

GE_GERICHTE A/3326/2010 vom 30. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3326_2010

FR: GE_GERICHTE A/3326/2010 du 30 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/3326/2010 del 30 novembre 2011

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame J _____, domiciliée aux ETATS-UNIS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître François MEMBREZ recourante contre UNIVERSA CAISSE MALADIE, sise rue du Nord 5, 1920 Martigny HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), sis rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14, 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 1922, de nationalité américaine, était domiciliée à Genève où elle partageait son logement avec sa sœur. Elle était assurée auprès de la caisse-maladie UNIVERSA (ci-après : la caisse ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins. Victime d'une chute à son domicile, l'assurée a été transférée le 18 octobre 2009 aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: les HUG), puis hospitalisée dans le département de réhabilitation et gériatrie de l'Hôpital X_____. L'examen clinique a révélé un syndrome de Diogène ainsi que divers problèmes, tels qu'un état de dénutrition, une gastrite chronique, des symptômes de démangeaison généralisée, une hypertension artérielle non traitée, des difficultés d'audition et un possible problème d'alcoolisme. Le 20 décembre 2009, les HUG ont adressé à la caisse un avis de sortie, aux termes duquel l'assurée avait séjourné à l'hôpital du 18 octobre 2009 au 19 décembre 2009. En date du 11 janvier 2010, le Docteur L_____, du Service de médecine de premier recours, a rempli un formulaire d'évaluation des prestations pour une demande de prise en charge à l'attention de la coopérative de soins infirmiers. Il a préconisé un mandat de service à domicile pour l'assurée valable à partir du 19 décembre 2009 pour une période de 6 jours et a fait état d'un retour impossible à la maison, avec prise en charge à l'hôtel et préparation d'un départ aux États-Unis. Comme examens et soins du 19 au 24 décembre 2009, le Docteur L_____ a indiqué une évaluation psychiatrique et sociale. En tant que besoins de l'assurée pour la mise en place des interventions à domicile, il a relevé les conseils au patient ainsi que la préparation et l'administration des médicaments. Dans un rapport du 20 janvier 2010 adressé à la Doctoresse M_____, médecin-traitant de l'assurée, la Doctoresse N_____, de l'Hôpital X_____, a indiqué que l'assurée avait séjourné dans le service des maladies osseuses du 18 octobre 2009 au 19 octobre 2009 puis en gériatrie du 19 octobre 2009 au 19 décembre 2009, date de son départ à l'hôtel. Elle a posé le diagnostic principal de soins impossibles à domicile dans un contexte d'isolement social et de syndrome de Diogène. Au titre des diagnostics secondaires étaient mentionnés une chute sans traumatisme crânien ni perte de connaissance, une notion d'alcoolisme avec dénutrition protéino-calorique et un prurit généralisé. Comme comorbidités, le médecin a indiqué une hypertension artérielle, une dorsalgie chronique et une périarthrite de l'épaule droite. Au vu d'un retour impossible à domicile (état de délabrement de la maison, syndrome de Diogène), une sortie avec logement provisoire dans un hôtel avait été

organisée pour l'assurée et sa sœur dans l'attente d'un probable retour définitif aux États-Unis. Les 26 février 2010 et 15 mars 2010, la caisse a adressé à l'assurée des décomptes de prestations, aux termes desquels les factures relatives aux séjours du 17 novembre 2009 au 30 novembre 2009, à hauteur de 8'694 fr., et du 1^{er} décembre 2009 au 19 décembre 2009, à hauteur de 11'799 fr., n'étaient pas reconnues par elle, car elles comprenaient des frais de séjour pour convenance personnelle non pris en charge par l'assurance-maladie. Préalablement, ces factures avaient été adressées par les HUG à l'assurée, laquelle les avait retransmises à la caisse pour remboursement (système du tiers-garant). L'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, est intervenue à plusieurs reprises auprès de la caisse afin d'obtenir le paiement desdites factures. A la requête du mandataire de l'assurée, la caisse lui a notifié une décision formelle en date du 25 juin 2010, aux termes de laquelle elle refusait de prendre en charge l'hospitalisation concernant la période du 17 novembre 2009 au 19 décembre 2009, motif pris que selon les informations obtenues des HUG, l'assurée aurait pu rentrer chez elle le 17 novembre 2009. De ce fait, après discussion des HUG avec l'assurée, ces derniers avaient facturé dès cette date les prestations au tarif hors convention pour convenance personnelle. Par courrier du 15 juillet 2010 adressé au mandataire de l'assurée, le Professeur O _____, chef du service de gériatrie du département de réhabilitation et gériatrie des HUG, a indiqué que l'assurée avait durant son hospitalisation toute sa capacité de discernement lui permettant de participer activement aux différentes discussions et décisions prises concernant aussi bien sa situation médicale que sociale et financière. Il a expliqué que la prolongation du séjour hospitalier de l'assurée entre le 17 novembre 2009 et le 19 décembre 2009 n'était nullement liée à un problème médical, mais à des tergiversations familiales concernant l'avenir de l'assurée et de sa sœur, à savoir une sortie à domicile, en institution ou un retour aux États-Unis. Selon le Professeur O _____, les conséquences financières de ce choix avaient été clairement spécifiées. Le 22 juillet 2010, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a formé opposition contre la décision de la caisse du 25 juin 2010, contestant avoir été en état de quitter l'hôpital le 17 novembre 2009 alors qu'elle était encore malade et très affaiblie. L'assurée a relevé qu'aucun rapport de sortie n'avait été émis à cette date et que les informations prétendument reçues de la caisse par téléphone étaient inexactes et irrecevables. Elle a fait valoir qu'afin de permettre un contrôle du caractère économique du traitement et de la qualité des prestations, les médecins-conseils des assureurs devaient exercer un contrôle des prestations et des frais. Ce contrôle devait être préalable, particulièrement quand l'assureur intervenait en qualité de tiers-payant, mais également dans un cas d'application du système de tiers-garant. Un contrôle préalable ou en cours de traitement permettait d'éviter au patient des désagréments sur le plan financier et même, selon les cas, des difficultés économiques pouvant se révéler insurmontables. En l'occurrence, la caisse n'avait pas mis en place de contrôle préalable ou en cours de traitement. Si par hypothèse il n'y avait plus d'indication médicale au séjour hospitalier après le 17 novembre 2009, la caisse devait ainsi en supporter seule les conséquences. En définitive, l'assurée a donc conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à la prise en charge de ses frais d'hospitalisation jusqu'à la date de sa sortie de l'hôpital. Dans son avis médical du 17 août 2010, le Docteur P _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de la caisse, a estimé que les traitements dispensés à l'assurée ne justifiaient pas deux mois d'hospitalisation. Par décision du 30 août 2010, la caisse a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé son refus de prise en charge du séjour hospitalier depuis le 17 novembre 2009. Elle a indiqué que suite à la communication par l'assurée de la

facture établie par les HUG en date du 8 janvier 2010, selon le système du tiers-garant, d'un montant de 11'799 fr. pour la période du 1^{er} au 19 décembre 2009, elle avait pris contact avec le service de médecine interne et réhabilitation de l'Hôpital des Trois-Chêne, lequel lui avait confirmé que la facture n'avait pas été émise selon le système du tiers-payant car ces frais n'étaient pas à sa charge. La caisse s'est également fondée sur le formulaire d'évaluation des prestations établi en date du 11 janvier 2010 par le Docteur L. _____ et reçu par son médecin-conseil le 10 février 2010, dont il ressortait que la prolongation hospitalière à partir du 17 novembre 2009 était à but social et non liée à un problème médical, ainsi que sur le courrier du Professeur O. _____ du 15 juillet 2010 et sur l'avis médical de son médecin-conseil du 17 août 2010. En définitive, la caisse a considéré que l'état de santé de l'assurée n'exigeait plus de traitement ni de soins en milieu hospitalier depuis le 17 novembre 2009 et qu'un retour à domicile avec encadrement médical était alors envisageable. En effet, si l'assurée n'avait quitté l'établissement hospitalier que le 19 décembre 2009 en direction d'une chambre d'hôtel avec un encadrement infirmier, c'était en raison de conditions sociales défavorables et d'hésitations familiales. Par acte du 30 septembre 2010, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après: le TCAS), alors compétent. Elle a contesté pouvoir quitter l'hôpital le 17 novembre 2009 car la situation n'était à ce moment pas stabilisée. Rien dans le rapport de sortie n'indiquait d'ailleurs que son séjour n'était plus justifié d'un point de vue médical à partir de cette date. L'assurée a encore considéré qu'il appartenait à la caisse, par l'intermédiaire de son médecin-conseil, d'effectuer