Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
K 137/04

Arrêt du 21 mars 2006
Ire Chambre

Composition
Mme et MM. les Juges Leuzinger, Présidente, Ferrari, Meyer, Borella et Kernen. Greffier : M. Piguet

Parties
D._____, recourante, agissant par son mari J._____, lui-même représenté par Me Jean-Louis Duc, avocat, chalet La Corbaz, Les Quartiers, 1660 Château-d'Oex,

contre

SWICA Assurance-maladie SA, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur, intimée

Instance précédente
Tribunal administratif de la République et canton de Genève, Genève

(Jugement du 7 septembre 2004)

Faits:
A.
A.a D._____ est assurée depuis le 1er janvier 1996 auprès de Swica Assurance-maladie SA (à l'époque Swica Organisation de santé) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

Présentant des séquelles physiques et psychiques d'une encéphalite herpétique, D._____ a été admise le 30 janvier 2001 au Centre X._____ puis, peu après, à la Résidence Y._____; ces deux établissements sont sis dans le canton de Genève. Selon l'intéressée, seul le personnel de ces institutions, spécialement formé et habitué à composer avec des personnes cérébrolésées, est à même d'exercer de manière optimale la surveillance et la prise en charge dont elle a besoin.
A.b Par décision du 29 avril 2002, Swica a refusé d'allouer des prestations, au motif que le Centre X._____ et la Résidence Y._____ n'étaient pas des fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, que ce soit en qualité d'hôpital ou d'établissement médico-social. La prise en charge des soins prodigués par un fournisseur de prestations dûment reconnu demeurait cependant réservée.

Le 14 août 2002, Swica a admis partiellement l'opposition formée par l'assurée. Elle a nié le droit de l'opposante à la prise en charge de ses frais au titre de soins dispensés en milieu hospitalier, dans un établissement médico-social ou par une organisation de soins et d'aide à domicile. En revanche, elle a décidé de procéder à une instruction complémentaire sur le point de savoir si l'assurée avait reçu dans les établissements précités des soins (à domicile) prodigués par des infirmiers et infirmières sur prescription ou mandat médical.
A.c Après s'être enquise de la nature et des modalités des soins dispensés à l'assurée, Swica a refusé, par décision du 21 mai 2003, confirmée sur opposition le 31 juillet suivant, d'intervenir au titre des soins à domicile pour les prestations fournies au Centre X._____ et à la Résidence Y._____.

B.
Par jugement du 7 septembre 2004, le Tribunal administratif du canton de Genève a rejeté le recours formé par l'assurée contre la décision du 14 août 2002 et transmis celui formé contre la décision du 31 juillet 2003 au Tribunal cantonal des assurances sociales comme objet de sa compétence.
C.
D._____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement et conclut, sous suite de dépens, à « l'octroi des prestations légales en cas d'hospitalisation », subsidiairement à « l'octroi des prestations légales pour soins à domicile reçus » et plus subsidiairement à « l'octroi du forfait correspondant aux soins dont elle a besoin qui serait à charge de l'intimée si elle résidait dans un établissement figurant dans les listes de l'art. 39 LAMal ».

Swica conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral de la santé publique a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:
1.
1.1 La contestation, dont l'objet est déterminé par la décision administrative litigieuse du 14 août 2002, concerne le droit de la recourante à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du coût des séjours au Centre X._____ et à la Résidence Y._____. Elle porte plus particulièrement sur le point de savoir si la recourante a droit à la prise en charge de ces frais au titre de soins dispensés en milieu hospitalier, dans un établissement médico-social ou par une organisation de soins et d'aide à domicile.
1.2 En revanche, le litige ne porte pas sur la prise en charge des frais litigieux au titre de soins à domicile prodigués par d'autres fournisseurs de prestations que ceux précités, dès lors que cette question fait l'objet d'une procédure séparée actuellement pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève.
2.
La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, n'est pas applicable au présent litige, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et les références).
3.
3.1 L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). 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).
3.2 Selon l'art. 35 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions des art. 36 à 40 LAMal sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Au nombre de ceux-ci figurent, en particulier, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (art. 35 al. 2 let. h et k LAMal).

Conformément à l'art. 39 al. 1 LAMal, 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 (hôpitaux) sont admis à pratiquer si, notamment, ils correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate (let. d), et figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (let. e). D'après l'art. 39 al. 3 LAMal, ces conditions s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).
3.3 La loi fixe, de manière impérative, les conditions auxquelles un fournisseur de prestations peut être admis à pratiquer aux frais de l'assurance obligatoire des soins (art. 35 LAMal; ATF 125 V 452 consid. 3a). C'est pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux l'objet de l'art. 39 al. 1 LAMal. Parmi les conditions fixées par cette disposition, celle relative à la publicité et à la transparence (let. e) oblige ces établissements à

figurer sur la liste dressée par le canton et classant les établissements par catégorie en fonction de leurs mandats (Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 149).

Comme l'a déjà précisé le Tribunal fédéral des assurances (PJA 2003 p. 1243), le texte de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal restitue le sens véritable voulu par le législateur. Le fait que le projet du Conseil fédéral - qui reposait sur un régime de planification hospitalière développée - a été considérablement modifié par celui-ci, ne constitue pas un motif de s'écarter d'un texte clair, adopté par le législateur (ATF 125 V 181 consid. 2c).
Ainsi que l'a exposé le Conseil fédéral dans une décision du 23 juin 1999, publiée à la RAMA 1999 n°KV 83 p. 350 consid. 2.1 et 2.2, « [l]'inscription sur la liste implique que la condition fixée à la let. d relative à la couverture des besoins et à la coordination est satisfaite. Assimilable à un registre public, la liste sert à la sécurité du droit. Tous les intéressés - fournisseurs, assurés et assureurs - doivent pouvoir se réclamer en tout temps de son caractère obligatoire. Elle déploie donc des effets de publicité tant négatifs que positifs : chaque institution qui, à un moment donné, figure sur la liste hospitalière d'un canton, doit, à ce moment, être considérée comme admise au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal. A contrario, l'institution qui ne figure pas sur la liste n'est pas légitimée à facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts causés par le séjour d'assurés ». Ces considérations du Conseil fédéral, relatives à la liste hospitalière, valent également en ce qui concerne la liste cantonale des établissements médico-sociaux au sens de l'art. 39 al. 3 LAMal.
Il n'est dès lors pas question de déroger par voie d'interprétation (cf. ATF 129 II 118 consid. 3.1, 129 V 103 consid. 3.2 et les références) au sens littéral du texte de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal, la volonté du législateur étant que pour être admis à pratiquer aux frais de l'assurance obligatoire des soins, les établissements figurent sur la liste cantonale et remplissent ainsi la condition relative à la publicité et à la transparence (PJA 2003 p. 1243 consid. 3.3).
4.
4.1 En l'espèce, le Centre X._____ et la Résidence Y._____ ne figurent pas sur la liste hospitalière ou la liste des établissements médico-sociaux reconnus du canton de Genève. Ils ne sont par conséquent pas admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, de sorte que la recourante ne saurait prétendre une prise en charge par l'intimée des prestations fournies dans ces établissements.
4.2 La recourante reproche néanmoins aux premiers juges de ne pas avoir tenu compte du fait que son état de santé nécessitait, sur le plan médical, un traitement hospitalier et que, de ce fait, elle avait droit aux prestations dues en cas d'hospitalisation (forfait hospitalier).
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 326 consid. 2b, 120 V 206 consid. 6a et les références).
S'il est indéniable que l'état de santé de la recourante requiert une surveillance médicale et que le Centre X._____ et la Résidence Y._____ offrent apparemment une prise en charge adaptée au regard de la pathologie présentée, on ne saurait en l'occurrence reprocher aux premiers juges de ne pas avoir examiné en détail si le séjour dans ces établissements ouvrait le droit aux prestations dues en cas de traitement hospitalier ou de traitements dispensés dans un établissement médico-social. En effet, l'examen de cette question demeure, quoi qu'il en soit, secondaire à celui de la qualité de fournisseur de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins des établissements précités.
4.3 La recourante fait également grief aux premiers juges de ne pas avoir examiné les conséquences qu'il y avait lieu de tirer du fait que les autorités genevoises n'avaient pas inclus dans la liste hospitalière cantonale et celle relative aux établissements médico-sociaux un établissement apte à accueillir des assurés atteints d'affections particulières.
4.3.1 Dans une lettre du 26 avril 2002, le conseiller d'Etat responsable du Département de l'action sociale et de la santé du canton de Genève a expliqué que le Centre X._____ et la Résidence Y._____ faisaient

partie de la fondation Z._____, laquelle a pour but d'accueillir des personnes handicapées physiques. Elle était à ce titre subventionnée par l'Office fédéral des assurances sociales, division de l'assurance-invalidité, et par le canton de Genève. En tant que la fondation Z._____ n'accueillait pas de personnes dont l'état de santé exigeait une prise en charge particulière en raison de leur âge, ses structures ne remplissaient pas les conditions posées par la loi cantonale relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées (LEMS; RSGe J 7 20). A ce titre, ni la fondation, ni ses structures ne pouvaient figurer sur la liste cantonale des établissement médico-sociaux reconnus et être, par voie de conséquence, admises à pratiquer en qualité de fournisseurs de prestations.
4.3.2 L'exécution de la planification destinée à couvrir les besoins en soins dispensés en milieu hospitalier ou dans un établissement socio-médical relève de la compétence exclusive des cantons, la Confédération ne pouvant exercer une influence en ce domaine que par le biais de la voie de recours auprès du Conseil fédéral prévue à l'art. 53 al. 1 LAMal (Spira, Les compétences des cantons en matière d'assurance obligatoire des soins, in LAMal - KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p 72 ss). En tant que la recourante se plaint d'une prétendue violation des règles en matière de planification, il n'y a dès lors pas lieu d'entrer en matière sur le recours de droit administratif. Un tel grief sort en effet de la compétence de la Cour de céans.
4.3.3 D'après la recourante, seuls le Centre X._____ et la Résidence Y._____ disposeraient des infrastructures nécessaires et du personnel qualifié pour l'accueil de personnes cérébrolésées. Or, même si la pathologie présentée par la recourante était d'une nature si rare et les soins qu'elle requiert d'une nature si particulière que seuls le Centre X._____ et la Résidence Y._____ puissent être considérés comme des établissements adéquats, la recourante ne pourrait prétendre la prise en charge par l'intimée des coûts du séjour dans ces établissements, faute pour ceux-ci de figurer sur les listes cantonales. Il appartient en effet aux établissements concernés de décider s'ils entendent être des fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins; dans cette hypothèse, il leur incombe de prendre les mesures nécessaires à la reconnaissance de ce statut, notamment de demander à figurer dans les listes cantonales et, cas échéant, de contester le refus de l'autorité compétente.
En l'espèce, il ne ressort aucunement du dossier que le Centre X._____ ou la Résidence Y._____ aient demandé à être admis dans les listes cantonales, ou, du moins, aient fait part d'une telle intention. On ne voit d'ailleurs pas en quoi la recourante pourrait reprocher au canton de Genève de ne pas admettre un établissement qui, comme l'a relevé le conseiller d'Etat responsable, n'est pas conforme aux conditions d'admission posées par la législation cantonale et bénéficient d'importantes subventions fédérales et cantonales au titre de l'encouragement de l'aide aux invalides.
4.3.4 Pour le surplus, on ajoutera que la recourante a nullement établi l'impossibilité de trouver un établissement figurant sur la liste cantonale qui puisse l'accueillir. Elle ne produit à cet égard aucun document attestant que d'autres institutions inscrites sur les listes cantonales auraient répondu négativement à une demande d'admission de sa part. Elle ne conteste d'ailleurs pas expressément qu'elle pourrait être placée dans un tel établissement, mais fait valoir que celui-ci ne serait pas adéquat et ne répondrait pas à ses attentes.
5.
5.1 Selon l'art. 7 al. 1 OPAS, lorsque les prestations sont dispensées au domicile du patient, sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social, l'assurance prend en charge les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis (art. 7 al. 2 et 8a OPAS) sur prescription médicale ou sur mandat par des :
a) infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal);
b) organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal);
c) établissements médico-sociaux (art. 39 al. 3 LAMal).
En qualité de fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 35 al. 2 let. e LAMal), les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient doivent notamment avoir été admises à ce titre en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité (art. 51 OAMal en corrélation avec l'art. 38 LAMal).
5.2 De même que le Centre X._____ et la Résidence Y._____ n'ont pas été reconnus par les autorités genevoises compétentes comme établissements médico-sociaux autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, ces établissements n'ont pas non plus été admis comme des organisations de soins et d'aide à domicile. La recourante ne saurait dès lors prétendre la prise en charge du coût des prestations fournies

dans ces deux institutions au titre de l'art. 7 al. 1 let. b et c OPAS.
6.
En dernier lieu, la recourante conclut à l'allocation « du forfait correspondant aux soins dont elle a besoin qui seraient à charge de l'intimée si elle résidait dans un établissement figurant dans les listes de l'art. 39 LAMal ». Elle se prévaut ainsi du droit à la substitution de la prestation.

Le droit à la substitution de la prestation est une institution reconnue en matière d'assurance-maladie. Il ne doit cependant pas aboutir à ce qu'une prestation obligatoirement à la charge de l'assurance soit remplacée par une prestation qui ne l'est pas. Dès lors si, pour quelle que raison que ce soit, un assuré choisit des soins et traitements qui ne font pas partie des prestations à charge de l'assurance, il perd son droit. De même, le droit à l'échange de la prestation suppose que le fournisseur de l'une et l'autre prestations soit admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, faute de quoi un droit à l'échange ne saurait être reconnu (ATF 126 V 332 consid. 1b).
Compte tenu de ces principes, la recourante n'a pas le droit à la substitution des prestations qui lui ont été allouées, dès lors que le Centre X._____ et la Résidence Y._____ ne sont pas admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.
7.
Le litige ayant pour objet l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, la procédure est gratuite (art. 134 OJ). La recourante, qui succombe, ne saurait prétendre une indemnité de dépens pour l'instance fédérale (art. 159 al. 1 en corrélation avec l'art. 135 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:
1.
Dans la mesure où il est recevable, le recours est rejeté.
2.
Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.
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 21 mars 2006
Au nom du Tribunal fédéral des assurances

La Présidente de la Ire Chambre: Le Greffier: