

GE_GERICHTE A/1632/2011 vom 28. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1632_2011

FR: GE_GERICHTE A/1632/2011 du 28 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1632/2011 del 28 novembre 2012

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame J _____, domiciliée c/o EMS X _____, au Petit-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA recourante contre PROVITA GESUNDHEITSVERSICHERUNG AG, sise Brunngasse 4, 8401 Winterthur, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monica BERTHOLET HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), sis rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre MARTIN-ACHARD intimée appelés en cause EN FAIT Madame J _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1942, est assurée auprès de PROVITA GESUNDHEITSVERSICHERUNG A.G. (ci-après l'assureur ou l'intimée) au titre de l'assurance obligatoire des soins (LAMal). Le 9 janvier 2009, l'assurée a été victime d'une importante hémorragie sous-arachnoïdienne. Par rapport du 10 mars 2009 de la Dresse A _____, médecin cheffe de la clinique du département de réhabilitation et gériatrie, site des Trois-Chênes des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après les HUG ou les appelés en cause) a indiqué les diagnostics, les traitements et investigations concernant l'hospitalisation de l'assurée. Un retour à domicile était impossible, de sorte que l'assurée devait bénéficier d'une rééducation en soins continus à l'Hôpital de Loëx ou à l'Hôpital Beau-Séjour. Elle était actuellement en attente d'une place. Par rapport du 23 avril 2009 adressé à l'assureur, le Dr B _____, médecin auprès des HUG, a donné des renseignements médicaux complémentaires concernant la prolongation de l'hospitalisation : l'assurée présentait une hydrocéphalie ayant nécessité une ponction lombaire soustractive et pour laquelle les neurochirurgiens voulaient poser un drain ventriculo-péritonéal. Dans les suites de sa rupture d'anévrisme, la patiente nécessitait encore une rééducation en physiothérapie, même si les progrès étaient encore lents. Un bénéfice pouvait être obtenu grâce à une stimulation par une équipe spécialisée en physiothérapie, en ergothérapie et en logopédie. Dans l'attente de cette intervention neurochirurgicale, l'assurée avait été transférée aux soins continus auprès du CESCO le 8 avril 2009 où elle pouvait bénéficier de cette prise en charge. Par rapport du 7 mai 2009, la Dresse C _____, médecin cheffe de clinique du département de réhabilitation et gériatrie, service de soins continus de l'Hôpital de Bellerive (ex-CESCO), a indiqué à l'assureur que le problème neurologique récent nécessitait la poursuite du suivi en milieu hospitalier, parallèlement à la poursuite de la rééducation et de la réhabilitation. Une sortie ou un transfert dans un établissement médico-social (ci-après EMS) n'était pas possible. Par rapport du 26 juin 2009, le Dr D _____, chef de clinique de l'Hôpital de Bellerive, a noté notamment que depuis la pose du drain ventriculo-péritonéal le 17 avril 2009, l'assurée ne montrait que peu d'amélioration si ce n'est une vigilance accrue au niveau de la poursuite oculaire. Cependant, après suivi et adaptation du drainage, la patiente démontrait une amélioration du langage avec chuchotement de phrases cohérentes. Une bonne évolution était également

notable du point de vue de la spasticité. Au niveau de l'état de santé actuel et des soins requis, la prise en charge ne pouvait toujours pas être poursuivie dans un autre lieu de réhabilitation ou ambulatoirement. Par ailleurs, notamment, les dernières avancées méritaient la poursuite de la prise en charge pluridisciplinaire et des ajustements médicamenteux. Par rapport du 22 juillet 2009, la Dresse C _____ a notamment indiqué à l'assureur que la patiente nécessitait un suivi neurochirurgical régulier, la poursuite de la rééducation avec physiothérapie, ergothérapie, une prise en charge par les neuro-rééducateurs avec traitement de la spasticité et discussion d'un traitement chirurgical de cette spasticité, et l'adaptation du traitement antalgique. L'assurée effectuait depuis environ trois semaines d'importants progrès qui justifiaient la poursuite de la rééducation multidisciplinaire. Enfin, le traitement du trouble dépressif avait été récemment instauré. Le 24 août 2009, le Dr D _____ a notamment noté à l'attention de l'assureur que l'assurée avait fait d'importants progrès justifiant la poursuite de la rééducation multi-disciplinaire ; en particulier une amélioration de la motricité au niveau des membres supérieurs. Au niveau des membres inférieurs, un important flexum était présent. Un transfert à l'Hôpital Beau-Séjour pour une physiothérapie intensive était prévu fin août pour améliorer la symptomatologie. L'assurée était traitée pour le trouble dépressif, le traitement anti-spastique était maintenu et elle poursuivait des séances de logopédie. Par demande de prise en charge des 14 et 18 septembre 2009, le Service de rééducation de l'Hôpital Beau-Séjour a expliqué à l'assureur qu'il existait chez l'assurée une altération importante de l'exercice des tâches quotidiennes due à la pathologie ou à son traitement, à savoir la marche et les transferts difficiles ; la toilette, l'habillement et l'alimentation s'effectuaient avec une tierce personne. Il était possible que la mesure de réadaptation prévue permette de réussir à améliorer la situation d'altération ; une évaluation par les confrères de neuro-réadaptation était prévue le 25 septembre 2009. La mesure devait durer 3 à 4 semaines. Parallèlement