un contrôle préalable des prestations et des frais, ce qui n'avait pas été le cas en l'occurrence. En définitive, l'assurée a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à la condamnation de la caisse à prendre en charge ses frais d'hospitalisation jusqu'à sa date de sortie le 19 décembre 2009, à concurrence d'un montant de 20'493 fr., avec intérêts à 5% dès le 19 décembre 2009, sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 29 novembre 2010, la caisse a conclu au rejet du recours, se référant aux rapports et avis médicaux des Docteurs N. _____, P. _____ et O. _____. Selon elle, le séjour hospitalier de la recourante avait été prolongé au-delà du 17 novembre 2009 pour de pures raisons pratiques d'insalubrité de son domicile et dans l'indécision d'un éventuel retour aux États-Unis. Le fait que l'état de l'appartement de la recourante ne lui permette pas de rentrer n'était toutefois pas un critère médical permettant de justifier le maintien du séjour hospitalier à charge de l'assurance obligatoire des soins. La question de la salubrité du domicile de la recourante, qui était médicalement apte à quitter l'hôpital, était en effet une question relevant de l'aide sociale et non de l'assurance obligatoire des soins. Par conséquent, dès le 17 novembre 2009, les frais ne relevaient plus de la nécessité médicale au sens de la loi et ne pouvaient être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. C'était d'ailleurs la raison pour laquelle les HUG avaient facturé les frais pour le séjour du 17 novembre au 19 décembre 2009 en tiers-garant, soit à la recourante directement. La Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la CJCAS), qui a repris les compétences du TCAS depuis le 1^{er} janvier 2011, a convoqué les parties en audience de comparution personnelle en date du 9 février 2011. Lors de cette audience, la mandataire de la recourante a indiqué que sa cliente était retournée aux États-Unis peu de temps après sa sortie de l'hôpital et qu'aux termes du rapport de sortie établi le 20 janvier 2010 par la Doctoresse N. _____, il n'était nullement indiqué qu'à partir d'une certaine date le séjour hospitalier de la recourante n'était plus justifié pour des raisons médicales. Selon la représentante de l'intimée, les HUG eux-mêmes avaient considéré que le séjour n'était plus

justifié pour des raisons médicales puisqu'ils avaient modifié la facturation et avaient envoyé à la recourante en date du 8 janvier 2010 une facture en tiers-garant d'un montant de 11'799 fr. pour le séjour du 1^{er} décembre au 19 décembre 2009. Selon la convention hospitalière conclue entre SANTESUISSE et les HUG, tous les soins prodigués, en division commune notamment, justifiés médicalement étaient facturés en tiers-payant et directement adressés à la caisse-maladie. Les HUG avaient par ailleurs l'obligation d'informer les patients sur ce qui était ou non à charge de l'assurance obligatoire des soins et d'après le rapport du Professeur O _____, cette question avait été clairement abordée avec la recourante. La mandataire de la recourante a déclaré que sa cliente contestait avoir eu cette information, sinon elle n'aurait pas adressé la facture à son assurance. Elle a également contesté le rapport du Professeur O _____ du 15 juillet 2010, maintenant qu'à la date du 17 novembre 2009, la situation médicale n'était pas résolue et justifiait la prolongation de l'hospitalisation. Selon la mandataire de la recourante, cette dernière avait été maintenue dans l'idée que l'assurance prendrait en charge les factures jusqu'au moment où la décision formelle de refus avait été rendue. Sur question, la représentante de l'intimée a précisé que si son médecin-conseil n'était pas intervenu avant l'été 2010, c'était entièrement dû au fait que les HUG avaient considéré eux-mêmes qu'il n'y avait plus de nécessité médicale, raison pour laquelle ils avaient modifié leur facture et n'avaient facturé plus que des frais de séjour. A l'issue de l'audience, la CJCAS a accordé un délai aux parties pour produire des documents complémentaires. En date du 31 mars 2011, la recourante a produit copie de son avis de taxation 2010 et de son dossier médical obtenu auprès du département de réhabilitation et de gériatrie des HUG. Elle a précisé qu'elle était de nationalité américaine, au bénéfice d'un permis C pour son séjour en Suisse, et que sa sœur, Madame K _____ qui n'était pas affiliée à une assurance en Suisse, avait assumé elle-même les frais liés à l'hospitalisation de la recourante aux HUG. Pour le surplus, la recourante a contesté avoir déclaré qu'elle assumerait les frais de séjour hospitalier, parce qu'elle pensait être intégralement couverte par son assurance-maladie. Selon elle, aucune pièce du dossier médical n'attestait que le séjour hospitalier n'était plus justifié médicalement à compter du 17 novembre 2009. Au contraire, il résultait notamment de son dossier que le rapport histologique n'avait été rendu que le 18 novembre 2009, que des examens ORL avaient été requis le 25 novembre 2009 et qu'elle présentait encore des troubles de l'estomac le 17 décembre 2009. En outre, les HUG admettaient avoir modifié la facturation après 30 jours, sans indiquer à la recourante que son séjour n'était plus justifié pour des raisons médicales et sans qu'elle n'ait été préalablement informée du fait que l'assurance ne prenait pas en charge son séjour hospitalier au-delà de 30 jours. Elle n'avait reçu aucune information de la part de la caisse ou de son médecin-conseil en cours de traitement quant à une prise en charge limitée à 30 jours. Par courrier du 20 avril 2011, l'intimée a informé la Cour de céans qu'elle était en cours de reprise par MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA. Pour le surplus, elle a maintenu sa position, relevant que les notes du dossier médical reproduites relevaient clairement que depuis le 13 novembre 2009, les discussions portaient sur la question du séjour des deux sœurs en Suisse ou de leur retour aux États-Unis et de leurs tergiversations à cet égard. Quant aux soins prodigués depuis le 17 novembre 2009, ils ne portaient que sur un examen ORL réalisé en date du 25 novembre 2009 en l'absence d'un médecin durant la semaine précédente selon lequel l'assurée souffrait de sensation d'oreille bouchée. Il n'était cependant relevé aucun problème médical particulier. S'agissant du rapport histologique du 18 novembre 2009, il consistait en réalité en une biopsie réalisée le 13 novembre 2009 et relevait également l'absence d'affection nécessitant un traitement

médical aigu. Enfin, s'agissant de l'état nauséux mentionné en date du 17 décembre 2009, il ne nécessitait pas non plus des soins médicaux aigus dispensés en milieu hospitalier, l'état général de la recourante étant conservé. Le relevé du colloque d'orientation des infirmières confirmait au surplus l'absence de soins médicaux spécifiques dispensés à compter du 16 novembre 2009 et la situation d'indécision quant à l'avenir de la recourante et de sa sœur. Par écriture du 12 mai 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions. Pour le surplus, elle a souligné qu'un rapport interne figurait au dossier médical selon lequel un gestionnaire de la caisse était ennuyé car il n'y avait aucun courrier confirmant que la recourante n'était plus hospitalisée pour des raisons médicales, si ce n'était que la facturation avait été modifiée. En effet, la recourante a rappelé que ni le rapport de sortie rédigé par la Doctoresse N_____, ni le dossier médical ne précisait qu'à compter du 17 novembre 2009 le séjour hospitalier ne se justifiait plus médicalement, ce d'autant que des soins avaient été prodigués jusqu'à sa sortie. Par ailleurs, ce n'était que le 14 décembre 2009 que la recourante et sa sœur, ainsi que leur neveu, avaient été informés par les HUG que la sortie hospitalière interviendrait le 21 décembre 2009. Par ordonnance du 20 mai 2011, la CJCAS a appelé en cause les HUG et leur a imparti un délai pour se déterminer. Par courrier du 26 mai 2011, l'intimée a relevé qu'une lecture attentive de la pièce 2 de son bordereau complémentaire permettait de constater que la facturation du séjour de la recourante avait été modifiée à l'initiative des seuls HUG et non de la caisse. Les HUG ont déposé leurs conclusions en date du 29 juin 2011. Ils ont relevé que l'état de santé de la recourante s'était notablement amélioré dès le milieu du mois de novembre 2009 et que les HUG, notamment par le biais de leurs médecins et assistants sociaux, avaient informé à répétitions la recourante que la poursuite de son séjour au sein de l'établissement hospitalier serait à sa charge, la poursuite de son hospitalisation ne se justifiant plus d'un point de vue médical. Les HUG se sont référés au courrier du Professeur O_____ du 15 juillet 2010 qui confirmait que la prolongation du séjour hospitalier n'était pas liée à un problème médical et que les conséquences financières de ce choix avaient été clairement spécifiées. Par ailleurs, la lecture du dossier médical produit par la recourante révélait que cette problématique avait été évoquée à plusieurs reprises, notamment le 13 novembre 2009. Les HUG ont soulevé la question de la compétence de la CJCAS dans le cadre du présent litige et s'en sont rapportés à justice sur ce point. Ils ont conclu, préalablement, à ce que la Cour de céans invite la recourante à faire une avance ou à fournir des sûretés destinées à couvrir les frais de procédure et les émoluments présumables et à ce que la Cour de céans prenne acte de ce que les HUG s'en rapportaient à justice quant à sa compétence. Sur le fond, ils s'en sont rapportés à justice quant aux conclusions de la recourante visant la condamnation de la caisse à prendre en charge la somme de 20'493 fr. plus intérêts et ont conclu à la condamnation conjointement et solidairement de la caisse et de la recourante pour les frais et dépens. Dans ses écritures du 14 juillet 2011, l'intimée s'en est rapportée à justice quant à la question de l'appel en cause des HUG et du dépôt d'une avance ou de sûretés par la recourante. S'agissant en revanche de la compétence de la Cour de céans, la caisse a estimé qu'elle devait être admise, dès lors qu'il n'y avait pas de contestation entre assureur et fournisseur de prestations, seule à même de fonder la compétence du Tribunal arbitral. Selon l'intimée, les HUG partageaient entièrement son point de vue selon lequel l'hospitalisation de la recourante depuis le 17 novembre 2009 n'était médicalement plus justifiée. Pour le surplus, l'intimée s'est référée à ses précédentes déterminations et a conclu que les frais et dépens de la cause, y compris ceux requis par les appelés en cause, soient exclusivement à charge de la recourante. Par écriture du 21 juillet 2011, la recourante a

relevé préalablement que la Cour de céans était compétente pour connaître du présent litige, la cause ayant pour origine la relation entre une assurée et son assurance-maladie. Elle s'est opposée au versement de toute caution ou sûretés, dès lors que la procédure était gratuite pour les parties en matière d'assurance-maladie, sous réserve des cas de témérité. Pour le surplus, elle a persisté dans ses conclusions et formulé des conclusions subsidiaires à l'encontre des HUG. Elle a en effet considéré que la responsabilité de ces derniers était engagée à son égard dans la mesure où lors de son séjour hospitalier elle n'avait pas reçu les informations adéquates et nécessaires quant à la prise en charge de son assurance. Par la suite, les HUG avaient modifié le système de facturation sans l'en informer ni lui indiquer que son séjour n'était plus justifié médicalement à compter du 17 novembre 2009. La rémunération réclamée par les HUG était donc constitutive du dommage de la recourante et les HUG perdaient le droit de prétendre à leur rémunération. En définitive, la recourante a conclu principalement à l'annulation de la décision litigieuse et à la condamnation de l'intimée à prendre en charge les frais d'hospitalisation à concurrence de 20'493 fr. plus intérêts à 5% dès le 19 décembre 2009, sous suite de frais et dépens. Subsidiairement, elle a conclu à ce que la CJCAS dise qu'elle n'était pas débitrice des HUG et condamne conjointement et solidairement les HUG et la caisse en tous les dépens. Après communication aux parties des écritures, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a repris la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce (cf. art. 1 al. 1 LAMal ; art. 2 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10). Le litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais d'hospitalisation de la recourante pour la période du 17 novembre 2009 au 19 décembre 2009. En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. Ces prestations comprennent, notamment, les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25 al. 2 let. a LAMal) et le séjour en division commune d'un hôpital (art. 25 al. 2 let. e LAMal). Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement. Ce principe ne concerne pas

uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 46 consid. 2b et les références citées). L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier (art. 39 al. 1 LAMal). 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, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, Berne 2004, p. 380). 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 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). Pour satisfaire aux impératifs du caractère économique, les assureurs-maladie n'ont pas seulement le droit, mais sont également tenus, d'exercer - avec l'assistance de leur médecin-conseil - un contrôle suivi d'un traitement hospitalier. 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. Un tel contrôle préalable de l'économie du traitement a lieu le plus souvent quand l'assureur intervient en qualité de tiers-payant, mais il est aussi concevable dans le système du tiers-garant, même si, dans cette éventualité et pour des raisons pratiques évidentes, un contrôle s'opérera la plupart du temps a posteriori (DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in: Mélanges pour le 75ème anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 538). Ainsi, sous le régime de la LAMA, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: le TFA) a eu l'occasion de juger, à propos de l'art. 23 LAMA, qu'un contrôle préalable par le médecin-conseil (dans un cas d'application du système du tiers-garant) était souhaitable, quand il s'agit de procéder à un traitement médicamenteux coûteux, pour lequel la prescription ou la remise de médicaments abusive ne peut être exclue (RAMA 1984 n° K 566 p. 30 consid. 3b et c). Il est aussi dans l'intérêt du patient d'être soigné d'une manière qui réponde aux critères de l'économie, afin que les prestations du fournisseur soient remboursées par l'assurance-maladie sociale (DUC, La direction du traitement médical et le contrôle de l'activité médicale par les assureurs sociaux, in: Aspects du droit médical, Fribourg 1987, p. 205). Il ne faut pas perdre de vue, par ailleurs, 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 (EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, ch. 62), même si la loi (art. 57 al. 6, deuxième phrase, LAMal) l'autorise, à certaines conditions, à examiner lui-même l'assuré. 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 au 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. L'exigence d'un accord de la part du médecin-conseil, préalable à une hospitalisation (ou à une prolongation de celle-ci) et qui serait considéré comme une condition sine qua non du versement par l'assureur de ses prestations, sortirait clairement du cadre des compétences que la loi attribue aux médecins-conseils des assureurs-maladie (arrêt non publié B. du 24 novembre 1999 [K 31/99]). Enfin, le contrôle doit s'exercer dans les limites du principe de proportionnalité (cf. art. 5 al. 2 Cst.), qui s'applique aussi à l'activité des assureurs qui gèrent l'assurance-maladie obligatoire (art. 11 LAMal), en leur qualité de détenteurs de la puissance publique (voir les art. 80 et 85 LAMal; cf. aussi, par exemple, ATF 116 V 236 consid. 3b). Ainsi, les interventions du médecin-conseil ne doivent pas aller au-delà de ce qu'exige un bon fonctionnement de l'assurance-maladie et, en particulier, de ce qui est nécessaire pour examiner si les conditions d'une prise en charge d'une prestation sont remplies (ATF 127 V 43). On ajoutera la nécessité de respecter le principe de la bonne foi, qui doit imprégner les relations entre l'Etat et les citoyens (art. 5 al. 3 Cst.; ATF 126 II 104 consid. 4b) et leur impose de se comporter l'un vis-à-vis de l'autre de manière loyale. Si le Tribunal fédéral a reconnu qu'un contrôle préalable au traitement ou en cours d'hospitalisation présentait de nombreux avantages, il n'a toutefois pas exclu la possibilité d'un contrôle fait a posteriori par les assureurs-maladie et leur médecin-conseil. Au contraire, il a d'ailleurs jugé que dans le système du tiers-garant, le contrôle s'opérait la plupart du temps a posteriori pour des raisons pratiques évidentes (ATF 127 V 43). 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'espèce, l'intimée a refusé de prendre en charge les frais d'hospitalisation de la recourante à partir du 17 novembre 2009 au motif que dès cette date, l'hospitalisation n'était plus médicalement justifiée mais reposait uniquement sur des considérations sociales. Les appelés en cause partagent cet avis. La recourante estime pour sa part que son état de santé ne lui permettait pas de quitter l'hôpital le 17 novembre 2009 et que son hospitalisation était médicalement justifiée pour toute la durée de son séjour du 18 octobre 2009 au 19 décembre 2009. La recourante a été hospitalisée aux HUG suite à une chute à son domicile, sans traumatisme crânien ni perte de connaissance. L'examen clinique a révélé un syndrome de Diogène ainsi que divers problèmes, tels qu'un état de dénutrition, une gastrite chronique, des symptômes de démangeaison généralisée, une hypertension artérielle non traitée, des difficultés d'audition et un possible problème d'alcoolisme. Concernant le caractère médicalement justifié de cette hospitalisation, le Prof. O _____, chef du service de gériatrie du département de réhabilitation et gériatrie des HUG, a indiqué très clairement que la prolongation du séjour hospitalier entre le 17 novembre 2009 et le 19 décembre 2009 n'était nullement liée à un problème médical, mais à des tergiversations familiales concernant l'avenir de l'assurée et de sa sœur, à savoir une sortie à domicile, en institution ou un retour aux États-Unis. Le Dr

