

GE_GERICHTE A/1706/2010 vom 29. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1706_2010

FR: GE_GERICHTE A/1706/2010 du 29 mars 2011

IT: GE_GERICHTE A/1706/2010 del 29 marzo 2011

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame S _____, domiciliée à Plan-les-Ouates, représentée par ses tuteurs, Madame SM _____ et Monsieur SH _____ et comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître HALPERIN Michel recourante contre INTRAS ASSURANCE MALADIE SA, Société du groupe CSS; case postale 2568, 6002 Lucerne intimé EN FAIT Madame S _____ (ci-après l'assurée), née en 1957. est assurée auprès de INTRAS ASSURANCE MALADIE SA (ci-après la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins. L'assurée souffre de troubles psychotiques depuis 1975, ayant entraîné de nombreuses hospitalisations entre 1990 et 1997, dont 26 à la clinique psychiatrique de Belle Idée (ci-après la clinique) de l'Hôpital universitaire de Genève (HUG) selon l'attestation du Dr A _____ du 15 mars 2002. Elle est sous la tutelle de sa sœur, Madame SM _____ (ci-après la tutrice), depuis le 1^{er} juillet 1988 et également de son père, Monsieur SH _____ cotuteur depuis le 15 mai 2009. Dès le 9 février 1995, l'assurée a été placée au foyer X _____ dans le canton de Vaud. Sur une durée d'un peu moins d'un an de séjour, elle a été hospitalisée à la clinique près de 200 jours. L'assurée a séjourné à la clinique du 1^{er} janvier 1996 au 3 novembre 1997, puis elle a été placée au foyer Y _____ en Valais dès le 4 novembre 1997. Quelques hospitalisations à l'hôpital psychiatrique de Malévaux ont été nécessaires, mais le séjour au foyer se déroulait relativement bien selon l'attestation précitée du 15 mars 2002. Le 14 janvier 2003, l'assurée a été admise en urgence à l'hôpital de Martigny, suite à une défenestration du foyer, selon le courrier de la Dresse B _____, cheffe de clinique au département de psychiatrie des HUG du 9 avril 2003. L'hôpital de Martigny sollicitait, en raison d'un suivi de psychiatrie de liaison insuffisant, une admission en urgence de la patiente, afin de pouvoir prendre en charge conjointement son problème orthopédique et son état délirant. Selon le rapport du 13 avril 2003 des HUG, la patiente souffre de schizophrénie paranoïde et d'une fracture du tibia ouverte, traitée par un fixateur externe. L'anamnèse rappelle que la patiente était en foyer, en raison d'une schizophrénie paranoïde difficilement contrôlée. Lors d'un épisode psychotique floride, elle a sauté d'une fenêtre - elle pensait qu'on voulait la tuer - et elle s'est fait une fracture ouverte du tibia. Après deux opérations et une antibiothérapie, la patiente est transférée en milieu psychiatrique, présentant toujours une décompensation psychotique. L'assurée est admise en entrée non volontaire dès le 14 avril 2003 dans le service de psychiatrie adulte (UPHA) des HUG, par décision de placement à des fins d'assistance, selon les art. 397a et suivants CCS. L'assurée a été transférée à la clinique le 19 janvier 2004 et placée à l'unité des Lilas pour la poursuite du traitement psychiatrique. Au cours de l'automne 2006, un assistant social de l'unité des Lilas a contacté le directeur du foyer Z _____, anciennement assistant social de la clinique, pour lui indiquer que l'assurée pourrait éventuellement, en cas de stabilisation durable de son état, être proposée à l'hébergement dans le foyer, destiné à accueillir des

personnes atteintes psychiquement, à la condition qu'elles soient stabilisées et suivies par le réseau médico-social. Par pli du 11 janvier 2007 adressé au Tribunal tutélaire, les Drs D_____ et E_____, médecins auprès du département de psychiatrie des HUG, ont signalé que le projet de placement de l'assurée au foyer Z_____ avait fait l'objet d'une fin de non-recevoir de la part de la tutrice de l'assurée, laquelle préférait maintenir sa pupille dans un environnement hospitalier. Cette position semblait aux médecins disproportionnée et préjudiciable à la qualité de vie de la patiente. Selon eux, les périodes d'hospitalisation devraient être ponctuelles, réservées à des moments de crise et suivies d'une réintégration d'un lieu de vie adapté. La proposition d'inscrire la patiente au foyer Z_____ avait été refusée par la tutrice. Les médecins ajoutaient que la position de cette dernière, à la fois sœur et tutrice, la mettait dans un conflit d'intérêts. Les médecins ont noté une grande amélioration de l'état de santé, malgré la persistance de fluctuations dues à la pathologie de base, estimant que l'état de santé de la patiente pouvait permettre une sortie de l'hôpital, de manière très progressive. La tutrice a confirmé au Tribunal tutélaire son opposition à un placement, ne permettant pas de garantir la sécurité de sa sœur, en raison du caractère ouvert du foyer. Sur ce, le Tribunal tutélaire a entrepris d'instruire la requête des médecins. Entretemps, la demande de sortie définitive de la clinique formée par l'assurée le 12 février 2007 a été refusée par la Dresse D_____, psychiatre auprès de la clinique, le 13 février 2007. Le refus a été confirmé à l'assurée par décision de la commission du surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 15 février 2007, motif pris que son état de santé lui faisait courir un risque auto-agressif immédiat justifiant la poursuite de l'hospitalisation. Par pli du 4 mars 2008, la caisse a informé les HUG que, sur la base des informations en sa possession, l'état de santé de l'assurée ne justifiait plus de traitement et de soins en milieu hospitalier, de sorte que la prise en charge des coûts était limitée à 70 fr. par jour dès 1^{er} avril 2008. Cette position a été confirmée par pli du 19 mai 2008, sur la base des renseignements obtenus du médecin conseil de la caisse. Compte tenu de la procédure en cours devant le Tribunal tutélaire, la caisse a annoncé le 13 juin 2008 au conseil de l'assurée qu'elle avait sollicité des HUG la suspension de la facturation dès le 1^{er} avril 2008. Par ordonnance du 1^{er} octobre 2008, le Tribunal tutélaire a débouté les Drs D_____ et E_____ des fins de leur requête du 11 janvier 2007, en tant qu'elle conclut au prononcé de la destitution de Madame SM_____ de ses fonctions de tutrice, a ordonné le maintien de la mesure de privation de liberté à des fins d'assistance de l'assurée et son maintien auprès de la clinique de Belle-Idée et rendu attentive la direction de la clinique que la sortie ou le transfert de l'établissement devra avoir été préalablement autorisée par le Tribunal. Le Tribunal a également invité la tutrice à agir de façon soutenue aux fins d'assurer le transfert de sa pupille dans un établissement médico-social de la région genevoise et de faire parvenir au Tribunal, tous les trois mois, un rapport sur les démarches entreprises. Après avoir procédé à l'audition des médecins psychiatres traitants de l'assurée, du responsable de l'unité des Lilas à la clinique, du directeur du foyer Z_____ et ordonné une expertise psychiatrique, le Tribunal a constaté qu'il n'existait pas à Genève de lieu de vie spécialement conçu afin d'accueillir les personnes qui, comme l'assurée, se trouvaient atteintes gravement et de manière chronique dans leur santé psychique. Eu égard à l'objectif thérapeutique principalement visé par la mesure de privation de liberté, la clinique apparaissait comme le lieu le mieux adapté pour prendre en charge de telles situations lorsqu'elles présentent un caractère aigu. Il convenait toutefois de reconnaître avec les médecins soignants et l'expert que la poursuite du séjour de l'assurée en milieu hospitalier

ne pouvait plus offrir de perspective d'amélioration sensible de son état de santé actuel, voire qu'elle n'était pas guérissable en l'état actuel des connaissances scientifiques, tout en étant parvenue à une certaine stabilité clinique, même si des périodes de décompensation n'étaient pas totalement exclues. Les thérapies administrées ressortaient davantage à des médications de soutien, plutôt qu'à des traitements proprement curatifs, de sorte que, sur le plan strictement médical, le maintien de l'assurée en milieu hospitalier ne se justifiait plus, les traitements pouvant être assurés dans des établissements médico-sociaux. Au demeurant, la perspective d'un changement de lieu de vie s'avérait d'autant plus pertinente que la socialisation et la réafférentation de l'assurée seraient de loin plus favorables dans un établissement médico-social que dans un hôpital. Il était indéniable que l'ambiance qui prévalait dans des établissements médico-sociaux était plus conviviale et engendrait moins de sentiments de crainte. Finalement, le caractère fermé attribué à l'unité des Lilas, et auquel la tutrice se montrait très attachée, s'avérait plus illusoire que réel. Sauf durant les moments de grande tension, le pavillon était ouvert et les résidents étaient autorisés à en sortir. Les risques de fugue et d'accident étaient donc équilibrés entre les divers établissements considérés. Par pli du 2 février 2009, le conseil de l'assurée a transmis à la caisse une attestation de la clinique confirmant l'hospitalisation de l'assurée du 1^{er} juillet au 31 décembre 2008. La caisse a interrogé la clinique le 10 février 2009 sur les détails de l'hospitalisation. Par pli du 6 avril 2009, le Dr F _____, médecin adjoint auprès de la clinique a répondu aux questions posées. Il précise que l'attestation indique une hospitalisation du 1^{er} juillet au 31 décembre 2008, mais que la patiente est hospitalisée depuis le 14 avril 2003, de façon continue. Les traitements effectués du 1^{er} juillet au 31 décembre 2008 relevaient d'un traitement psychiatrique intégré, incluant une prise de médication, une participation à des activités groupales, ainsi que des entretiens médicaux et infirmiers, le médecin précisant que l'assurée était principalement dans l'attente de l'accord de sa tutrice afin d'effectuer des démarches en vue de l'organisation de sa sortie sur un lieu de vie approprié. Le médecin admettait avoir attesté, le 8 septembre 2008, d'une hospitalisation nécessaire dès le 5 septembre, dès lors que la patiente était cliniquement stable et aurait pu quitter la clinique avant le 5 septembre 2008, mais que tel n'avait pas été le cas. A cette date, une péjoration symptomatique s'était présentée, qui aurait nécessité une hospitalisation si l'assurée s'était trouvée en dehors de la clinique à ce moment-là. Le médecin précise que l'assurée est à nouveau cliniquement stable depuis le 9 février 2009, de sorte que des démarches en vue d'une sortie pouvaient être reprises. Par pli du 18 février 2009, le Dr F _____ a sollicité de la tutrice des renseignements complémentaires sur les démarches effectuées en vue de l'intégration de l'assurée dans un établissement médico-social de la région genevoise, afin de coordonner les efforts pour atteindre les objectifs définis par le Tribunal tutélaire. Par ordonnance du 10 mars 2009, le Tribunal tutélaire a débouté l'assurée de sa demande de sortie de la clinique du 1^{er} mars 2009, après audition de l'assurée, de sa tutrice et du chef de clinique du service de psychiatrie adulte. Ce médecin avait spécifié que l'état de la patiente était fluctuant, celle-ci pouvant présenter des crises de façon inopinée à tout moment et qu'elle a été décompensée à plusieurs reprises ces derniers temps. La patiente est par ailleurs peu compliant à la médication proposée, elle refuse les traitements assez souvent. Le médecin a souligné que l'assurée court un danger en lien avec son auto-agressivité, dès lors qu'elle peut suivre ses idées délirantes ou les voix qu'elle entend, ce qui risque de l'entraîner abruptement à quitter le lieu où elle réside et s'exposer aux abus possibles de tiers. Le médecin a conclu qu'il s'opposait à la sortie de la patiente, une telle perspective ne pouvant s'envisager que moyennant un accueil dans un

cadre structuré et approprié. A cet égard, le médecin avait requis la commission d'indication afin qu'elle définisse un lieu approprié pour accueillir l'assurée. La caisse a posé plusieurs questions au Dr F _____ par pli du 6 juillet 2009. Par pli du 30 juillet 2009, le Dr G _____, chef de clinique a répondu que l'assurée était médicalement transférable dans un EMS et qu'un suivi psychiatrique en milieu hospitalier n'était plus nécessaire pour la période du 1^{er} avril 2008 au 5 septembre 2008. A la question de savoir si tel était le cas dès le 10 février 2009, le médecin a répondu que du 16 juin au 16 juillet 2009, l'état clinique de l'assurée était tel qu'elle n'était pas médicalement transférable dans un EMS. Durant cette période, un suivi psychiatrique en milieu hospitalier était nécessaire. En d'autres termes, si l'assurée s'était trouvée en EMS à ce moment-là, elle aurait été hospitalisée à nouveau en raison de l'aggravation de ses troubles. Depuis le 16 juillet 2009, l'état clinique était fluctuant mais la patiente était à nouveau médicalement transférable dans un EMS. Par pli du 17 août 2009, la caisse a informé le conseil de l'assurée que cette dernière était médicalement transférable dans un EMS pour les périodes du 1^{er} avril au 5 septembre 2008, du 10 février au 16 juin 2009 et depuis le 16 juillet 2009. Par conséquent, la prise en charge des frais liés au séjour de l'assurée pour ces périodes s'élevait au montant maximum de 70 fr. par jour, conformément à l'art. 5 al. 6 II de la convention qui liait la caisse avec les Hôpitaux universitaires de Genève. Par pli du 21 septembre 2009, le conseil de l'assurée s'est étonné, en premier lieu, que la caisse ait pris position sans transmettre les documents sur lesquels elle se basait. En deuxième lieu, le transfert de l'assurée devait préalablement être autorisé par le Tribunal tutélaire, conformément à l'ordonnance rendue, de sorte que d'ici là, l'assurée devait rester en milieu hospitalier. A cet égard, les tuteurs rendaient périodiquement des rapports à l'autorité tutélaire, concernant leur recherche d'un lieu de vie approprié, mais Genève ne proposait pas d'établissement qui pouvait fournir les soins dont l'assurée avait besoin, sans que sa vie ou son intégrité ne soient mises en danger. En refusant la prise en charge de la totalité des frais de séjour de l'assurée, la caisse obligeait cette dernière à supporter les charges liées à une hospitalisation, à laquelle elle était pourtant tenue en vertu d'une décision judiciaire. Par décision du 26 octobre 2009, la caisse a limité sa prise en charge au montant forfaitaire de 70 fr. par jour pour les périodes allant du 1^{er} avril au 5 septembre 2008, du 10 février au 16 juin 2009, ainsi que depuis le 16 juillet 2009. Par pli du 26 novembre 2009, le conseil de l'assurée a formé opposition à la décision. En substance, il fait valoir que l'art. 5 ch. 6 de la convention liant les caisses aux HUG, prévoyant que les HUG mettent tout en œuvre pour le transfert du patient dans un établissement approprié lorsque ce dernier n'a plus besoin d'un traitement en milieu hospitalier, ne trouve pas application, dès lors que, dans le cas d'espèce, les médecins ne sont pas libres d'ordonner le transfert de l'assurée dans un autre établissement, seul le Tribunal tutélaire étant compétent pour prendre cette décision. Au demeurant, la transférabilité de l'assurée était contredite de manière claire et univoque par son dossier médical, et il n'existait pas d'autre établissement propre à accueillir celle-ci, en considération de son état de santé et des soins particuliers dont elle avait besoin. Par décision sur opposition du 26 mars 2010, la caisse a rejeté l'opposition. Citant l'art. 49 loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), l'art. 5 de la Convention passée entre SANTE SUISSE et les HUG, concernant le tarif applicable lorsque le patient n'a plus besoin d'un traitement et de soins en milieu hospitalier, la caisse rappelle qu'au vu des nombreux avis médicaux, l'hospitalisation de l'assurée à la Clinique Belle-Idée pour les périodes litigieuses n'est pas nécessaire, au vu de son état de santé. La caisse conteste qu'il n'existe pas d'établissements appropriés qui pourraient accueillir

l'assurée, conformément à la décision du Tribunal tutélaire. Les HUG avaient tout mis en œuvre pour permettre le transfert de l'assurée dans l'établissement du Foyer Z_____, projet auquel la tutrice s'était toujours formellement opposée. Au demeurant, le Tribunal tutélaire n'avait pas ordonné le maintien de l'assurée en milieu hospitalier, mais son maintien provisoirement, dans l'attente d'un placement dans un EMS, la seule condition imposée par le Tribunal tutélaire étant de lui demander l'autorisation de transférer l'assurée, lorsqu'un établissement adéquat serait trouvé. Par acte du 11 mai 2010, l'assurée, représentée par avocat, forme recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision sur opposition et conclut à son annulation, à ce qu'il soit dit que la caisse doit continuer à prendre en charge l'intégralité de son séjour au tarif hospitalier dès mars 2008, soit 462 fr. par jour, avec suite de dépens. Elle fait valoir, d'une part, que son maintien en milieu hospitalier est nécessaire. Souffrant d'une maladie chronique, avec un processus lent de stabilisation, un état fluctuant, avec des crises inopinées et de fréquentes décompensations, l'assurée a besoin de soins constants, d'une surveillance permanente de son état psychique, afin de réagir au plus vite en cas de crise auto- ou hétéro-agressive. Un EMS est dès lors pour le moment inadapté à l'état de santé de l'assurée, car il ne peut pas faire face aux crises et décompensations qu'elle présente. De plus, les critères purement médicaux ne sont pas les seuls à être pris en compte pour déterminer le tarif hospitalier ; les circonstances personnelles, familiales ou autres circonstances non strictement médicales peuvent justifier un maintien en milieu hospitalier. De plus, le traitement nécessaire ne peut pas être administré dans un EMS. D'autre part, la notion d'établissement approprié doit être déterminée par le Tribunal tutélaire, à l'exclusion du corps médical ou des caisses-maladie. Or, le Tribunal tutélaire a jugé que le lieu approprié était la clinique, de sorte que le refus de la tutrice, fondé sur l'état de santé de l'assurée, est ratifié par le Tribunal tutélaire. Il est rappelé que les divers placements en foyer se sont soldés par des échecs. Cela étant, les cotuteurs ont tous deux donné leur accord au transfert de l'assurée au Foyer Z_____ en 2009 et le processus de transfert a été engagé, l'assurée se rendant une fois par mois dans le foyer, sans que la date d'échéance de son placement définitif ait été fixée. En raison de la mesure de privation de liberté et de la compétence du Tribunal tutélaire, les HUG ne peuvent pas unilatéralement décider du placement de l'assurée en foyer. Pour terminer, l'assurée relève l'abus de droit commis par la caisse par le refus de prise en charge des soins en milieu hospitalier, l'art. 5 ch. 6 de la Convention liant les HUG à SANTE SUISSE n'étant pas applicable au cas d'espèce, dès lors que les HUG ne peuvent pas décider unilatéralement de transférer l'assurée dans un EMS, seul le Tribunal tutélaire pouvant se prononcer sur cette question. Il est donc arbitraire, eu égard à ce qui précède, d'infliger à la patiente le coût de son hospitalisation. Par réponse du 14 juillet 2010, la caisse s'en rapporte à l'appréciation du Tribunal quant à la recevabilité faisant valoir que le recours est dirigé contre INTRAS ASSURANCE, qui n'existe pas, l'intimée étant INTRAS ASSURANCE SA et conclut au rejet du recours. Elle reprend la motivation développée dans la décision sur opposition. Elle rappelle qu'il existe un établissement approprié à l'état de santé de l'assurée, soit le Foyer Z_____, que le Tribunal tutélaire n'a pas ordonné le maintien de l'assurée à Belle-Idée, mais imposé que l'autorisation lui soit demandée avant tout transfert et que même lorsqu'un assuré est sous mesure thérapeutique institutionnelle selon 59 Code pénal, le tarif applicable est celui des EMS, conformément à l'art. 50 LAMal, les mesures imposées par le Code pénal ou le Code civil n'ayant pas d'influence sur l'application des tarifs de l'assurance-maladie. Il ne se justifie pas que la caisse doive prendre en charge le séjour de l'assurée dans un établissement hospitalier,

lorsque son hospitalisation repose sur des motifs d'ordre social seulement. Par ordonnance du 15 juillet 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a fixé un délai aux tuteurs de la recourante pour produire toutes les pièces pertinentes concernant les démarches effectuées aux fins d'assurer le transfert de l'assurée dans un EMS adapté, ainsi que copie des rapports des cotuteurs aux Tribunal tutélaire postérieurs à l'ordonnance du Tribunal tutélaire du 1^{er} octobre 2008. Par pli du 15 septembre 2010, l'avocat de l'assurée produit un chargé de pièces complémentaires et expose qu'en sus des démarches écrites, la tutrice de l'assurée a effectué de nombreuses interventions orales, en contactant les foyers XA _____, Z _____, XB _____ et XC _____, parfois sans réponse et a visité les foyers Z _____ et Les XB _____. Elle a également contacté la Commission d'indication en janvier 2009 et une réunion entre cette commission, les HUG, le Foyer Z _____ et la tutrice a eu lieu le 27 novembre 2009. S'agissant des démarches effectuées, l'assurée produit un courrier « type » non daté, adressé au « Foyer X », par lequel la tutrice de l'assurée demande les conditions d'admission dans le foyer, la garantie que ce dernier soit sécurisé, reconnu comme étant médicalisé au sens de la LAMal. Le foyer est aussi interrogé sur les disponibilités, le prix de la pension et le remboursement par les caisses-maladie. Aucune réponse n'est produite. D'autres pièces concernant les démarches effectuées sont produites et notamment : a) un courrier des Drs F _____ et G _____ à la tutrice de l'assurée du 18 février 2009, déjà cité sous point 15 ; b) un courrier du Dr G _____ à la tutrice du 3 mars 2009, proposant une rencontre à la tutrice de l'assurée lorsque des réponses des foyers contactés auront été reçues. Le médecin relève l'attention que la tutrice porte au bien-être de sa sœur et estime partager le même objectif que la tutrice : celui de voir aller au mieux l'assurée, malgré la complexité et la chronicité de sa maladie, et de la voir évoluer dans un environnement sécurisé et adapté à ses besoins ; c) un courrier de la tutrice de l'assurée au Dr G _____ du 4 juin 2009, sollicitant des renseignements concernant le Foyer Z _____ et sollicitant un compte-rendu ou procès-verbal, en cas de visite du foyer par l'assurée en vue d'une admission ; d) un courrier de la tutrice de l'assurée au Dr G _____ du 6 septembre 2009, le remerciant de l'avoir informée du projet de visite du Foyer Prés-Z _____ par l'assurée le 8 septembre suivant ; e) un courriel de Monsieur U _____ à la tutrice de l'assurée du 19 mai 2010, l'informant des coordonnées de son successeur à la direction de la Résidence Z _____ dès le 1^{er} juin 2010 et remerciant les cotuteurs pour l'excellente collaboration et l'amabilité, avec pour objectif unique la recherche de la meilleure solution pour l'avenir « après hôpital » de l'assurée ; f) une attestation de Monsieur U _____ aux tuteurs de l'assurée du 13 septembre 2010, confirmant que les proches de l'assurée, soit son père et sa sœur, cotuteurs, ne se sont jamais opposés à la concrétisation d'une admission au sein d'une structure ambulatoire d'hébergement de type éducatif, leur seule préoccupation étant la sécurité présente et future, ainsi que le bien-être de l'assurée. Les cotuteurs se sont personnellement déplacés lors d'une journée portes-ouvertes au sein d'une des structures, il y a plusieurs années déjà, ce qui confirme leur désir de trouver une solution ambulatoire. L'assurée produit encore sept rapports de tutelle, rendus entre le 12 janvier 2009 et le 2 septembre 2010, qui relatent les relations sociales de l'assurée, les fluctuations de son état de santé. Le rapport du 30 avril 2009 mentionne que le président de la Commission d'indication a répondu, par pli du 9 avril 2009, que la commission n'était pas compétente pour statuer sur la sortie dans un foyer de l'assurée, cela relevant du Tribunal tutélaire, la tutrice précisant « Considérant l'état chronique de ma pupille et ce qu'il implique comme

troubles et délires, je m'oppose à sa sortie dans un foyer ouvert, car les dangers auto-agressifs qu'elle court et son manque de discernement dû à son délire chronique sont réels et objectivés par les médecins aussi ». Les rapports ultérieurs mentionnent le refus de la caisse de prendre en charge les frais hospitaliers de l'assurée, sur la base de l'ordonnance du Tribunal tutélaire et des autres rapports médicaux, la tutrice relevant la contradiction entre l'état de santé décrit par les médecins de la clinique et la possibilité d'un transfert de l'assurée en foyer. La tutrice reproche à plusieurs reprises aux HUG de tenter de lui cacher des faits, des réunions et des visites de foyers. Elle remet en cause l'avis de la Commission d'indication, qui ne se fonde sur aucune évaluation, ni critères, pour placer l'assurée en foyer, et rappelle, encore une fois, que les médecins affirment que sa sœur est transférable dans un foyer, lors de périodes où elle est en plein délire et décompensation. Il lui semble que le paiement du séjour de l'assurée à Belle-Idée a été repris par les assurances, mais à un coût inférieur, sans que cela soit dit ouvertement, ce qui signifie que la clinique facture actuellement et depuis un certain temps déjà le séjour de l'assurée à un moindre coût. Elle estime donc que c'est le montant des factures qui pousse les assurances et les médecins à « éjecter » prématurément et à tout prix sa sœur de l'hôpital. Selon le rapport du 2 septembre 2010, les cotuteurs ne sont pas du tout opposés au placement de l'assurée à Prés-Z_____, dès que le corps médical de la clinique jugera que l'état de santé de l'assurée le permet, citant le rapport de la Dresse H_____, qui précise qu'un stage d'intégration au foyer a lieu une fois par mois et que l'assurée est dûment inscrite sur la liste d'attente, qui est d'environ un an. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties, en présence des cotuteurs de l'assurée, la tutrice précise qu'elle a entrepris les démarches auprès des foyers immédiatement après l'ordonnance du Tribunal tutélaire d'octobre 2008, mais que c'est lors de son audition par la Commission d'indication le 29 novembre 2009 qu'elle a officiellement exprimé son accord au transfert de sa pupille. Elle avait contacté quatre foyers, dont Z_____, la plupart n'ayant pas répondu. L'intégration à Z_____ se fait progressivement, l'assurée prenant un repas, une fois par mois, depuis janvier 2010. Elle a reconnu que, sauf pour la période du 16 juin au 16 juillet 2009, les médecins de Belle-Idée n'avaient pas affirmé que l'assurée aurait dû être hospitalisée à nouveau, si elle s'était trouvée dans un foyer. La caisse a relevé qu'il ne lui appartient pas d'examiner quels lieux de placement sont adéquats, le tarif appliqué étant modifié dès que l'hospitalisation n'est plus nécessaire. Si l'état de santé de l'assurée est jugé compatible avec un transfert en EMS, mais qu'elle reste à l'hôpital, par manque de place, l'hôpital doit être considéré comme un EMS sur le plan tarifaire et c'est donc le forfait journalier qui lui est appliqué. A chaque fois que l'hospitalisation est à nouveau nécessaire pour des raisons médicales, la caisse paie sans difficulté le tarif hospitalisation, comme elle l'a fait pour la période de juin à juillet 2009. La caisse conteste être liée, sur le plan tarifaire, par la décision du Tribunal tutélaire, qui tranche un litige entre les médecins et la tutrice, le maintien de la privation à des fins d'assistance ne change rien au fait que le Tribunal tutélaire a jugé que l'état de santé de la patiente permettait sa sortie de l'hôpital. Le tuteur précise que les HUG réclament le paiement des factures en souffrance de plus de 7'000 fr., selon le tarif de 363 fr./jour. A la demande du Tribunal, le conseil de l'assurée a produit le rapport d'expertise du Dr I_____ du 15 mai 2008, précisant que ses conclusions sont contestées, le Tribunal tutélaire ayant d'ailleurs rendu une décision aux antipodes de celles-ci, en ordonnant le maintien de l'assurée à Belle-Idée. Le conseil de l'assurée précise que le foyer Z_____ n'est pas un EMS, de sorte que les assurances-maladie ne prennent pas en charge le séjour dans ce foyer. Le rapport

d'expertise du Dr I _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 15 mai 2008, est fondé sur deux entretiens avec l'expertisée, un entretien avec le Dr G _____, un entretien téléphonique avec le Dr F _____, un entretien avec la tutrice de l'expertisée, et un autre avec le tuteur, des entretiens téléphoniques avec l'unité des Lilas, le service de sécurité de la clinique, le directeur du Foyer Z _____, etc. Le rapport contient une anamnèse très détaillée, rappelle que l'assurée a été hospitalisée cinq fois entre 1975 (18 ans) et 1990, et vingt-six fois de février 1990 à septembre 2005, la dernière hospitalisation est celle qui a suivi la défenestration du 14 janvier 2003 et qui se poursuit à Belle-Idée. Le diagnostic posé est schizophrénie paranoïde continue (F20.00). S'agissant de l'appréciation du cas, la forme continue de schizophrénie dont est atteinte l'expertisée ne présente pas de périodes de rémissions partielles ou totales, l'affection n'étant pas guérissable. Toutefois, l'évolution montre que l'assurée est parvenue à une certaine stabilité clinique, même si des périodes de décompensation ne sont pas exclues. Si l'unité des Lilas est un cadre adapté à l'état actuel de la patiente, il ne permet ni amélioration, en terme médical et en terme de qualité de vie de l'expertisée, et ne présente pas non plus les garanties du milieu fermé ou confiné que réclame la famille, au même titre que le Foyer Z _____. Ainsi, l'expertisée peut quitter le milieu hospitalier pour être admise dans une structure de vie communautaire qui lui apporte l'assistance personnelle appropriée au vu de sa pathologie et des manifestations symptomatiques que son état induit, sans qu'il soit indispensable que la structure soit médicalisée ou fermée. Elle doit disposer d'un personnel éducatif spécialisé permettant de stimuler la personne, le Foyer Z _____ répondant à ces exigences (programme d'activités très variées dans le domaine de l'art et de la création, de la culture et de la découverte, du bien-être, du sport, etc.). Lors de l'audience du 23 novembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a entendu le Dr F _____, en qualité de témoin. Il est le médecin traitant de l'assurée dans l'unité des Lilas depuis trois ans, l'ayant suivie sporadiquement auparavant et étant le responsable hiérarchique du Dr G _____, qui a suivi la patiente durant deux ans. Il confirme le diagnostic de schizophrénie paranoïde continue, la stabilité clinique évoquée par l'expert judiciaire indiquant que la patiente ne se trouve pas dans une phase particulière d'amélioration ou de péjoration de son état, sans que cela signifie que son état de santé lui permette de sortir de la clinique. La patiente a fait quelques fugues de l'unité des Lilas, mais sans répercussions graves sur son état de santé. Il est exact que les HUG ont attesté que, si la patiente avait été en foyer, elle aurait été hospitalisée à nouveau durant certaines périodes, mais il est possible que les crises qui ont justifié les attestations susmentionnées ne seraient pas intervenues en foyer, ou n'auraient alors pas nécessité d'hospitalisation. Le témoin relève que l'intervention est plus stricte dans le cadre hospitalier que dans un foyer, en raison de la population des patients, de sorte qu'un foyer peut parfois mieux et plus longtemps tolérer une crise. De même, le milieu hospitalier est plus stressant pour les patients les plus stables, qui sont à chaque fois confrontés à de nouveaux patients en phase aiguë, ce qui favorise la décompensation des premiers. Au-delà du 16 juillet 2009, la patiente n'a pas connu de situation de crise qui aurait justifié une hospitalisation si elle était dans un foyer adapté. Il y a en effet incontestablement une amélioration de l'état de santé de l'assurée ces dernières années, avec un raccourcissement des périodes de crise, raison pour laquelle l'intégration dans un foyer a été envisagée. Lorsque les HUG s'opposent à une demande de sortie immédiate formulée par l'assuré, c'est que, dans l'attente d'un lieu de vie approprié, le patient doit rester à l'hôpital. Si la sortie est accordée, il faut trouver une solution dans les vingt-quatre heures. Les crises de l'assurée ne sont pas parmi les plus

impressionnantes, par rapport à d'autres patients, qui ont quitté l'hôpital et ont été accueillis dans un foyer avec succès. Le Foyer Z_____ est adapté à l'état de santé de l'assurée, doté d'un personnel spécialisé, bien que l'on puisse regrette qu'il n'y ait ni médecins, ni infirmiers spécialisés, ce qu'il n'y a dans aucun foyer d'ailleurs.

Z_____ est proche de Belle-Idée et de la famille, il est petit et familial, n'a pas d'étages élevés et accueille des patients lourds et chroniques, le délai d'attente allant de quelques mois à deux ans, voire plus. Le désaccord initial entre l'hôpital et les tuteurs a reporté l'inscription de l'assurée au foyer, de sorte que si l'inscription avait été faite immédiatement, elle serait aujourd'hui installée. Il a fallu attendre que les tuteurs soient acquis au projet pour procéder à l'inscription et passer par la Commission d'indication. Les visites de l'assurée au foyer ont lieu une fois par mois et il serait déstabilisant de les intensifier, car tant que la patiente réside à Belle-Idée, une multiplication des visites serait incompréhensible pour elle. Si une place se libère au foyer, une intégration progressive, sur deux-trois mois au maximum, sera effectuée, étant précisé que lorsqu'une adaptation normale suffit, elle est faite en quelques jours, le patient étant parfois transféré du jour au lendemain. A l'unité des Lilas, la « chambre fermée » est utilisée le moins possible, mais cela est parfois nécessaire si l'assurée est en crise, crie, dès lors que l'unité abrite également des patients avec un potentiel de dangerosité, les cris étant alors un facteur de risque supplémentaire. Dans le cadre d'un foyer, la chambre fermée n'est pas nécessaire, car il est possible de proposer à la patiente de rester dans sa chambre pour se calmer. L'unité des Lilas est une unité ouverte et la présence des patients n'est pas systématiquement contrôlée, mais les fugues de l'assurée n'ont eu des conséquences ni somatiques, ni psychiatriques, malgré l'hypothermie lors de l'une de ces fugues. Les foyers sont également à même d'intervenir rapidement et de ramener le fugueur au foyer le plus vite possible. Les assurés en foyer qui doivent être réhospitalisés gardent leur place dans le foyer et y retournent, sans période d'adaptation, dès que cela est possible. Il arrive que des patients soient hospitalisés à la clinique quatre à cinq fois par année, pour quelques jours ou quelques semaines. A l'unité des Lilas, il y a environ vingt à vingt-deux patients. La médiane de la durée du séjour est de deux mois environ, mais il y a eu des patients qui sont restés trois à quatre ans. Aucun patient n'est resté aussi longtemps que l'assurée. A l'issue de l'audience, un délai a été imparti aux parties pour se déterminer par écrit si elles le souhaitaient. Le conseil de l'assurée a déposé des conclusions après enquêtes le 17 janvier 2011. En substance, il fait valoir qu'aucun foyer médicalisé n'existe à l'heure actuelle à Genève, ce qui explique le caractère particulièrement prolongé d'un placement progressif. Les affirmations du Dr F_____ sont contredites par celles de la Dresse H_____, qui atteste qu'en raison d'une décompensation de son état psychique et du risque auto et hétéro-agressif, il a fallu administrer, contre son gré, un traitement à la patiente le 23 novembre 2010 et le 14 décembre 2010. Ainsi, il convient d'accoutumer progressivement l'assurée à un environnement non médicalisé, dont elle ne pourra bénéficier que lorsque son état médical sera stabilisé. Ainsi, et malgré les démarches immédiatement entreprises par la tutrice dès octobre 2008, le retard pris à ce transfert tient au fait que le Foyer Z_____ n'est pas médicalisé. La cause a été gardée à juger le 25 janvier 2011. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, tant 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) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la loi fédérale sur la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1). Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont celui des tarifs, prix et budget global (art 43 à 55 LAMal). En vertu de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est, sous réserve de l'art. 1^{er} al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, réglée par le droit cantonal. Elle doit notamment être simple. Par procédure simple, on entend une procédure qui n'est pas régie par des règles trop formalistes (KIESER, ATSG-Kommentar, n. 21 ad art. 61), c'est-à-dire par des règles de procédure qui ne sont pas justifiées par un intérêt digne de protection (ATF 120 V 419 consid. 5c). Ainsi, il ne se justifie pas de déclarer le recours irrecevable du fait qu'il est dirigé contre INTRAS ASSURANCE MALADIE au lieu de INTRAS ASSURANCE MALADIE SA, l'intimée étant suffisamment précisément désignée et l'erreur étant corrigée d'office par le Tribunal cantonal des assurance sociales lors de l'enregistrement du recours, sur la base de la décision sur opposition. Pour le surplus, déposé dans la forme légale et le délai légal, le recours est recevable (art. 56 et art. 60 LPGA). Le litige porte sur le tarif auquel la caisse doit prendre en charge les frais de séjour et/ou d'hospitalisation de l'assurée durant les périodes du 1^{er} avril au 5 septembre 2008, du 10 février au 16 juin 2009 et depuis le 16 juillet 2009. a) 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 semi-hospitalier (al. 2 let. a) ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie (art. 41 al. 1 LAMal), étant précisé qu'en cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré (art. 41 al. 1 2^{ème} et 3^{ème} phrase LAMal). b) Selon l'art. 43 al. 1, 2 et 4 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs et de prix, le tarif constituant une base de calcul de la rémunération; les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Si aucune convention ne peut être conclue entre les partenaires tarifaires, l'art. 47 al. 1 LAMal prévoit que c'est au gouvernement cantonal de fixer le tarif, après consultation des intéressés. L'art. 49 LAMal fournit les principes de calcul des conventions tarifaires dans le domaine hospitalier, notamment la tarification sur la base de forfaits, qui comprennent aussi bien la rémunération du traitement hospitalier que le séjour à l'hôpital. En vertu du champ d'application de la loi déterminé à l'art. 1a LAMal, la procédure décrite ne s'applique toutefois qu'aux tarifs qui ont pour objet des prestations obligatoires de soins, c'est-à-dire qui ont trait, en matière d'hospitalisation, aux séjours des assurés en division commune exclusivement (art. 25 al. 1 et 2 let. e, ainsi que 49 al. 4 LAMal; ATF 125 V 106 consid. 3e; RAMA 2001 n° KV 181 p. 426 consid. 3.2.1). 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, 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 (RAMA 1991 n° K 869 p. 164 consid. 1a et les références). 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 (LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, Berne 2004, p. 376 ss.). c) L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier. La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée que dans un hôpital et d'autre part, également, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès. L'obligation de fournir des prestations peut aussi se justifier quand l'état maladif de la personne ne nécessite pas forcément un séjour à l'hôpital mais que, néanmoins, le traitement ne peut être prodigué qu'en milieu hospitalier pour des raisons particulières, notamment lorsqu'un assuré âgé ou vivant seul est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état (ATF 126 V 326 consid. 2b; 120 V 206 consid. 6a et les références). 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 pas en considération si le traitement peut tout aussi bien être appliqué sous la forme d'un traitement ambulatoire ou semi-hospitalier (LONGCHAMP, op. cit., p. 380). d) L'art. 49 al. 4 LAMal en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009 (correspondant à l'art. 49 al. 3 LAMal en vigueur lors de la prise de position de la caisse du 4 mars 2008) prévoit que la rémunération en cas d'hospitalisation s'effectue conformément au tarif applicable selon les al. 1 et 2 à l'hôpital (servant au traitement hospitalier de maladies aiguës au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal) 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 LAMal est applicable. Aux termes de cette dernière disposition légale, l'assureur prend en charge, en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39 al. 3 LAMal), les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile; il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire (ATF 127 V 47 consid. 2c). Pour satisfaire aux impératifs du caractère économique et à la réglementation légale, qui établit une nette distinction entre la rémunération d'un traitement et de soins en milieu hospitalier et celle d'un séjour dans un établissement médico-social, les assureurs-maladie doivent exercer un contrôle suivi d'un traitement hospitalier, avec l'aide de leur médecin-conseil. L'efficacité de ce contrôle postule qu'il puisse s'exercer préalablement au traitement ou en cours d'hospitalisation, le médecin traitant pouvant être amené, à la suite d'une intervention justifiée du médecin-conseil, à prescrire une mesure moins coûteuse que le maintien du patient en milieu hospitalier. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que le médecin-conseil n'est pas habilité à traiter lui-même l'assuré ou à donner des instructions au médecin traitant sur l'application d'un traitement. Si, contre l'avis du médecin-conseil, le médecin traitant estime qu'un séjour en milieu hospitalier est nécessaire, l'assuré conserve la possibilité de faire valoir vis-à-vis de l'assureur ses prétentions en remboursement des frais encourus. L'avis du

médecin-conseil ne préjuge pas définitivement des droits que l'assuré pourrait faire valoir à un tel remboursement (ATF 127 V 47 ss. consid. 2e). e) Dans un arrêt ATF 125 V 177, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la jurisprudence rendue à propos du principe d'économie du traitement prescrit à l'art. 23 LAMA (cf. message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 168) et ses incidences sur le droit aux prestations en cas de séjour dans un établissement a gardé toute sa valeur sous l'empire du nouveau droit (ATF 125 V 179 consid. 1b et les références). En particulier, d'après cette jurisprudence, 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. 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. Dans le même arrêt, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la condition du droit à la rémunération conformément au tarif applicable à l'hôpital (servant au traitement hospitalier de maladies aiguës, au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal) en vertu de l'art. 49 al. 1 et 2 LAMal (art. 49 al. 3, première phrase LAMal) est réalisée lorsque l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé (ATF 125 V 181 consid. 2c; cf. Gebhard Eugster, *Krankenversicherung* in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, n. 304 ad ch. 139). Si tel n'est pas le cas, la rémunération s'effectue conformément à la réglementation prévue à l'art. 50 LAMal en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 49 al. 3, seconde phrase LAMal; arrêt du 14 mai 2001, cause K/186.00). f) La loi cantonale concernant la privation de liberté à des fins d'assistance du 7 avril 2006 (LPLA; K 1 24) règle l'application des articles 397a et suivants du code civil concernant la privation de liberté à des fins d'assistance. L'art. 5 de la loi prévoit que l'admission non volontaire d'un patient peut avoir lieu aux 3 conditions suivantes : a) le patient présente des troubles psychiques ou une déficience mentale; b) son état constitue un danger grave pour lui-même ou pour autrui; c) un traitement et des soins dans une institution de santé s'avèrent nécessaires. Si ces conditions restent réunies, la demande de sortie d'un patient refusée par le médecin responsable du service où la prise en charge a lieu est transmise à la commission de surveillance des professions de la santé, selon l'art 12 ou au Tribunal Tutélaire s'il est compétent selon l'art. 18. L'établissement approprié au sens de l'art 397a CCS est non seulement un hôpital, mais aussi tout autre établissement approprié, c'est-à-dire toute institution qui limite, du fait de l'encadrement et de la surveillance, la liberté de mouvement des personnes concernées (ATF 121 III 306). Un établissement est approprié à l'état du patient lorsque l'organisation et le personnel dont il dispose normalement lui permettent de satisfaire les besoins essentiels se celui qui y est placé pour recevoir soins et assistance (ATF 112 II 486). Selon la jurisprudence du Tribunal Fédéral, après que la décision de placement a été prise, le placement dans un autre établissement n'est qu'un mode d'exécution, raison pour laquelle la procédure formelle (des articles 397b et ss CCS) n'a pas à être suivie en principe. (ATF 122 I 18). a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion

plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). b) 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). c) Tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé d'offrir des preuves pertinentes, de prendre connaissance du dossier, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 132 II 485 consid. 3.2 p. 494 ; 127 I 54 consid. 2b p. 56 ; 127 III 576 consid. 2c p. 578 ; Arrêt du Tribunal fédéral 1C.424/2009 du 6 septembre 2010 consid. 2). Le droit de faire administrer des preuves n'empêche cependant pas le juge de renoncer à l'administration de certaines preuves offertes et de procéder à une appréciation anticipée de ces dernières, en particulier s'il acquiert la certitude que celles-ci ne l'amèneront pas à modifier son opinion ou si le fait à établir résulte déjà des constatations ressortant du dossier (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 p. 158 ; Arrêts du Tribunal fédéral 2C.58/2010 du 19 mai 2010 consid. 4.3 ; 4A.15/2010 du 15 mars 2010 consid. 3.2 et les arrêts cités ; ATA/432/2008 du 27 août 2008 consid. 2b) et, en matière d'assurances sociales, si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Le droit d'être entendu ne contient pas non plus d'obligation de discuter tous les griefs et moyens de preuve du recourant ; il suffit que le juge discute ceux qui sont pertinents pour l'issue du litige (ATF 133 II 235 consid. 5.2 p. 248 ; 129 I 232 consid. 3.2 p. 236 ; Arrêts du Tribunal fédéral 1C.424/2009 du 6 septembre 2010 consid. 2 ; 2C.514/2009 du 25 mars 2010 consid. 3.1). Dans le cas d'espèce, tant l'expert psychiatre mandaté par le Tribunal tutélaire que le médecin traitant de l'assurée affirment que l'état de santé de celle-ci ne nécessite plus une hospitalisation à la clinique de Belle Idée et ce depuis l'année 2006 en tout cas, date des premières interventions de l'Unité des Lilas auprès du Foyer Z_____ pour le transfert de la patiente, sauf les périodes de crises précisément datées. Leur avis est convaincant, bien motivé, fondé sur une appréciation détaillée de la situation et répond aux interrogations - légitimes - des tuteurs.

En premier lieu, l'Unité des Lilas ne présente pas le caractère fermé ou confiné souhaité et les risques de fugue sont similaires à ceux qui persisteront au foyer Z_____ . En second lieu, le risque de déféstration, épisode certes très grave et légitimement source d'inquiétude pour les tuteurs, mais qui ne s'est produit qu'une seule fois en 2003, est évité du fait que le bâtiment du foyer n'a pas d'étages élevés. En troisième lieu, la vraisemblance de l'absence de nécessité de faire usage de la "chambre fermée" dans le cadre plus apaisé d'un foyer doit être admise, eu égard aux explications pertinentes du médecin traitant. De même, l'assurée étant désireuse de quitter l'hôpital, une prise en charge plus harmonieuse de ses besoins dans le cadre d'un foyer limitera peut-être la fréquence des médicaments forcés, étant rappelé au demeurant qu'en cas de crise qui ne peut pas être canalisée par le foyer, la patiente peut être hospitalisée en urgence et aussi longtemps que son état de santé le nécessite, la prise en charge des frais d'hospitalisation par la caisse étant alors acquise. Les tuteurs de l'assurée n'amènent ainsi aucun élément médical qui contredit cet avis unanime. Il n'est pas contesté que l'affection dont souffre l'assurée n'est pas guérissable et qu'elle connaîtra toujours des épisodes de crise, de décompensation, voire de délires, mais le fait que ceux-ci soient détaillés dans le journal de bord de la clinique ne démontre pas la nécessité d'une hospitalisation, au vu des possibilités de prise en charge dans un foyer. Le traitement à l'hôpital ne permet ainsi pas une amélioration de l'état de santé de l'assurée. De même, les courriers de la Dresse H_____ concernant des cas ponctuels d'administration de médicaments contre le gré de la patiente ne justifient pas, à eux seuls, une hospitalisation, car s'il est certain que de tels traitements ne sont pas administrés de force en foyer, il faut admettre avec le médecin traitant que, soit la médication contrainte ne sera pas nécessaire, l'assurée étant plus compliant dans un cadre plus souple et mieux adapté, soit la patiente sera hospitalisée en cas de crise. Au surplus, le transfert progressif de l'assurée, qui prend un repas au foyer une fois par mois depuis janvier 2010 déjà, n'est pas médicalement justifié sur une aussi longue période, mais n'est pas intensifié uniquement pour éviter que la patiente soit désorientée, ne sachant plus quel est son lieu de vie. Selon le médecin traitant, ce transfert a lieu au maximum en quelques mois dès qu'une place est disponible et ce, dans les cas graves. Finalement, les refus opposés à l'assurée par le Tribunal tutélaire lors de ses demandes de sortie immédiate sont justifiés même sans nécessité d'une hospitalisation, dès lors que cela impliquerait que l'assurée soit autorisée à sortir de Belle Idée, sans qu'une solution de placement en foyer soit trouvée. Or, il ne fait pas de doute que l'état de santé de l'assurée exige un cadre permanent et approprié. Il est donc établi, au degré de la vraisemblance prépondérante admissible en matière d'assurances sociales que l'état de santé de la patiente ne nécessite pas qu'elle soit hospitalisée à la clinique de Belle Idée, sauf pour les périodes non contestées par la caisse durant lesquelles l'assurée aurait, vraisemblablement, dû être hospitalisée, si elle avait séjourné en foyer. Partant, c'est à juste titre que la caisse prend à sa charge uniquement le tarif réduit et relevant de l'art 50 LAMal pour les périodes litigieuses. L'argument de l'assurée concernant la portée de l'ordonnance du Tribunal tutélaire n'est pour le surplus pas pertinent. En premier lieu, l'interprétation de la motivation de l'ordonnance faite par le conseil de l'assurée se heurte au texte même de la décision. Le Tribunal Tutélaire, sur la base de l'avis de l'expert, expose notamment que " le maintien de l'assurée en milieu hospitalier ne se justifie plus (...), Belle Idée convient le mieux à ces situations lorsqu'elles présentent un caractère aigu (...), le caractère fermé des Lilas est illusoire (...)" . En second lieu, l'ordonnance invite clairement la tutrice à agir de façon soutenue aux fins d'assurer le transfert de sa pupille, ce qui signifie indubitablement que ce transfert peut et doit se faire.

En troisième lieu, l'autorisation à obtenir du Tribunal Tutélaire, avant tout transfert de la pupille, ressemble à une mise en garde contre d'éventuelles interventions intempestives de collaborateurs de la clinique, et non pas une interdiction absolue de tout transfert ce qui serait en totale contradiction avec les considérants de l'ordonnance et l'invitation susmentionnée. Il faut comprendre de ce point du dispositif que l'accord du Tribunal tutélaire devra être requis, et sera obtenu, lorsque le transfert sera possible, à savoir lorsqu'une place dans un foyer adapté sera disponible. De même, le maintien de la mesure de privation de liberté à des fins d'assistance n'est pas incompatible avec un transfert au foyer Z _____, qui est considéré comme un établissement approprié au sens de l'art 397a CCS. En dernier lieu, il n'est pas de la compétence du Tribunal Tutélaire de trancher la question du tarif applicable par la caisse, de sorte que s'il est établi que l'état de santé ne justifie plus l'hospitalisation, ce que le Tribunal Tutélaire laisse à l'appréciation des médecins, le tarif à charge de la caisse est celui de l'art 50 LAMal, même si l'assurée demeure hospitalisée. En l'état, le foyer Z _____, qui est une résidence pour personne atteintes d'affections psychiques, faisant partie des établissements publics pour l'intégration (EPI) et non pas des établissements médico-sociaux (EMS) destinés aux personnes retraitées, semble être le foyer le mieux adapté à l'état de santé de l'assurée et géographiquement idéalement placé, eu égard au souhait de ses proches de lui rendre visite et de l'éventualité d'hospitalisations à Belle Idée en période de crise. Il n'appartient pas à la Cour de céans de se prononcer sur l'adéquation de ce foyer, plutôt qu'un autre, à l'état de la patiente, seul l'avis des médecins et experts, ainsi que de la direction du foyer étant déterminant. Or, le médecin traitant a confirmé que les symptômes et manifestations de la pathologie de l'assurée étaient compatibles avec un transfert en foyer, à l'instar d'autres patients, tout aussi gravement atteints et qui ont été transférés avec succès après un séjour beaucoup plus court à la clinique, l'assurée y étant hospitalisée depuis plus de sept ans. Dès lors qu'il est admis que l'hospitalisation ne se justifie plus, le tarif de l'art 50 s'applique et la jurisprudence du Tribunal Fédéral a souvent confirmé que l'absence de place dans un foyer adapté aux besoins du patient ne justifie pas que la caisse prenne à sa charge le tarif de l'hospitalisation. Ainsi, aucun motif pertinent ne justifie le maintien de l'assurée à la clinique dès lors que la médication administrée peut l'être dans un foyer et qu'il n'y a aucune autre justification liée à l'assurée elle-même qui permettrait de déroger exceptionnellement aux principes susvisés, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, notamment lorsque les soins ne peuvent pas être prodigués à domicile ou en milieu semi hospitalier. A ce sujet, l'obligation ou la faculté pour les HUG de limiter la facturation de leurs prestations au tarif relevant de l'art 50 LAMal, soit 70 fr. par jour, au lieu de celui de l'hospitalisation, soit 363 fr./jour semble-t-il, la différence étant alors à la charge de l'assurée, ne relève pas du présent litige. La Cour n'aura donc pas à instruire d'avantage le fait de savoir si la tutrice a effectivement et rapidement effectué des démarches soutenues en vue du transfert de sa pupille, notamment la réalité des difficultés alléguées avec la commission d'indication, ou si le retard pris est essentiellement dû au manque de place en foyer, voire si le temps écoulé était nécessaire aux cotuteurs pour admettre la faisabilité de ce transfert. L'assurée se plaint encore que la prise en charge de ses frais de soin et de séjour au foyer Z _____ n'est pas garantie par la caisse. Bien que ce grief sorte du cadre des débats, il y a lieu de dissiper un important malentendu. Selon la LAMal, il n'incombe pas aux caisses maladies de prendre en charge les frais de séjour dans un EPI, mais uniquement les frais médicaux qui y sont prodigués, selon le tarif journalier convenu de 70 fr./jour. Les frais de séjour sont à la charge de l'assurée, qui devra les assumer aux moyens de ses revenus (rente AI., cas échéant

allocation d'impotence AI, revenus et fortune propres ou, à défaut, prestations complémentaires), au même titre que les personnes âgées séjournant en EMS. Pour terminer, les conflits des tuteurs avec les HUG ne sont pas pertinents pour la solution du litige, en particulier le dernier grief soulevé par les tuteurs de l'assurée contre le médecin traitant de celle-ci, raison pour laquelle il n'est pas détaillé dans la parti en fait de l'arrêt, si ce n'est que ceux-ci ont vraisemblablement ralenti le transfert de l'assurée dans un foyer. S'agissant du droit d'être entendu et de l'administration des preuves, la Cour relève que l'audition de la Dresse H_____, psychiatre traitant de l'assurée durant une période limitée, au rythme des changements de médecins internes au sein des HUG, en plus de celle du Dr F_____, qui suit la patiente depuis plusieurs années et est le supérieur hiérarchique de la première, ne se justifie pas. La Cour est en effet suffisamment renseignée du point de vue médical par l'audition du Dr F_____, par le contenu de l'expertise ordonnée par le Tribunal tutélaire et des divers rapports produits. Mal fondé, le recours est rejeté. La procédure est gratuite. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. 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 Florence SCHMUTZ La présidente Sabina MASCOTTO 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.