avait pas vu le docteur E_____ depuis 5 ans et son état de santé n'avait ainsi pas nécessité de nouvelle adaptation thérapeutique spécialisée ; enfin, dans son rapport du 27 janvier 2006, le docteur B_____, médecin traitant généraliste, avait indiqué que son patient n'avait pas de problème, avait un status normal et une tension artérielle à 150/80 mmHg.

17. Par courrier du 10 août 2006, SWICA a transmis ce document à l'assuré, en l'invitant à lui faire part de ses éventuelles remarques jusqu'au 8 septembre 2006.

    L'intéressé n'a pas donné suite à ladite invitation.

18. Par décision du 5 octobre 2006, reçue le 9 octobre suivant, SWICA a rejeté l'opposition, motif pris qu'il n'existait aucune indication médicale à l'hospitalisation en cause.

19. Dans son recours posté le 7 novembre 2006, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision entreprise, ainsi qu'au remboursement de Fr. 9'435.- plus intérêts à 5% dès le 18 mai 2006, au titre des frais d'hospitalisation. Il a allégué que, lors d'un entretien téléphonique du 27 janvier 2006 avec le docteur B_____, la doctoresse D_____ s'était déclaré disposée à modifier son préavis négatif si le docteur B_____ lui « *adressait un fax* ». Il a en outre fait valoir que le refus de l'assurance était contraire à la bonne foi, à l'obligation de renseigner prévue à l'art. 27 LPGA, et violait son droit d'être entendu, dans la mesure où il était intervenu tardivement, l'empêchant par ailleurs de requérir l'avis d'un autre médecin, conformément à l'art. 57 al. 6 LAMal. Au surplus, il n'avait jamais reçu en copie le courrier du 19 janvier 2006 envoyé à la clinique, - par lequel la SWICA réservait sa prise en charge dans l'attente de renseignements médicaux complémentaires -, affirmant que l'assurance lui avait « *dissimulé* » l'existence d'un tel courrier (recours, § 5 et § 13).

20. Dans sa réponse du 15 décembre 2006, SWICA a conclu au rejet du recours. Elle a en particulier contesté avoir agi contrairement à la bonne foi en l'occurrence, faisant valoir que l'assuré aurait dû, le cas échéant, se renseigner plus tôt concernant la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'assurance, sans attendre le vendredi 27 janvier 2006, alors que l'intervention était prévue pour le lundi 31 janvier suivant.

21. Dans sa réplique du 13 février 2007, l'assuré a persisté dans les termes et conclusions de son recours. Il a en particulier avancé que le docteur E_____, cardiologue, était mieux à même d'estimer si l'état de santé de son patient nécessitait une hospitalisation ou non, alors que le médecin-conseil de SWICA n'était que généraliste et ne l'avait pas examiné. Le recourant a encore argué de ce qu'il était « *aisé* », après l'intervention, d'affirmer que l'hospitalisation n'était pas

nécessaire, vu que tout s'était bien déroulé. De plus, si une complication était survenue suite à l'intervention subie le 31 janvier 2006, cela aurait impliqué des frais bien supérieurs à ceux réclamés.

22. Par duplique du 22 février 2006, SWICA a en particulier relevé que l'âge du patient ne justifiait pas une hospitalisation, ce facteur ne donnant lieu qu'à deux points sur l'échelle des ophtalmologues suisses qui doit en compter dix pour justifier une intervention stationnaire. Par ailleurs, peu importait que l'assuré n'ait pas reçu, comme il le prétendait, copie de son courrier du 19 janvier 2006 à la clinique, dès lors que cette situation ne lui permettait pas pour autant d'en conclure implicitement que SWICA avait accepté de prendre en charge les frais d'hospitalisation litigieux.

23. Lors de l'audience de comparution personnelle du 14 mars 2007, le recourant a contesté avoir eu un entretien téléphonique le 13 janvier 2006 avec SWICA. Son médecin traitant, le docteur B_____, n'avait pas pris position concernant la nécessité de rester une nuit à l'hôpital, « *car on ne lui a rien demandé* ». Il n'avait consulté le docteur E_____ qu'après l'intervention du 31 janvier 2006, étant précisé que le docteur B_____ était en contact régulier avec ce cardiologue et le consultait pour régler la médication en cas de problèmes d'arythmie ou de tensions. Il n'avait appris le refus définitif de SWICA qu'à la veille de son opération.

    A cette occasion, le recourant a produit un rapport du professeur G_____, médecin-adjoint agrégé en ophtalmologie, du 8 mars 2007, attestant avoir opéré l'assuré d'une cataracte de l'oeil droit le 2 mars 2007. Effectuée en ambulatoire à la clinique ophtalmologique des HUG en raison du refus de SWICA d'accepter l'hospitalisation de l'assuré, l'opération s'était très bien déroulée et le patient était rentré le soir même. Cette intervention avait cependant comporté « *certains risques* » pour ce patient qui présentait « *des problèmes cardiaques et autres* ».

    R_____, collaboratrice de SWICA, entendue à titre de renseignement, a confirmé la teneur de sa note téléphonique du 13 janvier 2006 (cf. ci-dessus, § 2).

    Sa collègue M_____, entendue à titre de renseignement, a confirmé la teneur de sa note d'entretien téléphonique du 30 janvier 2006 (cf. ci-dessus, § 9). Elle avait téléphoné ce jour-là au docteur B_____, lequel lui avait confirmé que la doctoresse D_____ n'avait pas donné son accord à une hospitalisation.

    A l'issue de l'audience, le Tribunal a invité SWICA à produire à bref délai un avis de son médecin-conseil se rapportant au problème cardiaque de l'assuré.

24. Par envoi du 3 avril 2007, l'intimée a versé au dossier un rapport du docteur H_____, cardiologue, du 22 mars 2007. Sur la base du dossier médical, ce praticien a constaté que l'assuré présentait une cardiopathie mixte (valvulaire

aortique et hypertensive) très bien équilibrée sous traitement, comme le démontrait le contrôle de la pression artérielle du 27 janvier 2006 (150/80 mmHg). La fibrillation auriculaire semblait également bien contrôlée, aucun document médical ne faisant mention d'une décompensation ou manifestation symptomatique concernant cette arythmie. Quant à la cardiopathie, elle était très bien tolérée, voire asymtomatique, comme indiqué par le docteur B_____ dans son rapport du 27 janvier 2006. Cette appréciation était confirmée par le fait que la cardiopathie était suivie par son médecin traitant et que le patient était resté cinq ans sans avoir revu le docteur E_____, cardiologue. Il relevait en outre une certaine discordance entre la description de la cardiopathie par le docteur E_____ du 8 février 2006 et les éléments du tableau clinique, dans la mesure où ce praticien attestait d'une insuffisance aortique prédominante, alors que la pression diastolique signalée par le docteur B_____, dans son rapport du 27 janvier 2006, était normale, ce qui signifiait que l'insuffisance valvulaire aortique était légère à modérée.

S'agissant du certificat du docteur G_____ du 8 mars 2006, le médecin-conseil a estimé « *fort peu probable* » que ce praticien eût pris la responsabilité d'opérer le patient à "établissement hospitalier" en ambulatoire avec les risques qu'il signalait sous le seul prétexte que l'assurance ait refusé une hospitalisation.

Enfin, le docteur H_____ concluait à l'absence de pris risque en l'espèce et appuyait sans réserve le préavis négatif d'hospitalisation du docteur F_____ du 1er juin 2006. En effet, le patient était parfaitement bien compensé ; il n'existait aucun risque lié à l'intervention elle-même ; après une opération de ce type, tous les signes vitaux et paramètres de contrôle était effectués et s'échelonnaient sur les heures qui suivaient ; le problème de l'anticoagulation pouvait très bien se régler en ambulatoire (passage du Sintrom à l'Héparine et par la suite reprise du Sintrom).

25. Dans ses observations du 26 avril 2007, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a expliqué ne pas avoir de commentaire particulier à formuler sur le rapport du docteur H_____ du 22 mars 2007, si ce n'est qu'il « *est aisé de dire que le patient ne présente aucun risque une fois que l'intervention s'est bien déroulée* ». Il a également joint un courrier du docteur B_____, du 16 avril 2007, dans lequel le praticien affirmait que, lors de son entretien téléphonique du 27 janvier 2006 avec la doctoresse D_____, médecin-conseil de SWICA, cette dernière lui avait assuré qu'elle modifierait son rapport sur la base d'un certificat qu'il lui avait fait immédiatement parvenir par fax. Son patient, qui assistait à la conversation, en avait été rassuré, « *persuadé* » que la SWICA rectifierait sa position en sa faveur.

26. Par lettre du 9 mai 2007, SWICA a nié avoir jamais accepté un séjour stationnaire du recourant. Elle a produit à cet égard un courrier de la doctoresse D_____ du 8 mai précédent, dans lequel celle-ci contestait avoir donné son accord à une

hospitalisation du patient lors de son entretien téléphonique avec le docteur B_____.

27. Le 14 mars 2007, le Tribunal a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), respectivement à l'assurance complémentaire correspondante, de sorte que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (cf. art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c LOJ).

2. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).

3. Le litige porte sur le point de savoir si, par sa décision sur opposition du 5 octobre 2006, SWICA était fondée à refuser la prise en charge hospitalière de l'intervention ophtalmologique subie par son assuré le 31 janvier 2006 (2 jours). Plus particulièrement, il convient de déterminer si l'hospitalisation en cause était nécessitée par des raisons médicales ou non.

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), le séjour en division commune d'un hôpital (art. 25 al. 2 let. e LAMal) et les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (art. 25 al. 2 let. d LAMal).

4.1 Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (voir aussi l'art. 3 des Conditions générales de l'assurance complémentaire HOSPITA). 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).

4.2 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).

4.3 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. ; ATFA du 14 septembre 2005, K 28/2005, consid. 3.2).

5. En l'espèce, force est de constater que les rapports médicaux produits par le recourant ne permettent de se convaincre, au degré de la vraisemblance prépondérante - applicable à l'appréciation des preuves en matière d'assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b), - de la nécessité d'une hospitalisation de l'assuré dans le cadre de l'opération de la cataracte du 31 janvier 2006. Autrement dit, il ne ressort pas du dossier médical que l'état de santé de l'intéressé requérait alors une surveillance postopératoire. En effet, le rapport de la doctoresse A_____ du 20 janvier 2006 avance à cet égard uniquement l'âge du patient (près de 77 ans au moment de l'intervention) sans motiver plus avant en quoi, concrètement, ce facteur était déterminant en l'espèce. Dans son rapport du 27 janvier 2006, le propre médecin traitant de l'assuré indiquait d'ailleurs que celui-ci n'avait pas de problème, avait un status normal et une tension artérielle à 150/80. Le docteur B_____ ne s'est au demeurant pas prononcé sur la nécessité d'une hospitalisation, alors même qu'il était en contact régulier avec le cardiologue (docteur E_____), selon les explications du recourant en comparution personnelle. Quant au rapport du docteur E_____ du 8 février 2006, il ne saurait emporter la conviction, déjà parce qu'au moment de l'intervention en cause, ce praticien n'avait pas revu son patient depuis cinq ans, contrairement à ce qu'il laisse entendre en indiquant que celui-ci était en traitement « *régulier* » chez lui

depuis 1990. Du reste, comme l'a relevé le docteur H_____ (rapport du 22 mars 2007), il existe une certaine discordance concernant la pression diastolique de l'assuré comparativement à celle constatée par le docteur B_____ (rapport du 27 janvier 2006). Enfin, le rapport du docteur G_____ du 8 mars 2007 ne précise aucunement à quels risques le patient aurait - concrètement – été exposé lors de l'intervention du 31 janvier 2006 (respectivement celle du 2 mars 2006 pratiquée par lui-même), se bornant à indiquer que celui-ci présentait « *des problèmes cardiaques et autres* ».

En revanche, il résulte des rapports concordants des médecins-conseils de SWICA des 22 mars 2007 (docteur H_____) et 1er juin 2006 (docteur F_____) - qui satisfont aux critères jurisprudentiel permettant de leur reconnaître pleine valeur probante (ATF 125 V 352) – que l'état de santé de l'assuré n'exigeait pas d'hospitalisation, conformément à ce qu'avait d'emblée retenu la doctoresse D_____. En particulier, la cardiopathie présentée par le patient, peu avant l'opération du 31 janvier 2006, était très bien tolérée, voire asymtomatique (de l'avis même du médecin traitant (rapport du 27 janvier 2006). De plus, le problème de l'anticoagulation (relais à l'Hépérine, puis la reprise au Sintrom) pouvait se régler en ambulatoire. Enfin, il est significatif, dans ce contexte, que l'intervention en cause s'est effectivement bien déroulée, à l'instar du reste de l'opération de la cataracte de l'œil droit, effectuée en ambulatoire, le 2 mars 2006.

6. La mise en œuvre d'une expertise complémentaire, comme le requiert subsidiairement le recourant, n'est ainsi pas nécessaire, les faits étant établis à satisfaction de droit. (appréciation anticipée des preuves : ATF du 12 mai 2004, K 134/03, consid. 4.3 ; ATF 124 V 94 consid. 4b). Au demeurant, l'intéressé n'a pas sérieusement contesté les conclusions des médecins-conseils H_____ et F_____ (des 1er juin 2006 et 22 mars 2007), se limitant à affirmer qu'il était « *aisé de dire que le patient ne présente aucun risque une fois que l'intervention s'est bien déroulée* ».

7. Par ailleurs, le recourant se prévaut du droit constitutionnel à la protection de la bonne foi, dans la mesure où l'assurance aurait tardé à lui signifier son refus définitif de prendre en charge les frais d'hospitalisation litigieux.

7.1 Ancré à l'art. 9 Cst. et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi exige que l'administration et les administrés se comportent réciproquement de manière loyale. En particulier, l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. A certaines conditions, le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de

l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1).

7.2 En l'espèce, une « demande de garantie pour le cas d'hospitalisation », datée du 17 janvier 2006, a été envoyée à SWICA par la doctoresse A_____. Cette attestation indiquait que le patient serait hospitalisé le 31 janvier 2006 (une nuit). SWICA a reçu ce document le 19 janvier suivant. Le même jour, l'assurance a informé par fax la clinique qu'elle avait demandé des renseignements complémentaires à son médecin-conseil, de sorte qu'elle n'était pas en mesure «*actuellement*» de garantir la prise en charge de l'hospitalisation et qu'à réception de nouveaux renseignements, elle prendrait une décision définitive.

Sur la base de ces éléments, il n'apparaît pas que SWICA a donné à l'assuré une quelconque promesse ou assurance relativement à la prise en charge du traitement litigieux. Elle n'a pas davantage adopté un comportement qui eût été de nature à induire en erreur le recourant. En particulier, le fait qu'elle n'ait pas « *confirmé* » expressément son refus après le fax de la doctoresse A_____ du 20 janvier 2006 et avant l'entrée du patient à la clinique ne permettait pas à ce dernier d'en déduire qu'implicitement elle acceptait de prendre en charge les frais d'hospitalisation (comp. ave ATFA du 29 juin 2004, K 35/04, consid. 6.2). C'est le lieu de relever que, contrairement à ce qu'il a affirmé à réitérées reprises durant la procédure devant le Tribunal de céans, le recourant avait bel et bien reçu une copie de la lettre de SWICA du 19 janvier 2006 (par laquelle l'assurance réservait expressément sa prise en charge dans l'attente de renseignements complémentaires), comme il l'a d'ailleurs lui-même admis dans l'annexe jointe à son courrier à l'assurance du 23 février 2006.

On relèvera au demeurant que la garantie de paiement donnée à un établissement hospitalier ne représente de toute façon pas, à l'égard de l'assuré, un engagement définitif de prendre en charge les frais et, par conséquent, qu'elle n'est pas propre, à elle seule, à faire naître une prétention découlant du droit à la protection de la bonne foi (comp. avec ATF 111 V 28, où le droit de l'assuré à la protection de la bonne foi n'a pas été reconnu, quand bien même la garantie de paiement était parvenue à l'établissement hospitalier avant l'hospitalisation; cf. également ATF 112 V 190 consid. 1). Enfin, il n'est pas déterminant, sous l'angle de la prise en charge des frais, qu'un médecin ait ordonné ou prescrit un séjour en milieu hospitalier (RAMA 1994 no K 929 p. 18). On notera dans ce contexte que le médecin traitant assume à l'égard de son patient un devoir contractuel d'information minimale en matière économique. Il lui appartient d'attirer l'attention du patient lorsqu'il sait qu'un traitement, une intervention ou ses honoraires ne sont pas couverts par l'assurance-maladie ou lorsqu'il éprouve ou doit éprouver des doutes à ce sujet (ATF 127 V 49 consid. 2f, 119 II 460 consid. 2d).

Le moyen soulevé n'est dès lors pas fondé.

8. Il en va de même de l'argument relatif au prétendu comportement contradictoire reproché à la doctoresse D_____, laquelle, selon le courrier du docteur B_____ du 16 avril 2007, aurait donné son accord à l'hospitalisation litigieuse lors de l'entretien téléphonique du 27 janvier 2006 avant de se rétracter. En effet, reposant uniquement sur les allégations des parties, le contenu exact de cet entretien ne peut être établi à satisfaction de droit, si bien qu'il ne saurait être opposable à l'assurance, laquelle nie d'ailleurs le comportement imputé à son médecin-conseil.

9. Enfin, on ne saurait retenir une prétendue violation du droit d'être entendu ou de l'obligation de renseigner (en relation avec les 27 LPGA et 57 al. 6 LAMal) à l'encontre de l'assuré in casu, dans la mesure où celui-ci a accepté de se faire hospitaliser sans même avoir reçu la réponse définitive de l'assurance et alors qu'il avait été informé du refus de SWICA, au plus tard, par téléphone du 27 janvier 2006. Du reste, il ressort du dossier que l'intéressé avait bien reçu en copie la demande de renseignement complémentaire adressée par l'intimée le 19 janvier 2006 à la clinique de Beaulieu, contrairement à ce qu'il a soutenu devant le Tribunal de céans (cf. ci-dessus, p. 4, § p13). Par ailleurs, l'assuré n'a pas produit les rapports médicaux annoncés dans son opposition du 18 mai 2006 et censés attester du caractère médicalement indispensable de son hospitalisation du 31 janvier 2006, pas plus qu'il ne s'est déterminé sur le rapport du docteur F_____ du 1er juin 2006, comme l'y avait pourtant expressément invité SWICA.

10. Au vu des considérations qui précèdent, c'est à juste titre que SWICA a refusé de rembourser à l'intéressé les frais d'hospitalisation litigieux.

    Partant, le présent recours doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours ;

Au fond :

2. Le rejette ;

3. Dit qu'il n'est pas perçu de frais de justice ;

4. 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.

La greffière	Le juge suppléant
Sylvie CHAMOUX	Jean-Louis BERARDI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le