au traitement de cette altération, il existait un besoin médical ou de soins et de suivi accru, à savoir le traitement de la spasticité et le suivi de l'escarre sacrée. Enfin, une réadaptation pluridisciplinaire était nécessaire, à savoir la physiothérapie, l'ergothérapie et les soins infirmiers. Le 28 septembre 2009, l'assurée a été admise au service de neurorééducation de l'Hôpital Beau-Séjour. Par rapport du 29 septembre 2009 adressé à l'assureur, la Dresse E _____ du service précité a relevé notamment que l'indication à la rééducation était la suivante : physiothérapie, ergothérapie et neuropsychologie avec logopédie ; le traitement chimique d'une spasticité probablement intrathécale, la rééducation fonctionnelle des transferts et des membres supérieurs, l'évaluation ergothérapeutique, neuropsychologique et logopédique des fonctions supérieures dans le cadre des activités de la vie quotidienne en vue d'un éventuel retour à domicile. Par demande du 26 novembre 2009, le Dr F _____, médecin chef de clinique du service précité, a sollicité auprès de l'assureur une prolongation de prise en charge de quatre semaines pour la neurorééducation, ce dans le but notamment d'obtenir une meilleure fermeture de l'escarre, ce qui faciliterait certainement le placement de l'assurée, très dépendante. La rééducation multidisciplinaire débutée en neurorééducation le 28 septembre 2009 devait être poursuivie. Les diagnostics motivant une rééducation interprofessionnelle hospitalière étaient les suivants : une hémorragie sous arachnoïdienne sur rupture d'un anévrisme péricalleux gauche survenu le 9 janvier 2009 (complicquée de vasospasme des artères cérébrales moyennes et antérieures bilatérales et hydrocéphalie nécessitant une dérivation ventriculo-péritonéale réalisée le 16 avril 2009) ; avec les séquelles neurologiques suivantes : tétraparésie spastique prédominant au niveau des

membres inférieurs avec flexum sévère au niveau des 2 hanches et des 2 genoux, troubles exécutifs sévères, troubles mnésiques sévères, incontinence urinaire et fécale ; une escarre sacrée stade IV. Depuis l'entretien téléphonique au début octobre 2009 et suite à une prise en charge thérapeutique comprenant l'adaptation du fauteuil roulant, la mobilisation régulière, le traitement de l'incontinence fécale par la ritualisation de l'évacuation des selles, un pansement adapté, les médecins notaient une nette évolution favorable de l'escarre sacrée sans fermeture complète, ce qui avait amené à annuler la prise en charge chirurgicale envisagée. Malheureusement, malgré cette évolution favorable, l'escarre n'était pas complètement comblée et nécessitait la poursuite de la prise en charge. Le 1^{er} décembre 2009, l'assureur a prolongé la garantie de prise en charge pour une durée de trois semaines dès le 30 novembre 2009, précisant qu'il s'agissait définitivement de la dernière prolongation. Dès le 4 décembre 2009, l'assurée a été transférée au site de Loëx, département de réhabilitation et gériatrie, service de soins continus des HUG. Par pli du 11 décembre 2009, la Dresse G _____, médecin auprès des HUG en charge de l'assurée, a fait une demande de prolongation de garantie auprès de l'assureur pour soins continus jusqu'au 15 janvier 2010. Les problèmes, diagnostics et traitements relevant étaient : tétraparésie spastique compliquée d'un flexium irréductible des hanches et des genoux, escarre lombo-sacrée de stade IV colonisée par des bactéroïdes fragilis et streptococcus agalactiae du groupe B, cholestase anictérique et cytolysse chronique, status post hémorragie sous-arachnoïdienne sur rupture d'anévrisme péri-caleux gauche (janvier 2009) traité par embolisation et angioplastie, avec aphasie, troubles cognitifs, incontinence double et tétraparésie spastique, hydrocéphalie secondaire traitée par dérivation ventriculo-péritonéale frontale droite en avril 2009, probable trouble dépressif, poursuite du traitement antispastique, adaptation du traitement antalgique, suivi psychiatrique et adaptation du traitement anti-dépresseur, poursuite de la prise en charge en physiothérapie et ergothérapie, soins de l'escarre et suivi par l'équipe spécialisée. Le médecin a ajouté que l'assurée présentait des symptômes sévères avec pertes totales d'activité fonctionnelle. Au vu de l'état de santé actuel et des soins requis, la prise en charge ne pouvait toujours pas être poursuivie dans un autre lieu de réhabilitation ou ambulatoirement. Le pronostic était : pathologies chroniques et/ou risque de limitation permanente dans la vie quotidienne : nécessité éventuelle d'un transfert ultérieur en unité de soins continus ou en secteur C (EMS ; lits de fin de traitement), ou retour à domicile nécessitant la mise en place d'un (renforcement de l') encadrement ambulatoire. Les raisons médicales justifiant la prolongation de l'hospitalisation actuelle étaient les suivantes : suivi des constantes vitales et adaptations thérapeutiques nécessitant des soins stationnaires, séances de physiothérapie/rééducation spécialisée intensive, soins complexes (p.ex. soins de plaies, aspirations trachéales). La Dresse G _____ certifiait que cette prise en charge était actuellement médicalement justifiée et conforme aux exigences de la LAMal. Si un retour à domicile ou un transfert dans un secteur « C » (EMS, lits de fin de traitement) ne pouvait être réalisé au 15 janvier 2010 au plus tard, une nouvelle demande devrait alors être adressée à l'assureur. Par pli du 15 décembre 2009, l'assureur a informé les HUG qu'à compter du 4 décembre 2009, il ne prenait en charge que le tarif EMS, soit 159 fr. 65 par jour. Le 14 janvier 2010, la Dresse G _____ a fait une nouvelle demande de prolongation pour soins continus jusqu'au 14 février 2010. Elle a indiqué que les problèmes, diagnostics et traitements relevant étaient les suivants : une escarre lombo-sacrée stade IV avec une évolution défavorable depuis une semaine, flexium irréductible des hanches et des genoux dans un contexte de tétraparésie spastique status post hémorragie sous-arachnoïdienne sur

rupture d'anévrisme péri-caleux gauche (janvier 2009) traitée par embolisation et angioplastie, avec aphasie, troubles cognitifs, incontinence double et tétraparésie spastique, trouble anxio-dépressif, soins de l'escarre au quotidien et suivi par l'équipe spécialisée des plaies et cicatrisations, adaptation du traitement antalgique et poursuite du traitement antispastique, poursuite de la prise en charge par ergothérapie (adaptation régulière du positionnement au fauteuil et au lit), poursuite de la physiothérapie, mobilisation passive et prévention de la péjoration du flexium des hanches et des genoux. L'assurée présentait à ce moment-là des symptômes sévères avec pertes totales d'activité fonctionnelle. Au vu de l'état de santé actuel et des soins requis, la prise en charge ne pouvait toujours pas être poursuivie dans un autre lieu de réhabilitation ou ambulatoirement. Le pronostic était : pathologies chroniques et/ou risque de limitation permanente dans la vie quotidienne : nécessité éventuelle d'un transfert ultérieur en unité de soins continus ou en secteur C (EMS ; lits de fin de traitement), ou retour à domicile nécessitant la mise en place d'un (renforcement de l') encadrement ambulatoire. Les raisons médicales justifiant la prolongation de l'hospitalisation actuelle étaient les suivantes : suivi des constantes vitales et adaptations thérapeutiques nécessitant des soins stationnaires, séances de physiothérapie/rééducation spécialisée intensive, soins complexes (p.ex. soins de plaies, aspirations trachéales). La Dresse G_____ certifiait que cette prise en charge était actuellement médicalement justifiée et conforme aux exigences de la LAMal. Si un retour à domicile ou un transfert dans un secteur « C » (EMS, lits de fin de traitement) ne pouvait être réalisé au 14 février 2010 au plus tard, une nouvelle demande devrait alors être adressée à l'assureur. L'assureur a prolongé la garantie de prise en charge au tarif EMS. Le 9 mars 2010, la Dresse G_____ s'est entretenu avec le médecin conseil de l'assureur. L'assurée est restée à l'Hôpital de Loëx jusqu'au 17 mars 2010, date de son transfert au sein de l'EMS X_____. Le 9 avril 2010, les HUG ont informé l'assurée que malgré l'intervention de leur médecin auprès du médecin-conseil de l'assureur, celui-ci avait maintenu sa position. Par courrier du 28 juillet 2010, l'assurée a indiqué à l'assureur qu'elle contestait la fin de la prise en charge du tarif hospitalier dès le 4 décembre 2009. Cette position était contraire à la garantie adressée aux HUG le 1^{er} décembre 2009, pour une période de 3 semaines dès le 30 novembre 2009. Par décision du 10 août 2010, l'assureur a confirmé sa position, précisant toutefois qu'au vu de la garantie du 1^{er} décembre 2009, les frais hospitaliers étaient pris en charge jusqu'au 20 décembre 2009. L'hospitalisation en soins aigus n'était par contre plus justifiée à compter du 21 décembre 2009. L'entretien téléphonique du médecin conseil avec la Dresse G_____ n'avait pas apporté de nouveaux éléments. Par opposition du 13 août 2010, l'assurée a contesté la position de l'assureur. Par décision sur opposition du 26 avril 2011, l'assureur a maintenu sa décision. Suite à l'avis du 16 avril 2011 de son médecin conseil, le Dr H_____, l'assureur était arrivé à la conclusion que la nécessité d'hospitalisation n'était plus justifiée à partir du 21 décembre 2009. Selon l'assureur, des troubles de la santé soudains, en général rapides et à évolution sévère qui nécessitent à court terme des soins médicaux intensifs ou un encadrement de soins justifient une hospitalisation. Dans tous les cas et comme pour un traitement courant, la phase aiguë dure aussi longtemps qu'une amélioration de l'état de santé peut encore être obtenue, ce qui, en l'occurrence, n'était plus présumable à partir du 21 décembre 2009. L'assureur maintenait sa décision selon laquelle il ne prenait en charge que les coûts correspondants au tarif d'un home médicalisé. Par avis du 16 avril 2011, le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine légale, médecin-conseil, a noté notamment que suite à l'hémorragie du 9 janvier 2009, l'assurée avait été traitée dans plusieurs cliniques

des HUG, sans que des progrès significatifs ne soient documentés. Fin novembre 2009, près de onze mois après l'événement fatal, l'objectif de la poursuite du traitement s'avérait être la mobilisation dans le fauteuil roulant ainsi que le traitement de l'incontinence et des escarres de décubitus, des mesures qui sont loin de l'objectif d'un mode de vie autonome ou au moins partiellement autonome. A l'évidence, l'état de santé de l'assurée, bien que faible, s'était plutôt bien stabilisé jusqu'à présent. Par conséquent, on pouvait logiquement en conclure que la patiente était en premier lieu fortement dépendante de soins et que son état général de santé était entretemps plutôt stable. Le retour à un mode de vie autonome n'était plus la priorité des mesures thérapeutiques, mais bien l'entretien et le maintien des fonctions restantes, lesquelles n'avaient pas montré d'améliorations essentielles. Au plus tard, dès le transfert à Loëx le 4 décembre 2009, l'assurée aurait donc aussi pu être mobilisée et soignée dans un home médical spécialisé pour personnes nécessitant des soins lourds. Par acte du 31 mai 2011, l'assurée a interjeté recours contre la décision, concluant à l'annulation de la décision en tant qu'elle refuse la prise en charge hospitalière du 21 décembre 2009 au 17 mars 2010. La recourante fait valoir que jusqu'à la date de son transfert en EMS, son hospitalisation était nécessaire. Par réponse du 16 juin 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision sur opposition. L'appréciation de son médecin conseil paraissait cohérente et plus convaincante que celle des médecins des HUG. Par ordonnance du 30 septembre 2011, la Cour de céans a appelé en cause les HUG et leur a imparti un délai pour se déterminer. Le 12 octobre 2011, la Cour de céans a entendu la Dresse G_____. Elle a expliqué que les deux objectifs principaux lors du transfert de la recourante à l'Hôpital de Loëx le 4 décembre 2009 étaient les suivants : la recourante présentait une escarre sacrée importante qui nécessitait une surveillance quotidienne avec changement de pansements tous les jours. Le deuxième était la poursuite du traitement de physiothérapie et d'ergothérapie pour maintenir les capacités motrices et éviter les complications dues à la spasticité que la recourante présentait. Le témoin intervenait personnellement auprès de la patiente une fois par semaine. Pour les plaies et la cicatrisation, elle était suivie par une équipe spécialisée des HUG, qui comportait des médecins en chirurgie plastique. A la fin janvier 2010, l'état de santé s'est aggravé, l'escarre était plus importante avec un écoulement. La recourante avait dû être transférée aux HUG pour un examen spécialisé afin de déterminer une attitude thérapeutique. Le témoin avait demandé le 11 décembre 2009 à l'intimée une prolongation de la prise en charge à l'hôpital car elle avait estimé que le séjour était médicalement nécessaire. Elle avait refait un certificat le 14 janvier 2010 expliquant qu'il était toujours nécessaire que la patiente reste dans la structure hospitalière. Le 10 mars 2010, elle avait expliqué de vive voix la situation au médecin conseil, qui était toutefois resté sur sa position, à savoir que la recourante devait aller en EMS ; selon lui il était nécessaire d'initier le projet de placement en EMS. Or, ce projet avait été initié bien avant que la recourante n'arrive à l'Hôpital de Loëx. Le témoin a expliqué qu'en août et septembre 2009, la recourante se trouvait dans l'unité de rééducation motrice. Au vu de l'échec de cette rééducation, un traitement plus agressif avait été tenté, qui n'avait pas donné de résultats. Le traitement chirurgical avait été récusé par l'orthopédiste. C'est à partir de ce moment-là que la discussion en vue d'un placement en EMS avait commencé. La Dresse G_____ a déclaré qu'à fin janvier 2010, elle avait eu un entretien avec la famille de la recourante ; le témoin savait qu'il y avait un problème asséculoologique, mais ce qui la préoccupait à ce moment-là, c'était la situation médicale de la recourante, qui n'était pas stable. La recourante allait moins bien, elle était très douloureuse, il a fallu adapter le

traitement antalgique. De même, la médication contre la spasticité administrée par voie orale a entraîné des complications, notamment une perturbation des tests hépatiques, le témoin avait aussi dû adapter le traitement à cet égard. Les médecins avaient été actifs du point de vue des soins jusqu'à son départ en EMS, ils n'avaient pas jugé que la recourante pouvait entrer en EMS avant le 17 mars 2010. Le témoin a encore précisé que les soins administrés n'auraient pas pu être donnés en EMS, car la recourante nécessitait une prise en charge globale ainsi qu'une prise en charge psychiatrique, assistée également par des psychologues, jusqu'à son entrée en EMS. Le témoin a ajouté qu'avant le mois de mars 2010, il était trop tôt pour que la recourante entre en EMS. En janvier 2010, son état de santé s'était aggravé, elle faisait de la physiothérapie deux fois par semaine, de l'ergothérapie deux fois par semaine aussi, en chambre. Des séances de physiothérapie pouvaient se faire en EMS, mais pas comme à l'hôpital ; il en allait de même pour l'ergothérapie. S'agissant de l'escarre, la patiente était entrée en EMS avec une escarre diminuée - un diamètre de 0,5 cm et 1 mm de profondeur - propre, au lieu d'un diamètre de 3 cm et 4 cm de profondeur lors de son entrée à l'Hôpital de Loëx en décembre 2009. Même s'il y avait eu de la place en EMS, le témoin n'aurait pas laissé partir la patiente avant le mois de mars. Elle avait informé Mme K_____ le 12 mars 2010 que l'intimée n'acceptait pas de prendre en charge les frais au tarif hospitalier. Enfin, le témoin a produit la demande d'admission dans l'EMS remplie par ses soins le 2 février 2010. Selon cette demande d'admission, la recourante ne nécessitait plus de soins en milieu hospitalier. A titre d'antécédents personnels et hospitalisations, la Dresse G_____ avait joint à cette demande, un rapport établi le 9 décembre 2009 par les Drs F_____, I_____ et AA_____ du service de neurorééducation de l'Hôpital Beau-Séjour à l'attention du service des soins continus de Loëx, département de réhabilitation et gériatrie. Selon ce rapport, la recourante avait séjourné à BEAU-SEJOUR du 29 septembre au 4 décembre 2009. Après avoir listé les diagnostics connus, les antécédents et les comorbidités, les médecins ont noté que les indications à la rééducation étaient : physiothérapie, ergothérapie et neuropsychologie avec logopédie dans le but d'amélioration fonctionnelle de l'indépendance aux activités de la vie quotidienne, le traitement de la spasticité et test au Baclofène intrathécal, le traitement de l'escarre sacrée. S'agissant de celle-ci, l'évolution avait été progressivement favorable grâce à l'adaptation du fauteuil roulant, ainsi qu'au traitement de l'incontinence fécale par la ritualisation de l'évacuation des selles, associés à la mobilisation régulière et le pansement quotidien. La recourante quittait leur service le 4 décembre 2009 pour être transférée à l'Hôpital de Loëx et des démarches étaient en cours à la recherche d'un EMS. Enfin, les propositions de suivi étaient la poursuite de la physiothérapie dans le but d'entretien de la mobilité et un suivi neurochirurgical de la dérivation ventriculo-péritonéale. Par pli du 31 octobre 2011, l'intimée a requis l'audition du Dr AB_____, médecin répondant auprès de l'EMS X_____. Le 7 décembre 2011, la Cour de céans a entendu ce médecin. Il a expliqué qu'il arrivait que des patients présentent des escarres, auquel cas, il disposait d'infirmières spécialisées qui sont en mesure de déterminer s'il faut un traitement plus intensif, voire une hospitalisation ; tout dépendait du type d'escarre. Certaines exigeaient des moyens spéciaux, tels que des matelas très spécifiques, voire des hospitalisations en milieu spécialisés. Dans son établissement, il y avait deux physiothérapeutes qui travaillaient en tant que consultant. Elles dispensaient des traitements pour des problèmes ponctuels, il ne s'agissait pas de traitements réguliers, ni d'une rééducation. La physiothérapie était dispensée au maximum à raison de deux séances par semaine. A Genève, il y a environ deux ans d'attente pour les personnes souhaitant ou

devant entrer en EMS. Sur le plan médical, c'est le médecin en charge du patient aux HUG ou le médecin traitant qui donne le feu vert pour l'entrée en EMS. Lorsqu'un résident voit son état de santé aggravé, il est possible que son transfert soit ordonné. Si l'état de santé est jugé peu stable par le médecin hospitalier sur le plan hémodynamique, il ne pouvait pas l'admettre, car cela nécessite un traitement intensif, des soins aigus. S'il est peu stable sur le plan psychique, il pouvait l'admettre pour autant qu'il n'y ait pas de risques suicidaires avec danger de passage à l'acte. Il convenait de déterminer quel est le bon moment pour transférer le patient en EMS. Lorsqu'un patient séjourne à l'hôpital, dans un service de rééducation, qu'il bénéficie de soins quotidiens, il convient de voir à quel moment il atteint une phase « plateau » ou que les soins ne seraient plus nécessaires quotidiennement ; c'est à ce moment-là qu'un transfert en EMS peut être décidé, car l'EMS pouvait prendre le relais. Il a indiqué que l'équipe infirmière peut donner des soins médicaux infirmiers pour une petite partie des résidents, de manière ponctuelle. Les personnes en EMS sont a priori des personnes qui ont des problèmes de santé stabilisés qui ne nécessitent pas de soins infirmiers quotidiens. Si un résident tombe malade et qu'il nécessite des soins médicaux quotidiennement, c'est possible de les dispenser dans l'EMS ponctuellement. Si c'était la règle, ce ne serait pas un EMS, mais un hôpital. Un EMS peut traiter une escarre, mais tout dépend du type d'escarre. Par écriture du 25 janvier 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions tendant à la prise en charge par l'intimée du séjour du 21 décembre 2009 au 17 mars 2010, relevant en substance que les témoignages avaient démontré qu'elle avait nécessité des soins qui devaient être prodigués en milieu hospitalier. Par écriture du 27 janvier 2012, l'intimée persiste également dans ses conclusions. L'intimée considère qu'au plus tard dès le transfert de la recourante à Loëx le 4 décembre 2009, son état de santé était stabilisé, sans perspective d'amélioration, de sorte que la recourante aurait donc aussi pu être mobilisée et soignée dans un home médical spécialisé pour personnes âgées nécessitant des soins lourds, dont le coût journalier est largement inférieur au tarif d'hospitalisation pratiqué par les HUG. L'intimée relève n'avoir pris aucun engagement à l'égard des HUG concernant la prise en charge des frais d'hospitalisation dès le 4 décembre 2009. Lors de son audition, la Dresse G _____ avait produit une demande d'admission dans un EMS datée du 2 février 2010, accompagnée d'une lettre de sortie datée du 9 décembre 2009 signée par les Drs F _____, AA _____ et AC _____. S'agissant de l'escarre, la lettre de sortie du 9 décembre 2009, l'évolution avait été progressivement favorable. Le Dr AB _____ avait confirmé que son EMS disposait d'infirmières spécialisées disposant de la formation pour déterminer les soins à prodiguer pour l'escarre sacrée, notamment pour décider la nécessité d'un traitement plus intensif, voire une hospitalisation. Il a également confirmé que les pensionnaires pouvaient bénéficier sur place de séances de physiothérapie à raison, au maximum, de deux séances par semaine. L'intimée rappelle avoir refusé de prendre en charge les frais d'hospitalisation au-delà du 21 décembre 2009. Or, à cette date, l'état de santé de la recourante était stabilisé, sans espoir d'amélioration. Partant, l'assurance obligatoire des soins n'avait plus à prendre en charge des frais d'hospitalisation. Par ailleurs, l'avis de l'intimée n'est pas contesté par tous les médecins de la recourante, mais uniquement par la Dresse AE _____, qui n'est pas l'auteur de la lettre de sortie du 9 décembre 2011. Cette lettre de sortie retenait clairement que l'état de santé de la patiente était stabilisé à cette date et qu'une entrée en EMS était possible. C'était donc clairement un problème d'organisation du placement qui est à l'origine du maintien en milieu hospitalier de la recourante et non son état de santé. Par ailleurs, les déclarations de la Dresse AD _____ s'agissant d'une prétendue aggravation, soudaine, de l'état de santé de la

recourante en janvier 2010, n'est pas documentée et ne l'a jamais été. Elle avait personnellement rempli la demande d'admission à l'EMS le 2 février 2010, sans faire mention d'une quelconque péjoration par rapport au tableau clinique dressé par la lettre de sortie du 9 décembre 2009, s'agissant en particulier des soins à prodiguer à la recourante en raison de l'escarre sacrée. Enfin, selon cette demande, la recourante ne nécessitait pas de soins particuliers justifiant la poursuite de son hospitalisation. Par écriture du 27 janvier 2012, les appelés en cause s'en rapportent à justice s'agissant de la compétence de la Cour de céans et de leur appel en cause. Sur le fond, ils concluent sous suite de dépens à l'annulation des décisions de l'intimée des 10 septembre (recte : août) 2010 et 26 avril 2011 et à la prise en charge par l'intimée des frais d'hospitalisation au tarif de 270 fr. par jour du 21 décembre 2009 au 17 mars 2010. Les pièces produites et l'audition de la Dresse G_____ démontraient que l'état de santé de la recourante, non seulement justifiait mais imposait la poursuite de son hospitalisation au-delà du 21 décembre 2009 et qu'ainsi, pour des raisons médicales, le traitement et les soins prodigués à la recourante ne pouvaient être réalisés qu'en milieu hospitalier. Par pli du 31 janvier 2012, complété par écriture du 2 mars 2012, l'intimée conclut à l'irrecevabilité, pour cause de tardiveté, des conclusions des appelés en cause en tant qu'elles sont dirigées contre les décisions du 10 septembre (recte : août) 2010 et du 26 avril 2011 et au rejet de leurs conclusions. Elle persiste par ailleurs dans ses conclusions s'agissant du recours. Les appelés en cause avaient accepté, par actes concluants les décisions litigieuses, en s'abstenant de toute opposition ou recours dès la connaissance de la position de l'intimée. Contrairement à ce que prétendaient les appelés en cause, le Dr AB_____ n'avait nullement affirmé que l'escarre résiduelle aurait nécessité des soins spécifiques, uniquement disponibles en milieu hospitalier. Depuis le 17 mars 2010, la recourante n'avait pas quitté l'EMS, donc les soins y étaient adaptés. Par ailleurs, plus de trois mois s'étaient écoulés entre la lettre de sortie du 9 décembre 2009 et le transfert en EMS le 17 mars 2010. Ce retard n'était aucunement justifié par l'état de santé de la recourante, stabilisé vraisemblablement depuis août/septembre 2009 selon le témoin. La prétendue aggravation de l'état de santé en janvier 2010 n'était ni documentée, ni confirmée par les enquêtes. Les appelés en cause n'avaient jamais informé l'intimée de cette prétendue péjoration de l'état de santé en janvier 2010. Ils avaient violé leur devoir d'information en n'avisant que tardivement la recourante, le 12 mars 2010, du refus de l'intimée de limiter la couverture au tarif EMS. Ce fait avait entraîné leur déchéance du droit au paiement des prestations facturées au tarif des prestations non soumises à la LAMal. Elle rappelle avoir payé au tarif LAMAL jusqu'au 20 décembre 2009, puis le forfait journalier de 70 fr. du 21 décembre 2009 au 17 mars 2010, correspondant au tarif EMS médicalisé. Après avoir adressé une copie de cette écriture aux parties, la Cour de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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 global (art. 43 à 55 LAMal). Interjeté dans les forme et délai prévus par loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). L'intimée conclut à l'irrecevabilité des conclusions des appelés en cause en tant qu'elles tendent à l'annulation de la décision du 10 août 2010

et de la décision sur opposition du 26 avril 2011, au motif qu'ils ne les ont pas contestées à temps. En l'occurrence, on ne saurait reprocher aux appelés en cause de ne pas avoir contesté les décisions précitées rendues par l'intimée puisque celles-ci portent exclusivement sur les rapports juridiques entre la recourante et l'intimée. On relèvera que l'intimée ne les a, au demeurant, pas notifiées aux appelés en cause, de sorte que ceux-ci n'étaient pas en mesure, quoiqu'il soit, de les contester. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée doit prendre en charge les frais d'hospitalisation de la recourante du 21 décembre 2009 au 17 mars 2010. 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). Aux termes de l'art. 41 al. 1 bis 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. 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. Selon l'art. 49 al. 4 LAMal, la rémunération allouée en cas d'hospitalisation 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 ou les soins à domicile. Il peut toutefois convenir avec l'établissement médico-social d'un mode

de rémunération forfaitaire. L'art. 49, al. 7 et 8, est applicable par analogie. Le droit à des prestations pour un traitement en milieu hospitalier implique qu'un tel traitement soit nécessaire. D'après la jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA, le seul fait de séjourner dans un établissement hospitalier ne suffit pas à ouvrir droit aux prestations. Les caisses répondent toutefois de toute hospitalisation rendue indispensable par l'état malade de leurs assurés lorsque cet état nécessite, non pas forcément un traitement médical, mais simplement un séjour en milieu hospitalier. L'intensité des traitements médicaux qu'exige la maladie n'est pas l'unique critère pour décider si l'état de santé justifie une hospitalisation, 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. Dès lors, le droit aux prestations d'hospitalisation n'existe pas si une hospitalisation a lieu uniquement pour des motifs sociaux, c'est-à-dire si l'assuré n'est pas malade au sens de la loi sur l'assurance-maladie ou si l'ensemble du traitement médical et des autres soins nécessités par sa maladie ne justifie pas un séjour à l'hôpital (ATF 115 V 48 consid. 3b/aa; RAMA 1991 no K 863 p. 78 consid. 2a et la jurisprudence citée). Il est admis que cette jurisprudence conserve toute sa valeur sous le régime de la LAMal en ce qui concerne les établissements et leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal (ATF 125 V 179 consid. 1b; RAMA 1998 no KV 34 p. 289; Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch.136 ss; Duc, L'établissement médico-social et la LAMal, in : LAMal-KVG : Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 313 et 316. ; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, p. 71 note 181; voir aussi ATF 124 V 365 consid. 1b). 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). 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 (ATFA non publié 9C_276/2011 du 3 janvier 2012, consid. 3.1). 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. 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 9C_276/2011 du 3 janvier 2012, consid. 3.1). 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). 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). Par conséquent, le caractère économique du traitement n'autorise un séjour dans un hôpital pour patients atteints de maladie aiguë, au tarif des établissements hospitaliers, qu'aussi longtemps qu'un tel séjour est rendu nécessaire par le but du traitement (ATF 124 V 364 consid. 1). 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). Toutefois, conformément à la jurisprudence rendue du temps de la LAMA, il convient, si nécessaire, d'accorder à l'assuré séjournant dans un hôpital pour patients atteints d'une affection aiguë une brève période d'adaptation pour lui permettre de se rendre dans un établissement médico-social ou une division de ce type (ATF 124 V 366 consid. 2c). 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 recouvrer 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). 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 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). Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). En l'occurrence, il ressort des déclarations de la Dresse G _____ qu'au moment de l'entrée de la recourante à l'Hôpital de Loëx le 4 décembre 2009, celle-ci présentait une escarre sacrée importante (degré IV) - d'un diamètre de 3 cm et de 4 cm de profondeur - qui nécessitait une surveillance quotidienne avec changement de pansements tous les jours. Il résulte en outre de son rapport du 11 décembre 2009 adressé à l'intimée, que l'escarre était colonisée par des bactéroïdes fragilis et streptococcus agalactiae du groupe B (pièce 20/30 chargé intimée). Par ailleurs, selon les déclarations de ce médecin, pour ce traitement, la recourante était suivie par une équipe spécialisée, comprenant des médecins en chirurgie plastique. En outre, la recourante devait également poursuivre le traitement de physiothérapie et d'ergothérapie pour maintenir les capacités motrices et éviter les complications dues à la spasticité. De surcroît, la recourante était prise en charge sur le plan psychiatrique et assistée également par des psychologues. Force est dès lors de constater que la recourante présentait, déjà à son entrée à l'Hôpital de Loëx, un besoin de prise en charge globale et de soins médicaux qui ne pouvaient être pratiqués de manière appropriée que dans un hôpital. Ensuite, dès janvier 2010, l'état de santé de la recourante s'est aggravé sur plusieurs points. La Dresse G _____ a en effet expliqué par-devant la Cour de céans que sa patiente allait moins bien et était très douloureuse, au point que le traitement antalgique avait dû être adapté. Par ailleurs, la médication contre la spasticité avait entraîné des complications, soit une perturbation des tests hépatiques, de sorte que le traitement avait également dû être adapté par ce médecin. Enfin et surtout, l'escarre était devenue plus importante, avec un écoulement, qui a nécessité le transfert aux HUG pour un examen spécialisé afin de déterminer une attitude thérapeutique. Au vu des déclarations convaincantes et détaillées fournies par le témoin, la Cour de céans ne saurait mettre en doute l'aggravation de l'état de santé à compter de janvier 2010, comme le fait valoir l'intimée. On relèvera que ces explications sont corroborées par la demande de prolongation du 14 janvier 2010 établie par la Dresse G _____, dans laquelle elle a relevé notamment que l'escarre présentait une évolution défavorable depuis une semaine. Cette demande de prolongation ayant été adressée à l'intimée, celle-ci ne saurait prétendre, comme elle fait, qu'elle n'a pas été dûment informée de l'existence d'une complication. On ajoutera encore que la Dresse G _____ a confirmé par-devant la Cour de céans que les soins administrés ne pouvaient pas être donnés dans un EMS, étant précisé que les médecins avaient d'ailleurs été actifs du point de vue des soins jusqu'au 17 mars 2010, et qu'avant cette date, il était trop tôt pour que la recourante entre dans un EMS, ajoutant que même si une place en EMS avait été disponible, elle n'aurait pas laissé partir la recourante avant le mois de mars 2011. Au vu de ces éléments, force est de constater que l'aggravation de l'état de santé de la recourante dès janvier 2010 a rendu son hospitalisation d'autant plus

indispensable dans la mesure où la recourante nécessitait alors un encadrement médical et soignant encore plus soutenu qu'au moment de son entrée à l'Hôpital de Loëx. Ce n'est ainsi pas un problème d'organisation du placement en EMS qui est à l'origine du maintien en milieu hospitalier de la recourante, mais bien son état de santé. Les autres pièces médicales du dossier ne conduisent pas à une autre appréciation du cas. Il en va ainsi, en particulier, de l'avis du Dr H _____ du 16 avril 2011 dont les conclusions ne sont pas convaincantes. En effet, celui-ci a considéré qu'à compter du 4 décembre 2009, date du transfert à l'Hôpital de Loëx, l'état de santé de la recourante était stabilisé et que les mesures thérapeutiques n'avaient pas pour but une amélioration, de sorte que le maintien à l'hôpital ne se justifiait pas. Or, contrairement à ce qu'indique ce médecin, il est dûment établi que l'état de santé de la recourante n'était pas stabilisé lors de son entrée à l'Hôpital de Loëx, qu'il s'est même notablement aggravé dès janvier 2010 et que les mesures thérapeutiques ont permis d'améliorer en particulier la grandeur et la profondeur de l'escarre sacrée. Le rapport de sortie du 9 décembre 2009 établi par les Drs F _____, AC _____ et AA _____ ne permet pas non plus de retenir l'absence d'indication hospitalière pour la période litigieuse du 21 décembre 2009 au 17 mars 2010, comme le voudrait l'intimée, puisque ce rapport porte sur le séjour hospitalier effectué par la recourante du 28 septembre au 4 décembre 2009. Certes, ce rapport fait-il mention d'un placement dans un EMS, corroborant ainsi l'explication de la Dresse G _____ selon laquelle un tel placement avait effectivement été discuté avant le transfert de la recourante à l'Hôpital de Loëx. Il n'en demeure pas moins que des traitements et des soins dans une structure hospitalière étaient encore nécessaires non seulement au moment de son entrée à l'Hôpital de Loëx - ne serait-ce qu'en raison de la grandeur et de la profondeur de l'escarre sacrée - mais également dès janvier 2010, vu que son état de santé s'est alors aggravé, de sorte qu'un transfert en EMS n'était alors pas adéquat. A cet égard, le Dr AB _____ a confirmé lors de son audition que lorsqu'un patient séjourne à l'hôpital et qu'il bénéficie de soins quotidiens, il convient de déterminer le bon moment pour un transfert en EMS, à savoir lorsque le patient atteint une phase « plateau » ou que les soins ne sont plus nécessaires quotidiennement. Enfin, la Dresse G _____ a versé à la procédure une demande d'admission dans un EMS, qui n'est pas datée. Selon ses propres déclarations, cette demande a été établie par ses soins le 2 février 2010. Il y est fait notamment état de ce que la recourante ne nécessitait plus de soins en milieu hospitalier. La Cour de céans est d'avis que quand bien même tel aurait été le cas à cette date-là - la Dresse G _____ ayant tout de même expliqué lors de son audition que les médecins avaient été actifs du point de vue des soins jusqu'au départ de la recourante en EMS le 17 mars 2010 - il y avait lieu d'accorder à la recourante une brève période d'adaptation pour lui permettre de se rendre dans un EMS, conformément à la jurisprudence susmentionnée. En conséquence, au vu des pièces versées au dossier et de l'instruction menée par la Cour de céans, il y a lieu de retenir que la nécessité d'un traitement hospitalier est établie pour la période du 21 décembre 2009 au 17 mars 2010. L'intimée n'était ainsi pas fondée à limiter ses prestations à la prise en charge des frais correspondant à un séjour en EMS. Enfin, l'intimée est d'avis que les appelés en cause ont informé tardivement la recourante de son refus de prendre en charge les frais hospitaliers, de sorte qu'ils seraient déchus de leur droit au paiement des prestations. La Cour de céans ne saurait toutefois examiner ce grief, étant rappelé que seul est compétent le tribunal arbitral pour juger des éventuels litiges survenant entre l'intimée - assureur - et les appelés en cause - fournisseur de prestations -, ce conformément à l'art. 89 LAMal. Eu égard à ce qui précède, le recours sera admis, les décisions litigieuses annulées,

la recourante ayant droit à la prise en charge par l'intimée de son séjour à l'Hôpital de Loëx du 21 décembre 2009 au 17 mars 2010, au tarif hospitalier. La recourante obtenant gain de cause, elle 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 3'500 fr. pour la recourante et à 1'500 fr. pour les appelés en cause. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision du 10 août 2010 et la décision sur opposition du 26 avril 2011 en tant qu'elles limitent la prise en charge des frais hospitaliers au 20 décembre 2009. Dit que l'intimée doit prendre en charge les frais d'hospitalisation au tarif hospitalier du 21 décembre 2009 au 17 mars 2010. Condamne l'intimée à verser une indemnité de dépens de 3'500 fr. à la recourante et de 1'500 fr. aux appelés en cause. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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