P _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de l'intimée, a retenu que les traitements dispensés à la recourante ne justifiaient pas deux mois d'hospitalisation. La Dresse N _____, de l'Hôpital X _____, a indiqué qu'au vu d'un retour impossible à domicile (état de délabrement de la maison, syndrome de Diogène), une sortie avec logement provisoire dans un hôtel avait été organisée pour la recourante et sa sœur en collaboration avec leur neveu, dans l'attente d'un probable retour définitif aux États-Unis. Au regard des avis médicaux précités, et en particulier du rapport convaincant établi par le Prof. O _____, la Cour de céans considère que l'hospitalisation de la recourante n'était plus médicalement justifiée à partir du 17 novembre 2009 mais reposait uniquement sur des considérations sociales, à savoir l'impossibilité de renvoyer la recourante chez elle vu l'insalubrité de son domicile. Le dossier médical de la recourante ne mentionne d'ailleurs aucun traitement pour soins aigus ou maladie nécessitant un traitement hospitalier après le 17 novembre 2009. Les seuls soins et symptômes encore signalés sont un examen ORL réalisé le 25 novembre 2009 en l'absence d'un médecin durant la semaine précédente selon lequel la recourante souffrait de sensation d'oreille bouchée mais ne relevant aucun problème médical particulier, un état nauséux accompagné de deux vomissements le 17 décembre 2009 ne nécessitant pas de soins médicaux importants, l'état général de la recourante étant conservé et, enfin, un rapport histologique du 18 novembre 2009 consistant en réalité en des biopsies antro-fundiques et bas œsophage à 30cm de l'arcade dentaire réalisées le 13 novembre 2009 et relevant respectivement des discrètes lésions de gastrite chronique sans signe d'activité avec absence de métaplasie intestinale ou d'*Helicobacter pylori*, et des fragments de muqueuse glandulaire de type cardinal avec métaplasie intestinale étendue compatible avec un œsophage de Barrett mais l'absence de signes histologiques de dysplasie. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais d'hospitalisation de la recourante à partir du 17 novembre 2009. Quoi qu'en dise cette dernière, le fait que le contrôle du traitement hospitalier par l'intimée n'ait pas eu lieu préalablement ou en cours de traitement n'y change rien. En effet, c'est le lieu de rappeler qu'un contrôle a posteriori est conforme à la jurisprudence, ce d'autant dans le système du tiers-garant. Le recours, mal fondé, sera dès lors rejeté. A titre subsidiaire, la recourante conclut à ce que la Cour de céans constate qu'elle n'est pas débitrice des HUG appelés en cause, la responsabilité de ces derniers étant engagée faute de lui avoir fourni les informations adéquates et nécessaires quant à la prise en charge de son assurance. La Cour de céans dispose de compétences d'attribution énumérées exhaustivement à l'art. 134 LOJ. En vertu de l'art. 56 LPGA, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice statue sur les recours dirigés contre les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte qui ont été rendues par des assureurs ou l'administration (cf. ATF non publié du 2 décembre 2010, 9C_320/2010, consid. 4.4). En l'espèce, les conclusions de la recourante dirigées contre les HUG portent sur le point de savoir si ces derniers ont engagé leur responsabilité faute de l'avoir dûment informée quant à la prise en charge par son assurance et, partant, s'ils sont en droit de lui réclamer le paiement de leur facture. Or, les HUG, en tant que fournisseurs de prestations, ne peuvent rendre de décision au sens de l'art. 49 LPGA sujette à recours devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, de sorte que l'on ne se trouve pas dans l'un des cas prévus à l'art. 134 LOJ. La Cour de céans doit dès lors décliner sa compétence concernant les conclusions subsidiaires dirigées contre les HUG. Ces dernières seront déclarées irrecevables et la recourante invitée à mieux agir. En conclusion, le recours sera intégralement rejeté dans le sens des considérants. En vertu de l'art. 61 let. g

LPGA, seul le recourant obtenant gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens (voir aussi art. 89H al. 3 LPA). Compte tenu de l'issue du litige, la recourante sera par conséquent déboutée de sa conclusion y relative. Il en va de même des conclusions des HUG, appelés en cause. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Déclare irrecevables les conclusions subsidiaires de la recourante à l'encontre des HUG. Au fond : Le rejette dans le sens des considérants. 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.