

5S 2007-130

Arrêt du 27 novembre 2009

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

COMPOSITION Présidente suppléante : Anne-Sophie Peyraud
 Assesseurs : Bruno Kaufmann, Jean-Marc Kuhn
 Greffière-rapporteure : Mélanie Maillard

PARTIES **Hoirie de feu X.**, de son vivant domiciliée à Z., **recourante**,
 représentée par le Bureau d'assurances Conrad Python S.à.r.l., Au Village
 7, 1732 Arconciel,

 contre

Caisse-maladie B., autorité intimée,

OBJET Assurance-maladie

 Recours du 26 mars 2007 contre la décision sur opposition du 20 mars
 2007

c o n s i d é r a n t e n f a i t

A. X., née en 1921, domiciliée à Z., assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la caisse-maladie B., a été victime d'une chute ayant entraîné une fracture du fémur gauche en août 2004. Etant incapable de marcher, au terme de son hospitalisation, elle a été admise dans un home. Grâce à de la physiothérapie, elle a partiellement récupéré la capacité de se déplacer. Afin d'améliorer sa rééducation, le 7 janvier 2005, le Dr A., médecin spécialiste en médecine interne, à Fribourg, a sollicité auprès de la caisse-maladie B. la prise en charge d'un séjour à la clinique de Zurzach pour une réhabilitation intensive. Par courrier du 12 janvier 2005, l'assureur a accepté la prise en charge d'un tel séjour pour une durée de trois semaines. L'assurée l'a débuté le 15 février 2005, avant de l'interrompre après deux semaines déjà, à savoir le 28 février 2005, afin de subir en urgence une opération chirurgicale à l'Hôpital cantonal de Fribourg à cause d'une sub-luxation de la hanche. Elle y est restée hospitalisée jusqu'au 7 avril 2005.

Le 13 juillet 2006, la RehaClinic de Zurzach a demandé à la caisse-maladie B. la prise en charge d'un second séjour d'une durée de trois à quatre semaines à partir du 17 juillet 2006. Sur recommandation du Dr B., médecin-conseil auprès de la caisse-maladie B., l'assureur-maladie a refusé la demande et a communiqué sa position à la clinique et à l'assurée, par écrit, le 20 juillet 2006.

Par courrier du 21 juillet 2006, le Dr C., spécialiste en médecine générale, médecin traitant de l'assurée, a demandé à la caisse-maladie B. de revoir sa position afin que sa patiente pût terminer la thérapie interrompue. Selon lui, le traitement était utile. Le cas a dès lors été soumis à un second médecin-conseil de la caisse-maladie B., à savoir le Dr D. qui a aussi préconisé le refus de la prise en charge, le 27 juillet 2006. Par courrier du 9 août 2006, la caisse-maladie B. a donc informé le Dr C. qu'elle maintenait sa position.

L'assurée a toutefois effectué un séjour dans la clinique susnommée du 2 au 12 août 2006. Son coût total s'est élevé à un montant de 7'262 fr. 20. Le 12 octobre 2006, la caisse-maladie B. a rendu une décision formelle confirmant son refus initial, au motif que le critère de nécessité d'une hospitalisation pour réadaptation n'était pas rempli. Sur opposition de l'assurée, représentée par sa fille, la caisse-maladie B. a confirmé sa position le 20 mars 2007.

B. Contre la décision sur opposition, X., par l'intermédiaire du bureau des assurances Conrad Python S.à.r.L, à Arconciel, interjette recours le 2 avril 2007. Elle conclut à la prise en charge, par la caisse-maladie B., des frais engendrés par le séjour du 2 au 12 août 2006 à la RehaClinic, à Zurzach. A l'appui de son recours, elle allègue que la caisse-maladie B. a fait part de son refus "*hors délai*", puisqu'il est intervenu à la fin du séjour de la recourante. Elle mentionne également l'utilité du traitement, dans la mesure où elle a pu regagner son domicile le 15 février 2007. Selon elle, en août 2006, elle a simplement "*terminé*" le traitement qu'elle avait débuté en février 2005 et dont la prise en charge avait été acceptée par la caisse-maladie B.

Dans ses observations du 1^{er} mai 2007, celle-ci rappelle notamment que le séjour, effectué à l'initiative de l'intéressée, n'était pas nécessaire selon l'avis de deux médecins-conseils. Elle relève que la recourante aurait pu effectuer de la physiothérapie dans

l'établissement médico-social où elle résidait. En outre, elle relève que, selon le médecin-conseil, la recourante avait déjà effectué le solde des jours de réadaptation lors de son séjour à l'Hôpital cantonal de Fribourg au printemps 2005.

Suite au décès pendente lite de la recourante, le 31 janvier 2009, les héritières, à savoir l'hoirie X., ont confirmé, par courrier du 2 avril 2009, qu'elles entendaient reprendre la présente procédure et qu'elles confiaient la défense de leurs intérêts dans la présente affaire au Bureau d'assurances Conrad Python Sàrl. Elles ont également produit le 16 juin 2009 un certificat original d'héritiers établi le 13 mai 2009 par Me E., notaire.

Aucun autre échange d'écriture n'a eu lieu entre les parties.

Il sera fait état des arguments invoqués par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

e n d r o i t

1. a) Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. La recourante étant décédée pendente lite, les héritières ont valablement repris la procédure.

b) Depuis le 1^{er} janvier 2008, le Tribunal cantonal est l'autorité supérieure en matière civile, pénale et administrative (art. 1, 26 et 27 de la loi cantonale du 14 novembre 2007 d'organisation du Tribunal cantonal [LOTC; RSF 131.1.1]).

2. a) Selon l'art. 25 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), 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 au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens, des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a) et les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (art. 25 al. 1 lit. d LAMal).

La loi ne donnant pas de définition des mesures de réadaptation, l'ancien Tribunal fédéral des assurances reprend celle donnée par la doctrine. Les mesures médicales de réadaptation se caractérisent ainsi par le fait que le traitement de la maladie est en lui-même terminé et que des formes de thérapie sont mises en 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 (Tribunal fédéral, arrêt non publié S. [K 42/00] du 21.09.2000 consid. c et les références citées).

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 (Tribunal fédéral, arrêt non publié précité).

b) Conformément à l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique. La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique. Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale: lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également. Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 130 V 532 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 des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier (Tribunal fédéral, arrêt non publié S. [K 28/05] du 14.09.2005 et les références citées). 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 citées). 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-elle pas en considération si le traitement peut tout aussi bien être appliqué sous la forme d'un traitement ambulatoire ou semi-hospitalier (Tribunal fédéral, arrêt non publié S. [K 28/05] du 14.09.2005 et les références citées).

c) En vertu de l'art. 57 LAMal, après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les assureurs ou leurs fédérations désignent des médecins-conseils. Ceux-ci doivent satisfaire aux conditions d'admission prévues à l'art. 36 et avoir pratiqué dans un cabinet médical ou exercé une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins (al. 1). Les médecins-conseils appelés à exercer dans toute la Suisse doivent être désignés avec l'accord de la société médicale du canton dans lequel l'assureur a son siège principal ou dans lequel la fédération d'assureurs a son siège (al. 2). Une société médicale cantonale peut récuser un médecin-conseil pour de justes motifs; dans ce cas, le tribunal arbitral au sens de l'art. 89 statue (al. 3). Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la

rémunération et à l'application des tarifs (al. 4). Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies. Le médecin-conseil évalue les cas en toute indépendance. Ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (al. 5). Les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches selon l'al. 4. S'il n'est pas possible d'obtenir ces informations par un autre moyen, le médecin-conseil peut examiner lui-même l'assuré; il doit en informer préalablement le médecin traitant et lui communiquer le résultat de l'examen. Si les circonstances le justifient, l'assuré peut toutefois exiger que l'examen soit effectué par un médecin autre que le médecin-conseil. Lorsque l'assuré et l'assureur ne peuvent s'entendre, le tribunal arbitral au sens de l'art. 89 tranche, en dérogation à l'art. 58 al. 1 LPGa (al. 6).

Afin de permettre un contrôle du caractère économique du traitement et de la qualité des prestations, qui sont deux des objectifs fondamentaux de la LAMal, celle-ci attribue un rôle important - et renforcé par rapport à l'ancien droit - aux médecins-conseils des assureurs pour le contrôle des prestations et des frais. A ce titre, le médecin-conseil est un organe d'application de l'assurance-maladie sociale (ATF 127 V 43 consid. 2d). Il doit apprécier les intérêts divergents de l'assuré, de l'assureur et du fournisseur de prestations de manière raisonnable. Ses compétences sont décrites à l'art. 57 al. 4 et 5 LAMal. Il conseille ainsi l'assureur pour des questions médicales ainsi que pour des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il lui incombe en outre une fonction de surveillance et de contrôle. Il examine les conditions de prise en charge d'une prestation (art. 57 al. 4 LAMal). Il doit aussi contrôler le caractère efficace, approprié et économique du traitement, au sens des art. 32 et 56 LAMal (Tribunal fédéral, arrêt non publié K 6/01 du 26.09.2001 consid. 3). Son rôle vise à éviter aux assureurs la prise en charge de mesures inutiles. Le médecin-conseil est aussi à même d'offrir à l'assuré une certaine protection contre un éventuel refus injustifié de l'assureur de verser des prestations (ATF 127 V 43 consid. 2d et les références doctrinales citées).

Le médecin-conseil est indépendant dans son jugement; ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ne peuvent lui donner des directives (art. 57 al. 5 LAMal). Cette indépendance vise les tâches légales qui lui incombent et auxquelles il doit se tenir. Du point de vue administratif, il est intégré dans la hiérarchie de l'assureur qui l'engage par contrat (Tribunal fédéral, arrêt non publié précité consid. 3).

Le médecin-conseil n'est en revanche pas habilité à traiter lui-même l'assuré ou à donner des instructions au médecin traitant sur l'application d'un traitement, même si la loi l'autorise, à certaines conditions, à examiner lui-même l'assuré (ATF 127 V 43 consid. 2e).

3. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si les frais du séjour à la RehaClinic à Zurzach doivent être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire au sens de l'art. 25 al. 2 let. d LAMal, les droits de l'assurée fondés sur une éventuelle assurance complémentaire étant réservés.

a) Il convient tout d'abord de relever que le séjour dont le remboursement est litigieux a, dans un premier temps, été organisé spontanément par la recourante, selon la teneur du courrier du 10 juillet 2006 du Dr C. à l'attention de la RehaClinic. Celui-là, médecin traitant de l'assurée, a soutenu cette démarche seulement par la suite en sollicitant la prise en charge de ce séjour par la caisse-maladie B.. Toutefois, dans sa correspondance à la caisse-maladie, il relève que ce cas devrait plutôt être mis sur le

compte de l'assurance complémentaire. Ces premiers éléments permettent déjà de douter de la nécessité médicale d'un tel traitement qui a d'ailleurs été niée par deux médecins-conseils différents. Par ailleurs, la durée du séjour n'a pas été déterminée par des impératifs médicaux mais correspondait au solde des jours qu'elle n'avait pas passés dans l'établissement lors du premier séjour interrompu subitement. L'assurée ne pouvait pas partir de l'idée que la prise en charge était acquise dans la mesure où elle n'avait pas pu terminer son premier séjour, les circonstances ayant changé depuis lors. En effet, il ressort du dossier que, suite à son hospitalisation au printemps 2005, la recourante a été notamment suivie par le Prof. F., médecin-chef du service de chirurgie orthopédique à l'Hôpital cantonal de Fribourg. Dans son rapport du 19 août 2005, il a proposé comme thérapie la pose d'une attelle anti-luxation mais n'a pas préconisé la mise en œuvre d'une physiothérapie. En outre, ce solde de jours a été effectué près d'un an et demi après la première admission au sein de la Clinique de réadaptation. L'écoulement de cette relativement longue période justifiait également un nouvel examen de la part de la caisse-maladie B.

b) Par ailleurs, le médecin traitant n'indique pas pour quelles raisons une physiothérapie intensive effectuée au sein du home, où résidait la recourante, n'aurait pas été suffisante. Certes, durant le court séjour à la RehaClinic de Zurzach, la recourante a fait des progrès et sa dose journalière de morphine a pu être diminuée. Cela ne permet cependant pas d'en conclure qu'une physiothérapie au sein de l'établissement médico-social où elle vivait n'aurait pas permis d'atteindre les mêmes résultats à moindre coût. Or, selon la jurisprudence susmentionnée, la thérapie en milieu hospitalier est subsidiaire par rapport aux possibilités d'un traitement ambulatoire.

c) La Cour de céans ne peut également pas suivre les autres arguments de la recourante. En effet, le refus de la caisse-maladie B. ne peut pas être considéré comme étant tardif, dans la mesure où elle a fait part de son refus de prendre en charge le séjour moins d'une semaine après avoir reçu la sollicitation de la RehaClinic et plus de dix jours avant le début du séjour de la recourante.

Enfin, l'assurée essaie de prouver l'utilité de son hospitalisation à la RehaClinic en alléguant qu'elle a pu regagner son domicile le 15 février 2007. Toutefois, l'écoulement de plusieurs mois entre son retour à domicile et la fin de sa réadaptation ne permet pas d'établir un lien de causalité entre les deux, sans appréciation médicale circonstanciée à l'appui. En outre, en tous les cas, la caisse-maladie B. n'a pas fondé sa décision en niant le caractère utile du séjour mais a constaté qu'il ne correspondait pas au critère économique prévu dans la loi.

Partant, mal fondé, le recours doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition confirmée.

Conformément au principe de la gratuité valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice.

I a C o u r a r r ê t e :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

6.504.9.3; 6.504.9; 6.504.12