

# **GE\_GERICHTE ATAS/1344/2012 vom 7. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1344\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1344_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1344/2012 du 7 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1344/2012 del 7 novembre 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RSG E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a repris la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont notamment celui des tarifs, prix et budget lobal (art. 43 à 55 LAMal). Le litige porte sur le tarif auquel la caisse doit prendre en charge les frais d'hospitalisation du recourant durant la période du 9 mars 2010 au 1er novembre 2010. Les montants des forfaits journaliers applicables aux différents types d'établissements (forfaits "lit B" et "lit C") ne sont en revanche pas contestés. S'agissant du point de savoir si l'objet du litige concerne également la période postérieure à la décision du 4 juin 2010, la Cour de céans relève que dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet

A/3954/2010 - 20/30 - desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision, peuvent en principe être examinés. En effet, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2, ATF 122 V 36 consid. 2a et les références citées). En l'espèce, la décision attaquée ne limite pas formellement l'objet du litige à la période antérieure à dite décision. L'intimée a de plus eu l'occasion de se déterminer sur l'état de santé du recourant et l'indication à une hospitalisation durant l'intégralité de son séjour à l'Hôpital de Loëx, qui s'est achevé le 1er novembre 2010. Il sied en outre de souligner que dans sa réponse du 17 décembre 2010, l'intimée a indiqué que la question litigieuse portait sur la différence entre les montants des différents forfaits du 9 mars au 31 octobre 2010. On comprend ainsi mal qu'elle affirme par

la suite que seule la période courant jusqu'à la décision du 4 juin 2010 soit en cause. Partant, la Cour de céans est fondée à statuer sur le droit aux prestations du recourant du 9 mars au 1er novembre 2010.

### **E. 3**

S'agissant de la recevabilité du recours, il faut rappeler que selon l'art. 59 LPGa, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. L'intimée soutient que le recourant n'a pas démontré que les appelés en cause auraient exigé de lui le paiement de la différence de forfait et semble implicitement en tirer la conclusion qu'il n'est pas touché par la décision litigieuse. Elle ne peut être suivie sur ce point. En effet, le recourant a produit plusieurs factures non détaillées dont le montant considérable laisse présumer qu'elles sont en lien avec le séjour à l'Hôpital de Loëx. De plus, même si les appelés en cause n'avaient pas encore établi de facture à l'encontre du recourant, cela ne suffirait pas à nier la qualité pour recourir de celui-ci. Un intérêt digne de protection représente tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée. Cet intérêt consiste dans l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant, en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. Il implique que cet intérêt soit direct et concret, le recourant devant se trouver, avec la décision entreprise, dans un rapport suffisamment étroit, spécial et digne d'être pris en considération. Il doit être touché dans une mesure et avec une intensité plus grande que l'ensemble des administrés (ATF 137 II 40 consid. 2.2). Ainsi, comme cela ressort expressément de la jurisprudence, le préjudice ne doit pas encore s'être

A/3954/2010 - 21/30 - réalisé pour que l'intérêt digne de protection soit retenu. Dans ces conditions, même s'il fallait admettre que les appelés en cause n'ont pas requis le paiement des prestations litigieuses au recourant, celui-ci est à l'évidence particulièrement atteint par la décision puisque ceux-ci pourraient se retourner contre lui si elles ne sont pas prises en charge par l'intimée. Son intérêt à obtenir l'annulation de la décision querellée est ainsi manifeste. De plus, on soulignera que l'intimée a notifié sa décision au recourant plutôt qu'aux appelés en cause, reconnaissant ainsi implicitement que celui-ci était directement atteint par cet acte. Il est dès lors pour le moins douteux qu'elle allègue à ce stade de la procédure que le recourant n'a pas la qualité pour recourir. Pour le surplus, le recours a été interjeté dans les formes et délais légaux, de sorte qu'il est recevable (art. 56ss LPGa).

### **E. 4**

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 dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens, des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2), les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (al. 2 let. d) ainsi que le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e). 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 43 consid. 2b et les références citées).

#### **E. 5**

Aux termes de l'art. 41 al. 1bis LAMal, en cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence.

A/3954/2010 - 22/30 - L'art. 49 al. 1 LAMal dispose que pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Conformément à l'art. 49 al. 4 LAMal, en cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'al. 1, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable. Selon cette disposition, en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, al. 3), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire, conformément à l'art. 25a. L'art. 49, al. 7 et 8, est applicable par analogie.

#### **E. 6**

L'assuré dont l'état nécessite une hospitalisation doit choisir l'établissement hospitalier ou la division qui correspond à la catégorie de malades à laquelle il appartient. Aussi une caisse n'a-t-elle pas à prendre en charge au titre de l'assurance de base les coûts supplémentaires découlant du fait que l'assuré se rend dans une clinique spécialisée dans les traitements intensifs - et partant plus coûteuse - bien que son état ne nécessite pas un tel traitement et qu'il aurait pu être soigné aussi bien dans un établissement plus simple et moins onéreux. De même, l'assuré dont l'état nécessite un traitement hospitalier ne peut prétendre des prestations plus élevées que celles qui sont prévues par la loi ou les dispositions statutaires, lorsqu'il est contraint de séjourner dans une clinique dont les prix sont élevés, parce qu'il ne trouve pas de place dans un établissement ou une division moins chers, correspondant à la catégorie de malades à laquelle il appartient. Par ailleurs, une caisse n'a pas à prendre en charge un séjour dans un établissement hospitalier lorsqu'un assuré, dont l'état ne nécessite plus une hospitalisation, continue de séjourner dans un tel établissement parce que, par exemple, il n'y a pas de place dans un établissement médico-social adapté à ses besoins et

que l'hospitalisation ne repose finalement que sur des motifs d'ordre social (ATF 125 V 177 consid. 1b). Le seul fait de séjourner en milieu hospitalier ne donne pas droit aux prestations d'hospitalisation (ATF 99 V 70 consid. 3). La prise en charge des frais d'hospitalisation n'entre pas en considération si le traitement peut tout aussi bien être appliqué de manière ambulatoire (ATFA non publié K 30/06 du 7 mai 2007, consid. 4.1)

#### **E. 7**

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

A/3954/2010 - 23/30 - 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. 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 (ATFA non publié K 28/05 du 14 septembre 2005, consid. 3.1). L'art. 49 al. 4 LAMal suppose ainsi que l'on opère une distinction entre le besoin d'hospitalisation pour le traitement d'affections aiguës et pour des mesures de réadaptation d'une part et le besoin de soins d'autre part. Ces deux notions sont parfois difficiles à délimiter et le médecin traitant doit disposer d'un certain pouvoir d'appréciation (Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung in Soziale Sicherheit*, SBVR, 2ème éd., n. 396 p. 528; ATF 124 V 362 consid. 2c). La loi ne donne pas de définition des mesures de réadaptation au sens de l'art. 25 al. 2 let. d LAMal. 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 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. 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 323 consid. 2c; EUGSTER, op. cit., n°403ss p. 530).

#### **E. 8**

La condition du droit à la rémunération conformément au tarif applicable à l'hôpital est réalisée lorsque l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé (ATFA non publié K 186/00 du 14 mai 2001, consid. 2b). 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 (ATF 126 V 323 consid. 2a; ATFA non publié K 6/04 du 11 janvier 2005, consid. 2).

A/3954/2010 - 24/30 - Pour établir si une hospitalisation est nécessaire, seul l'état de santé au moment de l'hospitalisation est déterminant (ATF 120 V 200 consid. 6a). La santé de l'assuré à la sortie de l'établissement hospitalier n'est ainsi pas décisive. La guérison de l'assuré ou l'amélioration de sa santé ne sauraient, en règle générale, entraîner la reconnaissance a posteriori de la nécessité de son hospitalisation. A l'inverse, on ne saurait déduire de ce qu'il n'y a pas eu de complications graves durant l'hospitalisation que l'assuré n'avait pas besoin d'une surveillance continue et de soins infirmiers constants (Guy LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, thèse, Berne 2004, p. 382). La jurisprudence a ainsi admis la nécessité d'une hospitalisation dans les cas suivants: assurée âgée de 97 ans ayant subi une fracture de la jambe et devant suivre une rééducation difficile selon les médecins afin de recouvrir sa mobilité et son autonomie (RJAM 1982 n°477 p. 41); séjour de remobilisation, réhabilitation et amaigrissement après un infarctus (RJAM 1978 n°331 p. 170); assurée de 75 ans impotente et souffrant d'une affection sanguine stabilisée (RJAM 1969 n°48 p. 99); réhabilitation cardiaque, cependant limitée à trois semaines (ATFA non publié K 184/00 du 9 octobre 2001); psoriasis grave avec échec des traitements ambulatoires (RKUV 1985 n° K 621 p. 85); fracture de l'humérus et douleurs nécessitant de la physiothérapie chez une assurée de 78 ans (ATFA non publié K 158/00 du 11 juin 2001). Elle l'a en revanche niée pour l'hospitalisation de deux mois une à deux fois par an d'un assuré presque hémiparétique à la suite d'un accident vasculaire cérébral sévère survenu six ans auparavant, en raison de l'utilité discutable de la physiothérapie dans un tel cas (RAMA 2000 KV n°135 p. 338); en cas de séjour n'incluant que de brèves séances de gymnastique non quotidiennes chez une assurée souffrant d'artériosclérose (RAMA 1999 KV n° 60 p. 31); pour un séjour en clinique en raison d'un état d'épuisement (ATFA non publié K 112/01 du 17 juin 2002) et enfin chez une assurée sexagénaire ayant subi une pose de prothèse de la hanche et pouvant se déplacer au moyen de béquilles, le séjour post-opératoire en clinique ayant été qualifié de convalescence (ATFA non publié K 180/00 du 22 août 2001).

## **E. 9**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). La jurisprudence se réfère

A/3954/2010 - 25/30 - également à ces critères pour examiner la valeur probante de rapports médicaux lorsqu'il s'agit d'évaluer la nécessité d'une hospitalisation (ATFA non publié K 50/03 du 3 décembre 2003, consid. 7).

## **E. 10**

Il convient en premier lieu de se pencher sur les différents rapports des médecins et les conclusions qu'on peut en tirer quant à la nécessité d'un séjour hospitalier plutôt qu'en établissement médico-social pour le recourant après le 9 mars 2010. S'agissant des prises de position du Dr E \_\_\_\_\_, elles ne répondent pas aux critères dégagés par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante. En premier lieu, il faut relever que son avis du 13 janvier 2010 se fonde sur des prémisses erronées. En effet, le médecin-conseil y affirme qu'il ressort des informations recueillies que le recourant pouvait marcher à la fin de son séjour à l'Hôpital de Beau-Séjour. Ce point de vue ne résiste cependant pas à l'examen. La Dresse I \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ a certes fait état dans son rapport du 1er février 2010 d'une nette amélioration avec une reprise progressive de la mobilisation. Elle n'a toutefois aucunement signalé que le recourant pouvait marcher. Cette indication ne ressort pas non plus de son rapport du 8 février 2010. Si tel avait été le cas, il est vraisemblable que ce médecin n'aurait pas évoqué la nécessité d'une physiothérapie intensive. Par ailleurs, l'évolution favorable signalée pour les escarres ne signifie pas que ces lésions étaient guéries. Les rapports de la Dresse I \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ et de ses confrères de l'Hôpital de Loëx ne sont dès lors nullement contradictoires. Quant à la détermination du Dr E \_\_\_\_\_ du 11 mars 2010, elle est pour le moins lacunaire, puisqu'elle consiste en une annotation manuscrite "Maintien lit C" sur le rapport du Dr G \_\_\_\_\_ et en la mention "Lit C" en marge de certains traitements. Si certains des soins mis en place peuvent en théorie être dispensés dans un contexte ambulatoire - tels que par exemple la consultation de rhumatologie ou les examens de radiologie -, il ne faut cependant pas perdre de vue qu'il y a lieu de prendre en compte l'ensemble des atteintes et l'état de santé d'un assuré dans sa globalité pour évaluer la nécessité d'un séjour hospitalier. Or, il n'existe aucun rapport dans lequel le Dr E \_\_\_\_\_ se prononce de façon circonstanciée sur l'ensemble des pathologies du recourant et leurs éventuelles interférences. Ses différents avis se concentrent en effet chacun sur des atteintes prises isolément: il évoque uniquement la mobilité et l'escarre dans son avis du 13 janvier 2010, ne traite que des crises de goutte et des tuméfactions des genoux dans son avis du 16 décembre 2010, se réfère seulement à l'escarre dans son avis du 17 juin 2011 et aux crises de goutte et chondrocalcinoses dans sa note du 27 octobre 2011. Le Dr E \_\_\_\_\_ a au demeurant reconnu dans ce dernier document qu'il ignorait jusque-là l'existence de plusieurs complications, de sorte que ses prises de position antérieures ne peuvent emporter la conviction de la Cour de céans puisqu'elles ne reposent pas sur une connaissance complète du dossier. Le médecin-conseil de l'intimée admet d'ailleurs explicitement la nécessité d'une hospitalisation en lit B pendant plusieurs jours à plusieurs semaines lors des complications

A/3954/2010 - 26/30 - cardiovasculaires et pulmonaires du recourant dans ce même avis, sans pourtant que cela n'amène l'intimée à reconsidérer sa décision. Le médecin-conseil justifie également sa position par le fait que certaines pathologies invalidantes du recourant ont évolué indépendamment des soins hospitaliers. L'intimée a exposé que le Dr E \_\_\_\_\_ entendait par là que les comorbidités se seraient également produites dans un établissement médico-social. Cet argument n'est cependant pas pertinent. On ne voit en effet pas en quoi l'aggravation de l'état de santé d'un assuré alors qu'il est hospitalisé permet de conclure que son hospitalisation n'était pas nécessaire. En outre, ces atteintes, en lien avec les autres comorbidités, justifiaient précisément le séjour en lit B du recourant afin d'être traitées selon une approche multidisciplinaire. De plus, le Dr E \_\_\_\_\_ a souligné que la goutte se traitait notamment par immobilisation. Si une immobilisation peut

également se faire en établissement médico-social, en l'espèce, compte tenu des nombreuses autres comorbidités du recourant, de l'instabilité de son état et des nombreux soins nécessaires, seul un séjour en lit B est adapté, conformément aux conclusions des médecins de l'Hôpital de Loëx. On ne peut donc suivre l'intimée lorsqu'elle affirme que durant les crises de goutte, le recourant aurait pu être déplacé en établissement médico-social. En effet, à l'exception de la physiothérapie, les autres soins devaient continués d'être dispensés et l'état de santé du recourant n'était pas assez stable pour un séjour en établissement médico-social, comme le démontrent les nombreuses complications survenues. Par ailleurs, du point de vue pratique, il paraît difficile d'organiser à très brève échéance un transfert en établissement médico-social pour la durée d'une crise de goutte - par essence imprévisible et dont le décours est subordonné aux réactions au traitement - puis d'assurer un retour à l'hôpital pour la reprise des mesures de réadaptation dès l'épisode passé. Enfin, dans son avis du 17 juin 2011, le Dr E \_\_\_\_\_ a admis la nécessité d'un séjour hospitalier de six semaines pour la réadaptation. Il n'est donc pas contesté qu'à la date du transfert du recourant à l'Hôpital de Loëx, le recourant avait besoin d'une hospitalisation. Or, comme cela ressort de la doctrine citée, l'élément déterminant pour apprécier la nécessité d'un séjour à l'hôpital est l'état de santé d'un assuré lors de son entrée et on ne peut nier rétrospectivement une telle nécessité au motif que le traitement qui a été prodigué n'a pas amené l'amélioration escomptée dans le délai de guérison usuel. De plus, conformément à la jurisprudence, le droit à l'hospitalisation subsiste aussi longtemps que le traitement peut améliorer l'état de santé d'un assuré. Ainsi, le ralentissement du processus de guérison et de réadaptation en raison d'autres comorbidités ne suffit pas à nier le droit d'un assuré d'être soigné à l'hôpital si un tel séjour est nécessaire. Il sied d'ajouter que les soins prodigués ont en l'espèce bien amené les résultats espérés puisque le recourant a pu regagner son domicile. Le rapport du Dr G \_\_\_\_\_ du 5 mars 2010 contient une anamnèse complète, des diagnostics précis et relate les difficultés du recourant. Il expose également de manière claire le traitement envisagé en indiquant quels sont les soins nécessaires

A/3954/2010 - 27/30 - au regard des atteintes du recourant. Ses conclusions sur le besoin d'un séjour à l'hôpital sont motivées puisque ce médecin expose les différents facteurs rendant indispensable l'hospitalisation. On doit dès lors considérer que ce document correspond aux exigences en matière de valeur probante au sens de la jurisprudence. Les rapports de la Dresse H \_\_\_\_\_ sont également détaillés et précis et expliquent de manière convaincante les raisons médicales justifiant la poursuite du séjour du recourant à l'Hôpital de Loëx. Aux termes de ces rapports, la multiplicité des atteintes, l'instabilité de l'état de santé du recourant, la nécessité d'une rééducation et les divers soins à prodiguer concourent à rendre indispensable un séjour à l'hôpital, ce que ces médecins ont répété lors des audiences. S'agissant du Dr J \_\_\_\_\_, la lettre de sortie qu'il a rédigée confirme également la nécessité d'un séjour hospitalier jusqu'au 1er novembre 2010 dès lors qu'il fait état des mêmes diagnostics et comorbidités que ses confrères et atteste des mesures de réadaptation entreprises une fois l'état de santé du recourant stabilisé. Les critiques du Dr E \_\_\_\_\_ et de l'intimée sur les conclusions unanimes des médecins qui ont suivi le recourant à l'Hôpital de Loëx ne suffisent pas à les remettre en cause. Si le médecin-conseil de l'intimée se contente de qualifier le rapport du Dr G \_\_\_\_\_ de non convainquant, il n'indique pas en quoi celui-ci serait erroné et semble tirer cette appréciation de la contradiction qu'il croit - à tort comme on l'a vu - déceler par rapport aux informations fournies par la Dresse I \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_. L'intimée a quant à elle fait valoir dans

son écriture du 17 décembre 2010 que le Dr G \_\_\_\_\_ n'aurait pas établi de projet thérapeutique ni pronostiqué de durée d'hospitalisation. Or, la demande de prise en charge du 5 mars 2010 indique expressément que le séjour a pour buts la physiothérapie, la rééducation et les adaptations thérapeutiques, de sorte que l'argument de l'intimée tombe à faux. S'agissant de l'absence d'indication sur la durée d'hospitalisation prévue, on voit mal la pertinence d'une telle information s'agissant d'évaluer la nécessité d'une hospitalisation dans le cas du recourant, dont l'état non stable rendait difficile un tel pronostic. Au demeurant, en vertu de son obligation d'instruire le dossier, il appartenait à l'intimée d'interpeller le médecin traitant afin d'obtenir ces informations si elle considérait qu'elles étaient indispensables pour statuer sur la demande de garantie. Par ailleurs, un des buts primaires du séjour à l'Hôpital de Loëx consistait en des mesures de réhabilitation sous forme de physiothérapie et de rééducation intensives à la marche, étant rappelé que le recourant n'était pas capable de marcher lors de son transfert dans cet établissement. Il ne fait pas de doute que de telles mesures correspondent à la définition donnée par la jurisprudence et la doctrine aux mesures de réadaptation, celles-ci visant comme en l'espèce à permettre à un assuré de recouvrer certaines fonctions telles que la marche. A cet égard, il convient de relever une contradiction dans les déterminations du médecin-conseil de l'intimée. Dans son avis du 29 avril 2010 - qui n'est pas motivé et ne discute pas les arguments qui lui permettent de s'écarter de l'appréciation du médecin traitant - le

A/3954/2010 - 28/30 - médecin-conseil affirme maintenir son préavis autorisant un séjour d'un mois à l'Hôpital de Loëx. On notera en préambule qu'on ne trouve pas trace d'un tel préavis, qui ne correspond pas à la durée de l'hospitalisation à Loëx initialement prise en charge par l'intimée. Cela étant, le Dr E \_\_\_\_\_ semble déjà implicitement admettre qu'une hospitalisation à des fins de réadaptation est nécessaire. Cela est confirmé par ses prises de position ultérieures selon lesquelles une durée d'hospitalisation de six semaines correspondrait aux orientations de la Dresse I \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_. Au vu de ces appréciations, il est contradictoire d'affirmer que les différents soins et traitements, comprenant ceux visant la réadaptation, auraient pu être prodigués dans le cadre d'un simple établissement médico-social. S'agissant de la durée du séjour de réadaptation, le médecin-conseil de l'intimée l'a estimée en se fondant sur des renseignements recueillis auprès de la Dresse I \_\_\_\_\_. Cependant, comme on l'a vu, les conclusions qu'il a tirées des informations fournies par ce médecin ne sont pas fondées. Il convient d'ajouter que si l'intimée soutient que le Dr E \_\_\_\_\_ aurait préavisé d'une prise en charge de six semaines pour le séjour de rééducation et affirme que cette durée était suffisante, ce n'est en réalité que par avis du 17 juin 2011, soit après la décision sur opposition, que ce laps de temps a été articulé par le médecin-conseil. De plus, la nécessité d'une hospitalisation n'a en réalité même pas été admise pour cette durée par l'intimée. Le 4 février, l'intimée a en effet garanti la prise en charge en division commune jusqu'au 18 février seulement. Le 11 mars 2010, soit moins de six semaines après le transfert du recourant à l'Hôpital de Loëx, le médecin-conseil de l'intimée a confirmé que seule la prise en charge correspondant aux tarifs d'un établissement médico-social était nécessaire. Le 29 avril 2010, le Dr E \_\_\_\_\_ a finalement préavisé d'une prise en charge d'un mois. On comprend dès lors mal que l'intimée affirme avoir initialement donné son accord à un séjour de réadaptation de six semaines censé suffire à la rééducation du recourant et à la guérison de l'escarre sacrée. L'intimée affirme encore qu'il n'est pas raisonnable de mettre à sa charge un séjour de cinq mois à des fins de réadaptation. Sur ce point, elle ne saurait être suivie. La loi ne connaît en effet pas de restriction temporelle à la prise en charge d'un séjour hospitalier,

contrairement au système prévu dans l'ancienne loi (art. 12 al. 2 ch. 4 aLAMA), qui prévoyait une limite de 720 jours en cas d'hospitalisation (Message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 I 133). L'intimée doit donc prendre en charge les frais de séjour du recourant, même si son hospitalisation a été plus longue qu'elle ne l'aurait été pour un assuré mieux portant et ne rencontrant pas de complications. L'intimée requiert la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer la nécessité de l'hospitalisation. La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa

A/3954/2010 - 29/30 - conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, les rapports médicaux des médecins traitants sont suffisamment étayés pour permettre à la Cour de céans de statuer dans la présente cause, si bien que la mise en œuvre d'une telle mesure s'avère superflue. Compte tenu de ces éléments, la nécessité d'une hospitalisation doit être admise.

#### **E. 11**

Eu égard à ce qui précède, le recours est admis et le recourant a droit à la prise en charge de son séjour à l'Hôpital de Loëx du 9 mars au 1er novembre 2010 au tarif "Lit B", à l'exception des périodes durant lesquelles il a été hospitalisé en soins aigus et pour lesquelles l'intimée est déjà intervenue au tarif correspondant. Le recourant obtenant gain de cause, il a droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA). Tel est également le cas des appelés en cause (KIESER, op. cit., n. 115 ad art. 61; ATF 105 V 111 consid. 3). Ceux-ci doivent être fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que les mandataires ont dû y consacrer (ATFA non publié I 699/04 du 23 janvier 2006, consid. 2). Compte tenu du nombre d'écritures et d'audiences tenues, il convient en l'espèce de fixer l'indemnité de dépens à 4'500 fr. pour le recourant et à 2'000 fr. pour les appelés en cause. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3954/2010 - 30/30 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.