Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
K 30/06

Arrêt du 7 mai 2007
IIe Cour de droit social

Composition
MM. les Juges U. Meyer, Président,
Borella et Kernen.
Greffière: Mme Moser-Szeless.

Parties
PHILOS, Caisse maladie-accident, Section FRV, avenue du Casino 13, 1820 Montreux,
recourante,

contre

M._____,
intimée, représentée par Jacqueline Deck, juriste, place de la Taconnerie 3, 1204 Genève Permanence juridique sur l'assurance-maladie/accident du BCAS,
1211 Genève 3.

Objet
Assurance-maladie,

recours de droit administratif contre le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève du 7 février 2006.

Faits:
A.
M._____, domiciliée à Genève, était assurée auprès de Philos, Caisse maladie-accident, notamment pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Le 10 décembre 2003, M._____ est entrée à la Clinique X._____ à 11h.30 pour s'y faire opérer; elle en est ressortie le lendemain à 11h.00. La veille, la caisse-maladie avait indiqué à la clinique qu'à défaut de convention conclue avec elle, elle ne donnait pas de garantie pour la prise en charge du séjour de son assurée, mais confirmait les rapports d'assurance («Garantie d'hospitalisation» du 9 décembre 2003). Trois factures d'un montant total de 9'187 fr. 95 relatives à l'intervention ont été établies le 26 janvier 2004 par la Clinique X._____ (4'629 fr. 20), le 15 décembre 2003 par le docteur M._____ (3'445 fr. 75) et le 27 janvier 2004 par la doctoresse J._____ (1'113 fr.).

Par décision du 12 mars 2004, confirmée sur opposition le 29 juin suivant, la caisse-maladie s'est déclarée disposée à rembourser à l'assurée l'équivalent du forfait journalier d'hospitalisation applicable en division commune des Hôpitaux universitaires de Genève, soit 792 fr. pour les deux jours.
B.
L'assurée a déféré cette décision au Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève. Après avoir recueilli des renseignements auprès de la Clinique X._____, le Tribunal a, le 7 février 2006, admis le recours, annulé les décisions de la caisse et prononcé que «M._____ a droit au remboursement des trois factures litigieuses jusqu'à concurrence du tarif applicable».
C.
La caisse-maladie a interjeté un recours de droit administratif, en concluant à l'annulation du jugement cantonal et au renvoi de la cause à la juridiction cantonale pour une nouvelle décision «dans le sens des considérants».

L'assurée a renoncé à se déterminer, tandis que l'Office fédéral de la santé publique s'est prononcé en faveur de l'admission du recours.

Considérant en droit:
1.
La loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) est entrée en vigueur le 1er janvier 2007 (RO 2006 1205, 1242). L'acte attaqué ayant été rendu avant cette date, la procédure reste régie par l'OJ (art. 132 al. 1 LTF; ATF 132 V 393 consid. 1.2 p. 395).
2.
Le litige porte sur l'étendue de la prise en charge par la recourante des frais du traitement suivi par l'intimée à la Clinique X._____ les 10 et 11 décembre 2003.
3.
3.1 Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier (al. 2 let. a), ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie (art. 41 al. 1 LAMal), étant précisé qu'en cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré (art. 41 al. 1 2ème et 3ème phrase LAMal).
3.2 Sont considérés comme des hôpitaux les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (art. 39 al. 1 LAMal). Leur admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en qualité de fournisseurs de prestations présuppose notamment qu'ils correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, et figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leur mandat, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate (art. 39 al. 1 let. d et e LAMal).
4.
La recourante reproche aux premiers juges d'avoir considéré, en se fondant sur le seul critère de la durée du séjour inférieur à 24 heures, que le traitement en cause constituait un traitement ambulatoire, et d'avoir nié en conséquence que l'étendue du remboursement des frais médicaux devait être calculée sur la base d'un forfait journalier.
4.1 Comme l'a précisé le Tribunal fédéral des assurances (arrêt K 28/05 du 14 septembre 2005), il est dans l'intérêt tant des assurés que des assureurs-maladie de distinguer clairement les notions de traitement ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier. La loi, respectivement les conventions tarifaires et les tarifs édictés par les gouvernements cantonaux font une nette distinction entre ces trois formes de traitements médicaux et prévoient des modalités d'indemnisation des assurés et de prise en charge des frais fort différentes (RAMA 1991 n°K 869 p.164 consid. 1a et les références). Cette distinction est en particulier nécessaire pour déterminer le tarif applicable, le choix du fournisseur de prestations, l'étendue de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins et la participation aux coûts des assurés (Guy Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, Berne 2004, p. 376 ss).

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. La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée 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 323 consid. 2b p. 326, 120 V 200 consid. 6a p. 206 et les références). En principe, le séjour à l'hôpital doit durer au moins 24 heures; il peut être inférieur à cette durée si un lit est occupé durant une nuit

ou en cas de
transfert dans un autre hôpital ou de décès (art. 3 de l'Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie [OCP; RS 832.104], entrée en vigueur le 1er janvier 2003; voir également RAMA 1991 n°K 869 p. 164 consid. 1a et les références; Eugster, Krankenversicherung [E], in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème édition, p. 524, n°382).

Le seul fait de séjourner dans un établissement hospitalier ne suffit par conséquent pas à ouvrir le droit aux prestations dues en cas d'hospitalisation. Encore faut-il qu'il y ait maladie nécessitant un traitement hospitalier. Aussi, la prise en charge des frais d'hospitalisation n'entre pas en considération si le traitement peut tout aussi bien être appliqué sous la forme d'un traitement ambulatoire ou semi-hospitalier (Longchamp, op. cit., p. 380).
4.2 Contrairement à ce qu'a retenu la juridiction cantonale en se référant uniquement à l'art. 3 première phrase OCP, la qualification d'un traitement d'«hospitalier» ou d'«ambulatoire» ne dépend pas du seul critère de la durée - inférieure ou non à 24 heures (en l'espèce 23 heures et demie) - du séjour dans l'établissement hospitalier. Un traitement ayant nécessité un séjour de moins de 24 heures, mais au cours duquel un lit a été occupé durant la nuit (ou en cas de transfert dans un autre hôpital ou de décès; cf. art. 3 seconde phrase OCP), est également considéré comme un traitement hospitalier.

Cette règle, qui fait de l'occupation d'un lit durant une nuit le critère de délimitation - dit «qualitatif» par le Conseil fédéral (cf. Réponse du 26 février 2003 à la question ordinaire du Conseiller national Guido Zäch, 02.1138 OCP. Extension de la notion de «traitement hospitalier») - entre le traitement ambulatoire et hospitalier (lorsque la durée du séjour est inférieure à 24 heures), n'est pas nouvelle. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA (RAMA 1991 n°KV 869 p. 163, 1988 n°K 759 p. 87 consid. 1), la distinction entre les notions de traitement ambulatoire et de traitement dans un établissement hospitalier se fonde sur la durée du séjour: le traitement est hospitalier, et donc stationnaire, lorsque l'assuré passe au moins une nuit dans un établissement hospitalier (sous réserve du cas où le séjour nocturne n'est pas la conséquence nécessaire de l'intervention ou du traitement suivi; RAMA 1988 n°K 759 p. 88 consid. 2b). La LAMal a repris les définitions du traitement ambulatoire et hospitalier de l'ancien droit, ainsi que les critères permettant de les délimiter (ATF 127 V 409 consid. 2c/bb p. 412; RAMA 2005 n. KV 314 p. 19 [K 141/02]consid. 5.2), si bien que l'interprétation de ces notions par la
jurisprudence relative à la LAMA reste en principe pertinente. Or, la définition du traitement hospitalier prévue à l'art. 3 OCP est conforme à celle dégagée par la jurisprudence (Eugster, op. cit., p. 524 n°382). Il en découle qu'un séjour d'une durée inférieure à 24 heures dans un établissement hospitalier constitue un traitement hospitalier si un lit est occupé durant la nuit en conséquence des examens, des traitement ou des soins dispensés.
4.3 En l'occurrence, l'intimée est entrée à la Clinique X._____ le 10 décembre 2003 à 11 heures trente et en est sortie le lendemain à 11 heures. Elle y a subi deux interventions - l'une le premier et l'autre le second jour - qui ont nécessité une anesthésie générale. Au regard de ces éléments, il apparaît que l'intimée a passé une nuit dans l'établissement hospitalier dont on peut admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle était une conséquence du traitement suivi. Partant, le séjour de M._____ à la Clinique X._____ doit être qualifié de traitement hospitalier et non de traitement ambulatoire. La recourante est donc tenue de prendre en charge les interventions subies par l'intimée et le séjour hospitalier consécutifs au titre de traitement hospitalier, pour autant que la condition du besoin d'hospitalisation soit remplie.

En l'état du dossier, il n'est pas possible de vérifier si cette condition est réalisée, dès lors qu'il ne contient que l'avis non motivé du médecin-conseil de la recourante selon lequel une hospitalisation médicale était justifiée, sans plus amples précision sur la nature du traitement chirurgical subi par l'intimée, alors que celle-ci affirmait que l'intervention avait été prévue par son médecin traitant «sur le mode ambulatoire» (courrier à la recourante du 25 mai 2004). La juridiction cantonale n'a par ailleurs pas examiné cette question, puisqu'elle a admis le droit à la prise en charge des prestations au titre de traitement ambulatoire. Il convient donc de renvoyer la cause à l'autorité de recours de première instance à qui il incombera d'instruire ce point et de rendre un nouveau jugement. Cas échéant, il lui appartiendra également de se prononcer sur le tarif applicable au regard des art. 43, 47 et 49 LAMal.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:
1.
Le recours est admis et le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève du 7 février 2006 est annulé, la cause étant renvoyé à ce tribunal pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2.
Il n'est pas perçu de frais de justice.
3.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève et à l'Office fédéral de la santé publique.
Lucerne, le 7 mai 2007
Au nom de la IIe Cour de droit social
du Tribunal fédéral suisse
Le Président: La Greffière: