

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
K 35/04

Arrêt du 29 juin 2004
Ile Chambre

Composition
MM. les Juges Borella, Président, Schön et Frésard. Greffière : Mme von Zwehl

Parties
B._____, recourant, représenté par Me Henri Bercher, avocat, rue Neuve 6, 1260 Nyon,

contre

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

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

(Jugement du 3 février 2004)

Faits:

A.

B._____, né en 1933 et domicilié dans le canton de Genève, est affilié à la caisse-maladie SWICA Assurance-maladie SA (ci après: SWICA) pour l'assurance obligatoire des soins et diverses assurances complémentaires (Complementa Top, Complementa Praeventa, Optima, Hospita demi-privé et Denta).

Depuis 1995, à la suite d'une attaque cérébrale, B._____ est hémiplegique et aphasique, ce qui lui a valu plusieurs séjours hospitaliers. Sur prescription de son médecin traitant, le docteur D._____, le prénommé a notamment été hospitalisé à la Clinique G._____ du 18 mai au 1er juin 2000. Il en est résulté une facture d'un montant total de 10'325 fr. 70. Invité par le médecin-conseil de SWICA, à préciser les raisons de cette hospitalisation, le docteur D._____ a déclaré qu'elle avait pour but «d'intensifier la physiothérapie, de refaire le point sur le traitement antiarythmique, de pratiquer un nouveau bilan urologique et également de soulager momentanément l'épouse [du patient]» (rapport du 8 juin 2000). Par lettre du 21 juin 2000, SWICA a informé B._____ qu'elle le mettait au bénéfice d'une contribution journalière à hauteur de 80 fr. sur la base des assurances complémentaires qu'il avait conclues.

L'assuré ayant demandé à SWICA de reconsidérer sa position, cette dernière a rendu, le 27 mars 2002, une décision formelle par laquelle elle acceptait de prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, les frais médicaux exclusivement, et de verser, au titre des assurances complémentaires, un montant forfaitaire journalier de 80 fr. Elle considérait en effet que l'état de santé de B._____ ne nécessitait pas un séjour dans un établissement hospitalier. Saisie d'une opposition, elle l'a écartée par une nouvelle décision du 19 juin 2002.

B.

L'assuré a déféré cette décision au Tribunal des assurances du canton de Vaud qui, par jugement du 9 octobre 2002, a décliné d'office sa compétence et transmis le dossier au Tribunal administratif du canton de Genève (actuellement en matière d'assurances sociales: Tribunal cantonal des assurances sociales).

Après avoir requis des informations complémentaires à la doctoresse L._____, médecin-interniste à la Clinique G._____, le Tribunal administratif du canton de Genève a rejeté le recours formé contre la décision sur opposition de SWICA par B._____ (jugement du 3 février 2004).

C.

Ce dernier interjette recours de droit administratif contre ce jugement, dont il requiert l'annulation. Il conclut à ce que SWICA soit condamnée à lui payer la somme de 7'929 fr. plus intérêts à 5 % dès le 30 juillet 2000.

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

Considérant en droit:

1.

Dans la mesure où le recours tend à la prise en charge par l'intimée des frais provoqués par son séjour à l'hôpital en vertu des assurances complémentaires conclues entre les parties, il est irrecevable. Le Tribunal fédéral des assurances est compétent uniquement pour se prononcer sur les droits que le recourant entend déduire de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (cf. ATF 126 V 325 consid. 1, 124 V 135 consid. 3).

2.

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).

3.

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).

4.

4.1 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 malade 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).

4.2 La loi ne donne pas de définition des mesures de réadaptation au sens de l'art. 25 al. 2 let. d LAMal. Selon Eugster (Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 142 ss), les mesures médicales de réadaptation se caractérisent par le fait que le traitement de la maladie est en lui-même terminé et que des formes de thérapie sont mises place pour les suites du traitement. La réadaptation médicale est consécutive au traitement proprement dit de l'affection et vise, au moyen de mesures médicales, à éliminer, en totalité ou en partie, le dommage causé aux capacités physiques ou psychiques. Dans le cas de maladies chroniques, elle sert à maintenir, voire à améliorer, les fonctions restantes. Elle peut tendre à une réinsertion professionnelle, fonctionnelle ou sociale. La réadaptation médicale peut avoir lieu sous forme ambulatoire, en milieu semi-hospitalier, dans un établissement de cure ou de soins ou encore dans une clinique spécialisée en la matière, auquel cas un séjour en milieu hospitalier doit être nécessaire. La nécessité d'un séjour en milieu hospitalier se détermine d'après l'intensité du traitement, le degré du handicap, le genre de soins requis, la gravité de la maladie principale ou la survenance de complications sous la forme de nouvelles maladies venant s'ajouter à celles déjà présentes (ATF 126 V 327 consid. 2c).

5.

En l'espèce, le recourant, durant son hospitalisation, a subi des séances de physiothérapie (massages et gymnastique médicale), qui auraient pu sans conteste être fournies de manière ambulatoire, comme l'ont retenu avec raison les premiers juges. En fait, selon le médecin traitant, le séjour hospitalier devait avoir pour but de «refaire le point» avec un urologue, en raison de problèmes prostatiques (lettre du docteur D._____ à la doctoresse L._____ du 1er mai 2000). Or précisément, le patient n'a pas été vu par l'urologue, qui n'a pas pu se déplacer de E._____ à G._____. Finalement, c'est sur la base de conseils donnés par téléphone par ce spécialiste que la doctoresse L._____, médecin-interniste à la Clinique G._____, a prescrit à l'assuré un médicament pour ses problèmes urinaires. A l'évidence, ce traitement aurait pu être prescrit au cours d'une consultation ambulatoire auprès de l'urologue. C'est dire que l'état de l'assuré ne justifiait pas des soins aigus ou des mesures de réadaptation en milieu hospitalier.

6.

6.1 Le recourant invoque les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'intimée selon lesquelles une hospitalisation prévue doit être communiquée à SWICA au plus tard 14 jours avant l'admission et SWICA délivre la garantie de paiement dans les 10 jours. Il fait valoir en substance que l'intimée aurait «provoqué le dommage» en ne l'informant pas suffisamment tôt de son refus de prendre en charge les frais d'hospitalisation litigieux; dans ces conditions, il pouvait partir de l'idée que cette hospitalisation serait prise en charge comme les précédentes. Implicitement, le recourant se prévaut du droit à la protection de la bonne foi.

6.2 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 et les nombreuses références citées).

6.3 En l'espèce, un avis d'entrée à l'hôpital, daté du 1er mai 2000, a été envoyée à SWICA par le docteur D._____. Cette attestation indiquait que le patient serait hospitalisé du 18 mai au 1er juin 2000 «pour suite du traitement». SWICA a apposé sur cet envoi un timbre humide portant la date du 8 mai 2000, ce qui laisse présumer que le pli lui est parvenu le même jour (arrêt U 344/98). Le 17 mai 2000 (jour d'admission) la clinique G._____ a envoyé par fax à SWICA un avis d'entrée et une formule de garantie de paiement à remplir par l'assureur et «à retourner dans les six jours». Le 23 mai suivant (soit dans le délai imparti), SWICA 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'a pas fourni une garantie de paiement dans les dix jours à compter du 8 mai 2002 ne permettait pas au recourant d'en déduire qu'implicitement elle acceptait de prendre en charge les frais d'hospitalisation. On relèvera au demeurant que la garantie de paiement donnée à un établissement hospitalier ne représente 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). Quant au fait que l'assuré avait bénéficié des prestations de la caisse lors de précédentes hospitalisations, il ne saurait être décisif, car le besoin

d'hospitalisation doit être examiné de cas en cas, en fonction des circonstances particulières qui la motivent. 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.

7.

Lorsqu'une hospitalisation est inappropriée et qu'à dire de spécialiste un traitement ambulatoire est indiqué, l'assuré a droit à la prise en charge des coûts correspondant au traitement ambulatoire nécessaire (RAMA 2000 no KV 100 p. 6). En l'occurrence, la caisse pris en charge, à ce titre, 925 fr. pour les visites de la doctoresse L. _____ et 1205 fr. 70 pour les frais médicaux au titre de l'assurance obligatoire. Ce mode de règlement apparaît correct et du reste, il n'est pas pas, comme tel, contesté par le recourant. La caisse a en outre remboursé à l'assuré une contribution de 80 fr. par jour au titre de contribution de convalescence en vertu d'une assurance complémentaire, contribution sur laquelle le Tribunal fédéral des assurances n'a pas à se prononcer (voir consid. 1 supra).

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.

3.

Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal cantonal des assurances de la République et canton de Genève et à l'Office fédéral de la santé publique.

Lucerne, le 29 juin 2004

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

Le Président de la IIe Chambre: La Greffière: